

Construire une formulation focale et une hypothèse en thérapie familiale *

Warren KINSTON ** et Arnon BENTOVIM *** (Londres)

Traduit de l'anglais par Dora KNAUER

RÉSUMÉ

Cet article rend compte de l'emploi de la formulation focale en tant que méthode dans la thérapie familiale brève. L'histoire de l'approche focale y est soulignée et le concept d'hypothèse focale examiné. La base théorique de cette approche est discutée en considérant la manière dont le sens est exprimé dans une famille. Deux formes de sens (meaning) sont décrites : *l'action de surface*, qui correspond au contenu courant de l'interaction, et *la structure de fond*, qui en constitue le contexte, et se base sur l'histoire subjective. Un exemple clinique est présenté pour illustrer l'application des concepts, les implications thérapeutiques et la base pour une évaluation des résultats.

SUMMARY

This paper is an account of the use of a focal formulation as part of a method of brief focal family therapy. The history of the focal approach is outlined and the concept of focal hypothesis examined. The theoretical basis of the approach is discussed by considering the way meaning in a family is expressed. Two forms of meaning are described : surface action, which is the current content of interaction, and depth structure, which is its context and is based in subjective history. A case example is provided to illustrate the application of the concepts, therapeutic implications, and the basis of outcome evaluation.

MOTS-CLÉS

Thérapie familiale brève – Formulation focale.

KEY-WORDS

Brief family therapy – Focal formulation.

Le groupe d'étude de la famille du «Hospital for Sick Children» a développé et évalué une méthode de thérapie familiale basée sur une approche brève et focale. La phase initiale, 1973-1976, a consisté dans l'utilisation pilote de la méthode et dans l'évaluation systématique des résultats de chaque famille, résultats discutés dans un groupe de travail spécifique (Bentovim et Kinston, 1978 ; Kinston et Bentovim, 1978). Cet article rend compte de la deuxième phase, 1977-1980, qui s'est centrée sur les obstacles conceptuels (plutôt qu'empiriques), rencontrés dans l'application et l'éva-

luation de notre approche brève et focale des familles. Les concepts sont illustrés par un exemple clinique détaillé : les Jones ; nous désirons par là présenter un système capable de représenter les détails essentiels d'un cas, à savoir la formulation focale. Nous faisons maintenant une distinction entre les techniques d'évaluation et les techniques de traitement. Cet article s'intéresse surtout à l'évaluation. Il traite de l'éclaircissement des liens entre l'observation objective, l'interaction et les propos subjectifs historiques rapportés par la famille ; de la confusion conceptuelle autour du terme «*focus*» ; de l'affinement de la notion de «critère d'amélioration» ; et d'une typologie potentielle, implicite dans le repérage d'un traumatisme crucial, soit dans la famille de procréation, soit dans la famille d'origine.

Nous avons présenté ailleurs quelques-uns de ces sujets avec des exemples cliniques (Bentovim, 1979 ; Kinston et Bentovim, 1981). Et c'est dans un autre arti-

* Cet article est paru en anglais dans le *Australian Journal of Family Therapy*, vol. 4, No 1, pp. 37-50, 1982, que nous remercions.

** Chercheur à la Brunel University (Uxbridge), psychothérapeute consultant au «Hospital for Sick children» (Londres).

*** Psychiatre consultant au «Hospital for Sick children» et à la Tavistock Clinic (Londres).

cle que nous présenterons un protocole rapportant le processus de thérapie issu du point de vue focal (Furniss et coll. en préparation). Cette approche focale a été appliquée à des problèmes spécifiques comme ceux de l'abus sexuel de l'enfant (Bizley, Brazek et Bentovim, 1981), et des décisions concernant la garde des enfants (Bentovim et Gilmoore, 1981).

Développement

En 1973 s'est constitué un groupe de travail soucieux d'appliquer aux familles perturbées une méthodologie permettant de raccourcir la thérapie et d'évaluer ses résultats (Malan, 1976 a,b). Cette méthode a été développée pour la thérapie psychanalytique individuelle à la Tavistock Clinic et s'est révélée pertinente pour la thérapie familiale. Le tableau I compare les deux méthodes.

Tableau I: Comparaison des méthodes individuelles et familiales.

<u>Psychothérapies individuelles brèves (d'après MALAN, 1976)</u>	<u>Thérapies brèves focales familiales (d'après KINSTON et BENTOVIM, 1978)</u>
A. Détails de base - nom, âge, occupation - plaintes	A. Détails de base - nom, âge, occupations, écoles - problèmes présentés
B. Troubles connus - symptômes - relations	B. Troubles connus - symptômes de chaque membre - observation des interactions
C. Histoire personnelle - expériences infantiles - événements récents	C. Histoire familiale - cycle de vie familiale - événements récents - les familles d'origine
D. Hypothèses focales pour expliquer B. à la lumière de C.	D. Hypothèses focales pour expliquer B. à la lumière de C.
E. Critères pour le résultat de la thérapie.	E. Critères pour le résultat de la thérapie.
F. Plan thérapeutique développé et utilisé. Patient suivi subsé- quemment.	F. Plan thérapeutique développé et utilisé. Patient suivi subsé- quemment.
G. Troubles de colonne B. réexaminés dans le follow-up	G. Troubles de colonne B. réexaminés à la fin et follow-up
H. Evaluation des résultats : comparaison E et G.	H. Evaluation des résultats : comparaison E et G.

Dans le tableau I, nous remarquons que la caractéristique centrale est l'*hypothèse clinique focale* qui explique *tous les troubles connus* à la lumière de l'histoire familiale. L'hypothèse focale constituait le point de référence des tentatives thérapeutiques et l'origine des critères par lesquels l'amélioration pouvait être estimée. Le groupe de travail essayait de développer ces hypothèses focales, de créer des plans thérapeutiques et de superviser le traitement.

En 1975-1976, nous nous sommes arrêtés pour revoir la méthode et étudier les résultats dans les 29 familles examinées. Kinston et Bentovim (1978) ont rapporté quelques brefs détails incluant des hypothèses et des critères d'amélioration sur chaque cas et des résultats globaux. Le résultat symptomatique pour les patients identifiés était acceptable : 66% en général et 87% si les familles non engagées dans un traitement étaient exclues. Le résultat pour la famille dans son ensemble était moins satisfaisant. Seules 50% des familles envoyées ont montré une certaine amélioration.

Deux autres constatations sont apparues : premièrement, une affection psychiatrique chez un parent avait peu de signification pronostique ; deuxièmement, plus l'amélioration était importante dans la famille, plus elle l'était également chez l'enfant désigné.

Le groupe de recherches avec ses découvertes a influencé profondément notre travail clinique de routine, et notre politique actuelle est d'entreprendre une thérapie familiale brève dans tous les cas référés. On pratique habituellement entre 6 et 10 séances en 4 à 6 mois. L'intervalle usuel entre les séances a été réduit de 3 semaines à 2 semaines. La réalisation d'une approche clinique de ce type a provoqué immédiatement des masses d'interrogations et ainsi nous a stimulés à clarifier nos concepts, à aborder des questions à peine effleurées dans notre revue initiale. Par exemple, nous avons observé (Kinston et Bentovim, 1978) que la « *formulation des hypothèses* paraît parfois hautement subjective et était susceptible de varier considérablement en complexité et en style » (p. 123). Nous avons aussi exprimé notre inquiétude de savoir si sans l'aide de ce groupe de travail, le thérapeute pouvait maintenir sa perception d'un foyer (focus) significatif. Pour faire avancer nos efforts, le groupe de travail a été repris en 1979.

Nous avons considéré nécessaire et possible de formuler des structures et des définitions pour raffiner notre modèle initial. Nous avons d'abord éclairci l'emploi des termes « *focus* » et « *hypothèse focale* ». Ceci nous a conduits au développement d'une *formulation focale* par laquelle nous signifions la disposition systématique des caractéristiques des familles en cause. (A, B, C, E du tableau I). L'utilisation de la formulation focale avec une série de familles nous a permis de découvrir une typologie organisée autour de la notion de crise (Reiss, 1980) concernant les familles qui se sont présentées.

Le concept de focus et de thérapie focale

Toutes les formes de thérapies brèves, et non seulement la nôtre, utilisent une approche focale. Urs et Dressler (1974) ont fait une revue de la littérature et

ont conclu qu'il était essentiel pour le thérapeute de tenir au centre de son attention une visée circonscrite si la thérapie doit être achevée dans un laps de semaines ou de mois. Un grand nombre de thérapies structurales systémiques et stratégiques convergent dans ce sens (Satir, 1967 ; Haley, 1971 ; Minuchin, 1974) et des séries de cas ont été rapportées par Weakland et coll. (1974) et Leventhal et Weinberger (1975). Leur emploi du terme « *focus* » a comme équivalent optique le placement d'une loupe sur un fragment particulier du tout.

Le terme *focus*, comme nous l'utilisons, a son équivalent optique dans le placement d'une lentille permettant d'éclairer et de définir une configuration ou une image en entier. Une fois que la confusion désordonnée de l'ensemble est clarifiée avec précision, certaines parties de cet ensemble peuvent alors être examinées en détail comme cela a été dit précédemment.

Le *focus* selon l'usage de la plupart des auteurs, est relié intimement à une technique thérapeutique. Haley (1970) soutient même que le diagnostic et l'évaluation sont à proscrire et en quelque sorte anti-thérapeutiques. Le *focus*, selon l'usage de Malan et de nous-mêmes, est une manière pré-thérapeutique de mettre en ordre les données, c'est-à-dire une forme d'évaluation clinique. En tant que tel, il est distinct et ne préjuge pas de la technique ou de la possibilité de traitement. Armstrong et coll. (1979) par exemple, ont montré que des hypothèses focales pouvaient être développées sur des patients envoyés en thérapie comportementale, et que le résultat de telles thérapies pouvait être évalué en termes de critères psycho-dynamiques. Gurman (1978) a relevé que la pratique psychanalytique de la thérapie de couple ou de famille est analytique dans la façon dont elle organise le matériel complexe et en conceptualise la nature, mais est plutôt pragmatique, ou éclectique dans sa sélection des interventions thérapeutiques pratiquées.

Dans la phase initiale, nos thérapeutes étaient plutôt traditionnels dans leurs applications des techniques thérapeutiques. Maintenant, ils sont de loin plus libres et agissent de manière plus souple avec une variété de techniques qui semblent mieux adaptées aux besoins de la famille et moins déterminées par un dogme ou par leur angoisse. Nous avons abandonné le terme de *plan focal* et nous parlons maintenant simplement de *plan thérapeutique* en considérant que sa nature et sa réalisation est un objectif bien distinct de l'évaluation de la famille.

Une *hypothèse focale* est une théorie clinique, développée ad hoc, pour clarifier ou focaliser de nombreux phénomènes, disparates, parfois non exprimés par la famille. Cela inclut les plaintes présentées, les événements courants rapportés, l'histoire familiale, l'interaction familiale et les engagements familiaux avec d'autres instances sociales.

L'objectif est d'intégrer et de permettre une continuité à ces manifestations familiales dans le temps et dans l'espace. Deux tâches sont essentielles dans la construction d'une hypothèse focale : la réunion des données de base que l'hypothèse doit expliciter (items A, B et C du tableau I) et l'utilisation de ces données pour construire une hypothèse.

Construire une formulation focale

Pour classifier et restreindre la masse des données issues d'une évaluation familiale et pour nous faciliter la construction d'une hypothèse focale, nous avons développé une technique spécifique, à savoir celle de la *formulation focale*. La relation entre la formulation focale et la forme du tableau I est exposée dans le tableau II.

Tableau II: Comparaison d'une formulation focale avec les items de méthode originale (Kinston et Bentovim, 1978).

<u>METHODE ORIGINALE</u>	<u>FORMULATION FOCALE</u>
A. Détails de base - noms, âges, professions école - problèmes présentés	colonne 1 - composition familiale
B. Troubles connus - symptômes de chaque membre - observation de l'interaction	colonne 2 - plaintes courantes colonne 7 - action de surface
C. Histoire familiale - cycle de vie familiale - événements récents - famille d'origine	colonne 3 - famille de procréation Événements. colonne 4 - famille d'origine Événements
D. Hypothèse focale qui explique B à la lumière de C	Hypothèse focale qui condense l'observation en entier et n'apparaît pas dans l'évaluation
E. Critères pour les résultats d'une thérapie. Contenus similaires apparaissant souvent dans l'hypothèse focale	Colonne 8 - critères d'amélioration thérapie. Colonne 5 - aménagement des événements stressants. Colonne 6 - système de signification active.

L'exposé de la formulation focale est construit de manière à s'inscrire dans deux pages A-4 à côté l'une de l'autre avec 4 colonnes dans chaque page (voir tableau III). Les pages peuvent être pliées à leur jonction et s'insérer dans une boîte de format A-4 ou réduites grâce à une photocopie Xerox à 1 seule page A-4. Ces 8 colonnes donnent une image concise et reflètent la logique de l'évaluation. Le texte horizontal met en valeur certaines composantes individuelles.

La formulation focale n'est pas une substitution à un travail diagnostique complet, mais constitue un arrangement des données les plus saillantes. Nous allons donner l'exemple de la famille Jones pour exposer cette formulation. L'évaluation conventionnelle en entier des

Tableau III: Formulation focale pour la famille Johnes.

Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8
Composition familiale	Plaintes courantes	Événements stressants Éléments saillants et circonstances		Aménagement des événements stressants	Système de signification active	Action de surface	Critères nécessaires pour l'amélioration
		Famille courante	Famille d'origine				

Jones est présentée ci-dessous. Les noms et certains faits reconnaissables ont évidemment été modifiés.

Résumé d'évaluation

La famille Jones :

Patient référé :

Richard Jones ; âgé de 7 ans.

Envoyé par :

Un généraliste, à cause de troubles du comportement à la maison comme à l'école.

Famille :

Mary : la mère, âge 30 ans, ménagère.

Femme sympathique aux longs cheveux blonds. Interlocutrice principale pour Richard, mais souvent d'apparence réticente lorsque d'autres sujets sont mis en discussion. Quelque peu froide dans sa manière d'être.

Bob : le père, âge 34 ans, dirige sa propre petite affaire en électronique. D'apparence ronde, manière d'être chaleureuse et ouverte. Désireux de coopérer et de fournir des informations. Enjoué.

Richard : âge 7 ans. Patient désigné.

Garçon sympathique, qui paraît très circonspect et ne répond que rarement aux questions directes. A passé son temps à dessiner seul, se disputant parfois avec John.

John : âge 4 ans.

Garçon sympathique, beaucoup moins inhibé que Richard. A dessiné mais s'est aussi mêlé à la discussion par des interactions directes avec les autres membres de la famille et l'examineur.

La famille vit dans sa propre maison comprenant 3 chambres à coucher et n'a pas de problèmes financiers.

Problème présenté :

Le comportement de Richard. Le problème a été surtout présenté par la mère, très rude et critique, parfois aussi détachée et sans émotion. Ses plaintes sont :

— Richard ne réagit souvent pas et ne répond pas aux questions (même simples) ; il a l'air perplexe, déta-

ché, stupide. C'est cet aspect de son comportement qui ennuie le plus la mère qui pense qu'il fait cela pour la provoquer ;

- il ment ou raconte des demi-vérités de sorte qu'ils ne peuvent se baser sur rien de ce qu'il dit ;
- il est négativiste et refuse souvent de faire ce qu'on lui demande ;
- il a souvent des accès de colère au point que les voisins se sont plaints ou bien sont venus voir ce qui se passait ;
- il est agité et ne peut se concentrer sur aucune activité pendant un certain temps ;
- il fait très peu de progrès à l'école et peut se montrer très dérangent en classe ;
- il ne s'entend pas avec John, est très jaloux, et provoque tout le temps des bagarres entre eux ;
- il a très peu d'amis.

La mère s'est plainte d'en avoir assez de Richard au point de ne plus avoir envie de le voir. Elle pense qu'il cherche à l'atteindre délibérément. Au début, le père défendait Richard en prétendant qu'il pouvait être gentil, parfois très affectueux alors que la mère décrit ce comportement comme «intéressé». Il pense mieux s'entendre avec Richard, mais trouve aussi difficile de parler avec lui. Le père considère que la mère a parfois poussé Richard dans son comportement difficile et a essayé de minimiser son attitude rejetante. Il pense qu'elle pourrait mieux l'apprécier ; la mère répond que cela n'aura jamais lieu et que, en vérité, elle ne veut pas l'aimer. Elle désire seulement que son comportement puisse changer. Cependant, le père a aussi soutenu sa femme, lorsqu'elle le lui a demandé, et il a admis que Richard présentait un comportement très difficile. Il est devenu plus critique et agressif à mesure que l'entretien s'est prolongé.

En comparaison, John a été considéré comme un très gentil garçon, avec lequel les deux parents ont une bonne relation, très facile à manier.

Status physique et émotionnel récent :

Etat général : bon.

Alimentation, sommeil, élimination : sans problème.

Emotions, tempérament, relations avec les pairs, fratrie, parents : déjà rapportés (voir parents).

Relations avec les adultes : mauvaises.

Plusieurs traits anti-sociaux.

Ecole : mauvais résultats, académiques et sociaux, dérange la classe.

Anamnèse personnelle :

Grossesse : non désirée (par la mère), non planifiée, conçue avant le mariage — la mère a secrètement pensé à un avortement (le père non avisé, a paru visiblement choqué). Beaucoup de vomissements pendant la grossesse, très mal supportée.

Accouchement : 40 heures de travail, difficile mais normal. Nourri au biberon. A toujours été difficile. Vomissements jusqu'à l'âge de la marche.

Développement : a marché précocement (avant 1 an). Plusieurs mots précoces (6 mois) mais peu de progrès de langage jusqu'à récemment où il apprend encore des mots et les mélange. Langé jusqu'à 4 ans. Pas de séparation.

Rapport scolaire : QI moyen, examen pas terminé, difficile. Dérangeant et agressif en classe. Recherche l'attention, préfère la relation unique au maître. Demande une discipline constante. Se retire si questionné. Très peu en relation avec d'autres enfants, peut être malveillant.

Vie familiale et relations :

La famille vit dans une maison confortable. Ils ont peu de contacts avec les voisins et sortent rarement (« parce que personne ne peut garder Richard »). Les parents s'entendent très bien et ont beaucoup de choses en commun. Mary s'ennuie à la maison et désirerait pouvoir sortir pour travailler ; Bob est en train de monter une compagnie dont elle serait la gérante. Les deux parents s'entendent avec John, mais trouvent Richard exaspérant et impossible à vivre. Le père a une relation plus positive avec Richard et affirme qu'il peut être bon et affectueux. La mère ne supporte plus Richard et a souvent l'impression de lui faire du tort. Les parents ont essayé une grande variété de tactiques pour venir à bout de Richard, mais sans succès. Récemment, la mère a demandé au père de choisir entre elle et Richard, un des deux étant obligé de partir.

Les parents pensent bien communiquer entre eux, même si Bob considère que Mary est trop portée aux critiques et que parfois ses comportements l'effrayent. Mary a l'impression que Bob ne l'écoute pas et qu'il ne comprend pas toujours ses sentiments.

Richard et John ne s'entendent pas et ne peuvent pas jouer ensemble sans bagarre. Ceci est considéré comme le résultat de la jalousie de Richard.

La vie de famille semble dominée par le problème de Richard. La mère le ressent constamment en train de l'exciter, de l'épuiser et les deux parents discutent continuellement à son sujet et le corrigent activement. Ils ne sortent pas, vu qu'il ne peut pas être laissé à une baby-sitter (excepté occasionnellement à la grand-mère maternelle (MGM) et ils vivent dans la crainte que des voisins appellent, inquiets de ce qui se passe, quand Richard pique une de ses crises de colère. De plus le père est préoccupé par l'ultimatum de sa femme, stipulant qu'il doit choisir entre Richard et elle.

Histoire familiale :

Mère : Mary (30 ans). Aînée de 4 enfants (deux soeurs, une divorcée, une célibataire ; un frère célibataire vivant dans la maison des parents). Grands-parents maternels (MGM et MGP) vivants mais divorcés.

La mère ne s'est jamais entendue avec sa propre mère et ne s'est jamais sentie proche d'elle. Elle était par contre très proche de son père et son enfant favorite. A l'âge de 5 ans, sa relation à son père a incliné des interactions sexuelles ouvertes dont elle se souvient très chaleureusement. Elles ont cessé brutalement lorsque sa mère s'en est aperçue et peu après son père a disparu (elle a appris plus tard qu'il avait été envoyé en prison).

A 7 ans, elle a été hospitalisée pendant 3 ans à cause de convulsions. Elle a reçu des visites de sa mère mais réclamait en fait son père (qui est venu seulement deux fois). Elle n'avait eu aucune crise jusqu'à cette admission.

Quand elle rentra à la maison, son père était parti et plus tard seulement elle apprit que ses parents étaient séparés et avaient divorcé. Elle ne pouvait voir son père qu'avec difficultés et l'a beaucoup reproché à sa mère. (Récemment, elle a découvert qu'après son départ de la maison, ses parents s'étaient remariés pour divorcer à nouveau 2 ans plus tard). Il était difficile pour Mary de s'adapter à la maison après son hospitalisation et elle avait de fréquentes bagarres avec sa mère. Elle se souvient d'une adolescence orageuse, comportant deux fugues.

A 17 ans, elle se marie pour quitter la maison. Elle décrit son premier mari (Derek) comme un homme faible et paresseux, dominé par ses propres parents. Il était souvent dehors pour son travail et elle devait tout faire.

Enfants de Mary : (premier mariage)

1. Jeremy (né en 1967). Conçu après le mariage. Non désiré mais la mère était heureuse pendant la grossesse et se réjouissait de la naissance. Le bébé a fait une méningite à quelques jours et a dû être séparé de la mère pendant 2 mois. Des lésions cérébrales

ont entravé son développement. La mère l'a rejeté progressivement. A 17 mois, elle le laissa tomber et sa tête frappa une marche d'escalier. Il mourut alors d'hémorragie cérébrale. La mère s'est sentie coupable un certain temps mais n'a pas pensé être responsable de ce décès. Elle croyait ne jamais pouvoir se remettre de ce choc et il lui a fallu deux ans « pour mettre ceci derrière elle ».

2. Sam (né en 1969). Non prévu, non désiré. Trois mois après la mort de Jeremy. Bébé normal, heureux ; mais il rappelait à sa mère Jeremy et pour cela il a été mis en nourrice à l'âge de 1 an et adopté ensuite (à 2 ans). La mère ne l'a plus revu depuis qu'il avait 1 an.
3. Julie (née en 1970). Non prévue, non désirée. Trois mois lorsque les parents se séparent (le mariage se détériorait et ils ont été renvoyés de leur appartement pour non paiement de leur loyer). Derek retourna chez ses parents en prenant Julie avec lui. La mère rentra chez sa propre mère. Elle a rendu visite à Julie pour ses 9 ans (« par curiosité »). Elle ne prévoit pas de la revoir.

La MGM vit dans la même localité, mais la mère ne s'entend toujours pas avec elle et elle la paye pour faire du baby-sitting. Le père la considère bizarre et stupide. La mère n'a plus vu son propre père depuis 1972 et elle en est triste. Elle a essayé de reprendre contact mais s'est fait rejeter, elle comprend cette attitude de son père comme la preuve qu'il s'est désintéressé de sa famille.

Le père : Bob (34 ans). Le plus jeune de 3 enfants (deux soeurs, une mariée, une divorcée). Grand-père paternel (PGP) vivant, bien portant. Grand-mère paternelle (PGM) décédée il y a 5 ans.

Le père se souvient d'une enfance très heureuse quoique pauvre. C'était une famille d'ouvriers et les deux parents ont travaillé dur pour nourrir leurs enfants. Il décrit ses deux parents comme merveilleux et leur en est très reconnaissant. Son désir était de mieux réussir que son père qui travaillait dans les chantiers de construction navale, et il s'est efforcé d'apprendre un métier. Il a bien réussi et se sent très fier de ses acquisitions et d'avoir échappé à son milieu pauvre.

Le père a été très attristé à la mort de sa mère il y a 5 ans ; il explique la conception de John comme conséquence de cette perte. Il voit son père régulièrement et s'entend toujours bien avec lui.

Le mariage :

Bob et Mary se sont rencontrés à une soirée en 1972. Depuis, ils se sont vus tous les jours, tout en n'envisageant pas une relation sérieuse. Les deux se sentent très semblables, ayant de plus leur anniversaire

le même jour. Ils ont commencé à vivre ensemble alors que Mary était en instance de divorce et c'est pendant ce temps que Richard a été « accidentellement conçu ». Bob était ravi, mais Mary ne voulait pas d'enfants et a pensé secrètement à avorter. Après le divorce de Mary, ils décident soudain de se marier, bien qu'ils ne l'aient pas prévu avant. L'espoir de Bob était de vivre « même encore plus heureux après ». Celui de Mary « que ça marche cette fois-ci ».

Mary n'a jamais aimé Richard et s'est sentie immédiatement emprisonnée à la maison à cause de lui. Bob avait toujours espéré que cette situation s'améliorerait avec le temps. John a été conçu après la mort de la grand-mère paternelle et Mary a eu le sentiment que Bob avait profité de ce moment chargé d'émotion pour la persuader d'avoir un autre bébé. Les deux parents ont une bonne relation avec John.

Ils pensent que leur mariage a été et demeure encore une réussite. Ils s'entendent bien et surmontent leurs bagarres occasionnelles. Cependant, les deux ont une fois pensé se séparer et une fois Bob a préparé ses bagages pour s'en aller. Ils reprochent à Richard leurs disputes et leurs déceptions et le considèrent comme le seul problème de leur relation.

Interaction familiale :

Atmosphère : inconfortable et tendue. Il y a une utilisation de l'humour (surtout par le père), principalement pour couvrir la nervosité et relâcher la tension entre les parents. Les interactions soutiennent John mais les parents se laissent souvent emporter dans des interactions très négatives et agressives avec Richard.

Communication : la clarté est bonne (sauf que Richard grommelle occasionnellement) mais les sujets sont rarement développés puisqu'ils sont souvent interrompus par le comportement d'opposition de Richard et/ou les attaques de ses parents contre lui. En fait, Richard est rarement impliqué en dehors de ces moments. La communication est dominée par les réprimandes et les critiques des parents au sujet de Richard. Quand ils se parlent entre eux, les parents semblent mal à l'aise, incertains et réservés.

Status affectif : le sentiment dominant est la colère. Parents : expriment leur colère directement contre Richard.

Richard : passivement agressif, moins direct.

Liens : les membres de la famille sont en quelque sorte désengagés les uns par rapport aux autres (mère et John semblent les plus proches), mais les deux parents s'impliquent intensivement avec Richard pendant leurs essais de le discipliner. Aux autres moments, il se retire et subit une exclusion active.

Fonctionnement familial : la résolution des conflits est mauvaise, et les parents ne spécifient pas leurs différences. Les décisions prises sont souvent peu claires, arbitraires, un seul parent agissant finalement de manière unilatérale. Capacité à résoudre les problèmes : mauvaise. Les problèmes sont abordés mais tout progrès est interrompu par l'interaction négative et répétitive entre Richard et ses parents.

Alliances : Richard vit une relation triangulaire avec ses parents. L'alliance principale se situe entre les parents, l'un d'eux (la mère) ayant un conflit constant avec Richard, l'autre (le père) devenant au moins par moments un soutien plus positif. En dépit de leur alliance évidente, la relation conjugale semble fragile et les parents s'accordent mieux lorsqu'ils sont unis à s'occuper de Richard. En contraste, les deux parents ont une bonne relation avec John. Les deux enfants sont en rivalité et jouent rarement ensemble.

Fonction parentale : elle apparaît adéquate à l'égard de John mais est certainement déficiente vis-à-vis de Richard. Les parents (mais particulièrement la mère), ont de grandes difficultés à comprendre Richard et sont incapables de s'adapter à ses besoins. Le soutien parental est inconsistant et souvent manquant.

Relation à l'environnement : franchise détachée avec l'examineur. En principe sur leurs gardes et méfiants avec les personnes extérieures. (Exemple : voient les voisins comme intrusifs et à éviter). Peu d'amis, pas d'engagements dans la communauté locale.

Après avoir dégagé une évaluation conventionnelle, le thérapeute de famille a pour tâche de construire une formulation focale et une hypothèse focale. La formulation focale de la famille Jones est inscrite dans les colonnes du tableau III. Elle est exposée avec les membres de la famille verticalement à la colonne 1, et les résultats se rapportant à chaque individu et à la famille dans son ensemble apparaissent dans les autres colonnes (Tableau III).

Dans la colonne 1, *Composition de la famille*, on fait la liste des membres habituels de la famille, avec leur nom, âge, profession, école, status spécifique (par exemple adopté, en nourrice, etc.) et données d'identification. Conventionnellement, l'ordre est le suivant : père, mère, enfants de l'aîné au cadet. Il peut être important cliniquement d'inclure la famille élargie, ou d'autres personnes qui jouent un rôle dans les problèmes familiaux. Dans la famille Jones, la mère avait déjà été mariée et avait eu d'autres enfants, mais il nous apparut préférable de mettre ces détails dans la colonne 4, *Événements stressants dans la famille d'origine*, ainsi avons-nous inscrit dans cette colonne :

- père, Bob, 34. Profession libérale (ordinateurs) ;
- mère, Mary, 30. Gérante dans l'affaire du père.
- Richard, 7. Ecole primaire.
- John, 4. Ecole enfantine.

Dans la colonne 2, *Plaintes courantes*, nous avons noté le problème qui a motivé le traitement de la famille. Dans ce cas, c'était le comportement de Richard. D'autres plaintes, problèmes individuels plus ou moins en relation avec le patient désigné, sont également incluses ici. Le fait le plus important était le rejet cruel de la mère vis-à-vis de Richard. Nous avons donc inscrit : père reconnaît des aspects positifs chez Richard mais est très critique et craint que la mère ou Richard doive quitter la famille.

- Mère ne supporte pas Richard. Le veut gentil mais ne veut pas l'aimer.
- Richard réagit peu, se méfie, dérange avec ses crises de colère.
- « Peu d'amis et peu de progrès scolaires ».
- John est un bon garçon et Richard en est jaloux.

Les colonnes 3 et 4 décrivent les *circonstances saillantes* et les *événements* stressants affectant la famille.

La colonne 3, *famille de procréation*, met en évidence les périodes problématiques dans le cadre de vie familiale et décrit chaque événement particulièrement stressant. Souvent, ces faits peuvent être reliés à des individus particuliers, par exemple les perspectives différentes entre les parents au sujet de leur mariage avaient de l'importance pour les Jones et pouvaient être inscrites dans les lignes horizontales respectives ; alors que les conflits et problèmes relatifs à l'enfance de Richard et de John étaient inscrits au niveau de leur nom. Des considérations du même ordre s'appliquent à la colonne 4, *Famille d'origine*, mais d'habitude le modèle horizontal est ici rompu.

Nous écrivons à la colonne 3 :

1. réticence du père à se marier et le fait de considérer sa femme comme « identique » ; à noter sa vasectomie et le fait qu'il n'ait jamais été séparé de sa femme ;
2. la mère rencontre le père pendant le divorce et est réticente à se marier ;
3. Richard non prévu et non désiré par la mère, et le ravissement de son père. La grossesse difficile, le travail prolongé, le manque d'intérêt et les vomissements néo-nataux ;

4. la conception de John suite au décès de la grand-mère paternelle, la mère se sentant manipulée ; John vécu comme l'opposé de Richard.

Colonne 4 :

1. le désir de réussite du père issu d'une famille unie, aimante mais pauvre ;
2. la relation sexualisée de la mère avec son propre père, l'emprisonnement du père, l'hospitalisation, le divorce parental et l'adolescence orageuse de la mère avec un premier mariage précoce ;
3. son premier mari paresseux, « sans défenses », et ses 3 enfants « inexplicables » : le premier mort, le deuxième mis en nourrice et celle qui est avec son père depuis la rupture de ce premier mariage.

La colonne 5 : *Aménagement des événements stressants*, décrit ces mécanismes qui, selon les hypothèses du thérapeute, sont employés par les membres de la famille pour faire face aux expériences stressantes relevées dans les colonnes 3 et 4. Ces données restent proches de l'observation de la culture familiale et de ses interactions, mais à la différence des autres colonnes et de la colonne 6, ces données pourraient ne pas être acceptées par la famille. Dans la famille Jones, les événements du passé douloureux et désastreux étaient considérés de manière défensive pathologique. Dans cette colonne et les suivantes, la correspondance horizontale n'est que partielle et utile comme seul guide clinique.

Ainsi nous voyons dans cette famille :

1. la maîtrise des difficultés par l'abandon du passé derrière soi,
2. la perte évacuée par le déni, le détachement, le remplacement,
3. la tentative de dépasser la crainte de l'échec du mariage, en la projetant sur un enfant.

La colonne 6, *Système de signification active*, se rapporte aux croyances familiales et aux règles qui sont plus ou moins explicites et caractéristiques de la famille, et qui se relient aux colonnes précédentes. Les membres familiaux les expriment d'emblée et souvent les reconnaissent si elles leur sont expliquées adéquatement. Par exemple, ces parents répétaient avec insistance qu'ils seraient capables de dépasser toute difficulté, si grande soit-elle. Parallèlement à la croyance que tout peut être surmonté, la famille croit que :

1. le passé est insignifiant et qu'il faut s'accrocher au présent ;
2. les relations entre mère et enfant ne peuvent pas

marcher et que les relations entre père et enfant sont les plus solides ;

3. les enfants sont capables de briser le mariage ;
4. les bons éléments utilisent leurs capacités, les mauvais éléments sont stupides et ratent.

La colonne 7, *Action de surface*, contient les observations du thérapeute sur les interactions familiales, incluant le rapport verbal de la vie à domicile. Comme dans la colonne 5, les membres de la famille peuvent être réticents face à ces descriptions. L'utilisation de Richard pour éviter des conflits conjugaux était bruyamment évidente mais non reconnue par Bob et Mary.

Nous voudrions noter en plus que :

1. il y a une atmosphère de dissimulation.
2. Richard est ballotté entre le rejet de la mère et l'acceptation secrète du père, malgré une attitude apparemment critique.
3. John n'aide pas Richard.

La colonne 8, *Critère d'amélioration*, fait la liste des considérations du thérapeute sur la forme de l'interaction familiale, sur les possibilités de la famille à être modifiée si certains problèmes peuvent être mis en lumière et affrontés. Le plus grand changement pour les Jones serait de réussir à comprendre Richard, ce qui pourrait diminuer leur tendance au rejet.

De plus, nous désirerions que les parents se parlent directement et ouvertement, en prenant en mains leurs conflits, et John devrait être ramené à plus de réalité de manière à ce que les deux garçons puissent vivre une relation plus proche et plus appropriée à leur âge.

La tâche du thérapeute consiste à développer pour lui-même une hypothèse focale, une formulation brève qui condense et saisit l'essentiel. Avant d'offrir un échantillon d'hypothèses pour les Jones, nous devons encore explorer la base théorique de notre approche. C'est seulement à la lumière d'une compréhension théorique du problème que les données peuvent être utilisables dans cette approche.

Les formes des significations (Meaning)

Le principe de base considère qu'un sens est intrinsèque à toute activité psychologique et sociale (Hinde, 1979 ; Winch, 1958). En d'autres mots le thérapeute doit toujours observer les intentions, les espoirs, les sentiments, les valeurs, les croyances, les souhaits, les peurs, les attentes et les idées qui s'associent à l'activité familiale. Pour nos objectifs, nous devons faire la distinction entre l'*action de surface* de l'activité visible, des thèmes et expériences significatives qui caractérisent

une famille, et la *structure de fond*, la base historique de la vie familiale courante, les modèles qui la sous-tendent et les règles qui conduisent les croyances et les attentes. Cette structure de fond est le contexte qui donne le sens à l'action de surface.

Action de surface :

Le clinicien observe la famille en interaction et entend leurs commentaires sur eux-mêmes et sur les épisodes de leur vie familiale. Pour arriver à une compréhension de ce qui est vu, il faut replacer le comportement dans son contexte habituel. Le thérapeute emploie les normes et conventions sociales de l'homme de la rue pour attribuer un sens à la majorité des actions, et grâce à l'identification et à l'empathie, il peut découvrir la surface de l'expérience. L'action de surface dans la famille inclut le symptôme ou la plainte avancée, — le plus souvent un trouble du comportement ou une expérience dysphorique, — les schémas apparents de l'interaction et les événements marquants de la vie familiale. Ceci est souvent nommé le *système familial* ou le *status familial* (Kinston et coll., 1979). La tâche du clinicien consiste à déterminer certains éléments saillants et caractéristiques du système, comme l'ont déjà décrit Kinston et Bentovim (1981) ; les faits suivants représentent les modèles pathologiques de l'action de surface avec certaines caractéristiques bien définies :

1. répétitivité extrême ; fréquemment elle va jusqu'au point de distraire le thérapeute et l'empêcher de reconnaître d'autres lignes directrices familiales ;
2. indépendance face aux événements extérieurs et aux besoins des différents membres de la famille : ces types d'action de surface sont activés par des raisons insignifiantes ou même fortuitement ;
3. causalité circulaire : ce type d'action réclame la conclusion à un degré plus ou moins important de tous les membres de la famille, et son auto-entretien car chaque segment d'interaction conduit au suivant et finalement retourne à lui-même ;
4. production compulsive : la famille ne peut pas inhiber ce schéma et si l'on demande à la famille de cesser l'interaction, elle ne peut le faire que pour un temps très court ;
5. les modèles d'action pathologique se caractérisent par leur qualité d'urgence avec un déni de leurs conséquences.

Ces observations cliniques ont été confirmées par des études d'entretiens exploratoires où l'on demande aux familles d'effectuer certaines tâches (Kinston et coll., 1979). L'action de surface pathologique s'impose le plus souvent immédiatement pendant l'entretien et

réapparaît au cours de la présentation de chacune de ces tâches. L'étude quantitative soutient cette impression clinique (Jacob et Davis, 1973 ; Zuckermann et Jacob, 1979). De manière caractéristique dans ces différentes études, l'action de surface mesurée est distante du problème clinique : il s'agit par exemple du nombre de prises de parole, des tentatives d'interruptions. Au contraire, l'action de surface observée dans notre entretien est directement liée au matériel clinique.

Notre « entretien-tâche familiale » appliqué à la famille Jones a révélé les points suivants : les parents ont travaillé ensemble avec difficulté. John était inclus et essayait d'aider ses parents, mais Richard était exclu. Quand le père a tenté d'inclure Richard, il a refusé de se joindre et s'est comporté de manière franchement négative. Les parents se sont associés alors dans une approche critique croissante vis-à-vis de Richard. Plus il devenait replié sur lui-même et opposant, plus les parents se sentaient provoqués et l'attaquaient amèrement, et ce cycle engendrait une escalade. John, pendant ce temps, restait le bon garçon et n'aidait pas Richard qui était décrit comme mauvais et non-coopérant.

La réalisation des tâches demandées a été sérieusement dérangée par ce scénario qui a été observé à maintes reprises durant l'entretien et qui apparemment n'était pas influencé par la nature de la tâche particulière à effectuer.

Toutefois, les familles n'ont pas consulté pour une dysfonction de système, mais pour un symptôme individuel ou une importante incapacité à faire face à un stress particulier. La reconnaissance d'une dysfonction familiale est tributaire des attentes du thérapeute. Ceci sera influencé par les contextes physiques, personnels, sociaux et culturels de la famille.

Au-delà de l'action de surface :

Le clinicien peut ne pas aller au-delà du fait de reconnaître les types pathologiques de l'action de surface. Il peut prétendre avoir un focus de travail, focus dans le sens d'un objet délimité pour son action thérapeutique. Le thérapeute responsable de la famille Jones a choisi en premier comme focus la mauvaise relation entre la mère et Richard. Cependant, il reste un certain nombre d'énigmes à éclaircir si le thérapeute en a le désir. Comment la famille parvient-elle à ce mode particulier d'action ? Pourquoi la famille ne trouve-t-elle pas un système d'auto-entretien plus productif ? Pourquoi la famille ne remarque-t-elle pas ses propres schémas répétitifs ? Ces réponses sont souvent cruciales pour les efforts thérapeutiques.

La réponse à ces problèmes de relations sociales réclame une interprétation ; il faut, pour en rendre compte, leur donner un sens. Dire que le système fami-

lial nécessite une interprétation, c'est non seulement prétendre que l'interaction est en quelque sorte confuse, mais encore qu'elle s'inscrit dans un champ de signification cohérent où l'énigme peut être résolue ou exprimée de manière significative. Le champ de signification qui s'y rapporte est le contexte temporel : l'action de surface peut être expliquée à travers l'histoire familiale comme elle a été racontée subjectivement. Cette façon de donner un sens doit être valable autant pour les membres de la famille que pour le clinicien. Toute interprétation, même si elle est bonne, tant qu'elle n'est pas significative pour le clinicien, demeure inutile. De même, les membres de la famille doivent accepter l'interprétation jusqu'à un certain point pour qu'elle devienne utile.

Le clinicien n'administre pas d'interprétation formelle mais chacune de ses constatations et actions doit fournir un sens au non-dit, au non-formulé.

Dans la technique du recadrage par exemple, le thérapeute fournit une explication alternative des événements familiaux. Ceci est rendu possible par le fait qu'il n'y a pas de correspondance « d'un à un » entre le phénomène de surface et son explication. Un certain nombre d'interprétations peuvent sous-tendre une configuration de surface et un certain nombre d'actions de surface peuvent naître d'une théorie particulière. A notre point de vue, les significations de fond sont à la base de la culture familiale et ne sont pas susceptibles de changer rapidement. C'est précisément à cette structure de fond que nous devons accorder notre attention.

Structure de fond :

Une culture est formée par l'enchevêtrement des idées (croyances, valeurs, etc.) qui sont concrétisées dans les actions des individus et dans leurs aménagements pour fonctionner ensemble. La famille forme un groupe d'individus en interactions et une unité sociale, avec un développement dans le temps pour que la famille parvienne à sa propre culture. La culture familiale a de l'influence sur les attentes concernant les rôles des différents membres, le comportement interpersonnel et les intentions inter-subjectives. Pour comprendre ces expériences et la culture, il faut faire une évaluation de l'histoire. Le sens de l'histoire dans les conflits courants entre les gens et les groupes sociaux nous conduit à des modèles théoriques qui utilisent le concept de structure pour décrire les processus qui se répètent dans le temps.

Les significations partagées sont enracinées dans les vies psychiques individuelles des membres familiaux. Chaque membre a sa propre vision du monde, en grande partie indépendante des préoccupations des autres membres ou des thérapeutes. Chaque parent possède cependant des noyaux de sens qui sont parta-

gés au moment du mariage et se développent en commun par la suite. Quand les enfants arrivent, ils s'y assimilent et y contribuent. Ces définitions communes sont échangées et partagées inconsciemment à travers l'exemple et l'éducation, et elles associent les croyances, valeurs, attitudes, sentiments, peurs, expectatives, souhaits. Elles constituent les racines des biens, des possessions, de la loyauté et de la cohésion dans la famille. Ces significations en commun sont essentielles pour assurer une bonne communication, pour partager les activités et permettre la tolérance face à la douleur de chacun. Elles constituent la base du consensus pour la résolution des conflits, et permettent une réponse cohérente vis-à-vis de l'environnement. Quand un membre quitte la famille, il ne brise pas le système des significations communes ; il va plutôt l'utiliser dans la création d'une nouvelle famille. Les familles perturbées peuvent manifester un défaut de signification commune à propos d'une situation particulière ou d'une dévotion excessive à des significations communes dysfonctionnelles.

Les significations intersubjectives sont aussi la propriété de chaque membre mais elles dépendent des relations établies dans la famille et sont aussi enracinées dans la famille comme un tout. Les significations intersubjectives dépendent des expériences de liaison et des significations de tous les membres de la famille. Si un membre quitte la famille, le système est alors rompu. Le membre partant a seulement à recréer une réalité intersubjective grâce à l'aide d'autres personnes consentantes. La partie de la famille qui reste doit s'astreindre à trouver un substitut du membre perdu pour se restructurer. Au niveau de la famille, nous pouvons dire qu'une forme d'organisation familiale se restructure elle-même, ses membres assumant des rôles différents (Jackson, 1957).

Les significations en commun et intersubjectives sont en interaction : intérêts fortement investis, valeurs, peurs, vont conduire à la création et à la stabilisation de certaines formes d'organisations familiales, et des formes particulières d'organisation deviennent des expériences partagées en tant que définition de la famille elle-même. Il en résulte que l'expérience à l'intérieur d'une famille contient des caractéristiques propres et qu'une description en termes individuels (par exemple en termes d'externalisation ou d'identification projective) risque de bloquer l'investigation et demeure obligatoirement réductrice. Par exemple, il a été observé que les membres d'une famille saine semblent plus faibles s'ils sont vus séparément dans un entretien, alors que dans une famille au fonctionnement déficient, les mêmes entretiens séparés révèlent leur force (Lewis et coll., 1976). Ceci tend à suggérer que la culture familiale a un effet obscurcissant sur les caractéristiques psychologiques de chaque membre. La

vision du monde d'un individu est appelée «réalité psychique» (Laplanche et Pontalis, 1973). C'est la culture familiale qui en est l'équivalent pour la famille : des concepts similaires employés par d'autres auteurs sont désignés par «la matrice familiale» (Ackermann, 1958), «l'identité familiale» (Wolin et coll., 1979, «la réalité familiale» et «le mythe familial» (Byng-Hall, 1973).

Les types d'actions de surface répétitifs et apparemment dénués de sens s'insèrent ainsi dans un fondement profond et leur sens, dans un contexte de significations communes et intersubjectives, est révélé par les histoires familiales. L'histoire familiale qui possède une signification clinique est rapportée subjectivement par la famille en présence, particulièrement à travers la relation des événements stressants et la manière dont ils ont été affrontés.

Le stress familial : une classification

Un événement est considéré comme stressant d'après les systèmes de signification déjà en place, basés sur les critères d'urgence pour la survie, le bien-être et l'attachement. D'autres systèmes de significations sont nécessaires pour l'aménagement psychologique du stress et l'activation ou l'inhibition de l'action. La reconnaissance autant que la résolution des stress sont des expériences fréquentes et en grande partie inconscientes. Les systèmes de signification se développent dans l'enfance et ne subissent ultérieurement que des modifications mineures. A l'âge adulte, des changements peuvent avoir lieu grâce à la psychanalyse et ont également été observés suite à des traumatismes massifs (Kinston et Rosser, 1974).

Pour notre étude, les parents et enfants sont appelés la famille de procréation (FoP) et la génération précédente (grands-parents, parents et la fratrie des parents) les deux familles d'origine (FoO). Dans les familles d'origine, les parents ont vécu des expériences personnelles et familiales qui ont développé des systèmes spécifiques de significations (réalité psychique). Le choix du mariage dépend de la similarité (signification en commun) et de la complémentarité (signification intrasubjective) issue des réalités psychiques parentales de chaque partenaire. Les enfants naissent dans cette réalité conjugale et la modifient immédiatement. Les événements qui prennent place dans la famille de procréation ont très peu d'effet négatif sur les enfants si les parents sont capables d'en soutenir l'impact mental et de les ressentir positivement. Ces enfants ne peuvent pas être totalement protégés des événements traumatiques, car les processus défensifs d'acceptation, de résolution et d'élaboration des significations sont habituellement immatures dans l'enfance et constituent la base de la vulnérabilité au stress à l'âge adulte.

Notre expérience nous conduit à proposer une tentative de classification du stress, de la signification et de l'action de surface dans les familles examinées. Il est possible de distinguer les familles où un stress particulier, vécu dans les familles d'origine, est en relation avec un événement survenu dans la famille de procréation. Dans d'autres cas, la présentation implique les deux familles, d'origine et de procréation. Ainsi parfois, des événements vécus dans la génération précédente sont si profondément marquants qu'ils provoquent encore des événements dans la famille de procréation, ou bien ce sont des événements vécus dans la famille de procréation qui réactivent des faits enterrés, mais non pas morts, issus de la famille d'origine.

Construction d'une hypothèse focale

Les notions abordées dans le chapitre précédent étayaient la manière dont la formulation focale a été effectuée dans la famille Jones et en soulignent la logique. Le thérapeute est tout d'abord confronté à une famille et à ses plaintes (colonnes 1 et 2). Pour leur donner un sens, il note une histoire (colonnes 3 et 4) et observe les types de signification pathologique (colonne 6) et d'interaction (colonne 7) qui en résultent. La colonne 5 traite de la méthode employée pour résoudre les expériences stressantes et éclaire la nature intégrée de l'approche focale. Il est souvent difficile de déterminer les actions de surface prédominantes sans une histoire clinique détaillée. De même, pour décider quels sont les événements historiques traumatisants, il faut en rechercher les séquelles et l'utilisation de défenses pathologiques.

Dans la famille Jones, le stress crucial est situé dans la famille d'origine de la mère, où la relation père-enfant est en compétition avec la relation conjugale. L'enfant (maintenant la mère dans la famille de procréation) en a ressenti la conséquence dans ses trois ans d'hospitalisation, dans le divorce de ses parents et la perte de son père. Les événements traumatiques dans le premier mariage de la mère et dans le mariage actuel, sont considérés comme une conséquence de ce premier stress de famille d'origine, plutôt que seulement comme un stress crucial dans la famille de procréation, bien qu'il soit mêlé au stress originel. Les méthodes de résolution du stress chez les deux parents s'appuient sur le dépassement en laissant le passé derrière eux. La mère affronte ses pertes par le déni, le détachement et la substitution. Le père utilise des mécanismes similaires : il a expliqué la conception de John comme consécutive à la mort de sa propre mère (substitution), et il a décrit combien il a dû dépasser son passé en abandonnant derrière lui la culture de sa classe ouvrière.

Ce genre d'événements passés et la manière dont ils sont abordés est à la base du système de signification

actif dans la famille de procréation. Il y a d'importants messages communs stipulant que le passé n'a pas de sens et que seul le présent est à considérer ; et qu'être stupide équivaut à être mauvais. De plus, il y a des messages intersubjectifs résultant d'interactions prévalentes dans les familles d'origine. Quand nous avons demandé aux parents de choisir un proverbe et de l'expliquer aux enfants, la mère a choisi « Laisse dormir le chien tranquille », et le père « Si tu ne réussis pas du premier coup, essaye, essaye et essaye encore ». Ce choc de croyances complémentaires crée un aménagement intersubjectif où la mère exclut Richard et abandonne l'initiative au père. Elle présente l'ultimatum : le père doit choisir entre elle et Richard. Dans une telle culture, les parents ne peuvent ni coopérer ni résoudre leurs conflits.

Le comportement de Richard, problème présenté, peut aussi être évalué dans sa fonction de scénario familial répétitif — action de surface — qui représente la tentative de la famille à résoudre les craintes de rupture conjugale secondaires à la relation de compétition parents-enfants — structure de fond. Ils agissent en excluant le « mauvais » enfant. Richard dans cette position est le quatrième enfant et nous pourrions prévoir, s'il est exclu, que John deviendrait rapidement l'enfant à problème.

Le thérapeute peut résumer cette situation dans l'hypothèse focale suivante : la famille exclut Richard pour éviter une rupture conjugale telle qu'elle s'est déroulée dans la famille d'origine, due à une relation de compétition parents-enfant. On voit que cette phrase contient des éléments apparaissant dans toutes les colonnes du tableau.

Critères d'amélioration

Puisque la formulation focale et l'hypothèse focale intègrent l'action de surface pathologique appropriée et la structure de fond de la vie familiale, elles servent de base utile pour exposer les critères d'évaluation des changements. Ces critères sont utilisables dans des buts de recherche : ils peuvent être étayés avant d'instituer une thérapie et peuvent être utilisés « à l'aveugle » pour des catamnèses.

Une modification systémique ou symptomatique est toujours souhaitée, mais ceci peut refléter une « fausse » solution ou une solution seulement partielle au problème central. Des exemples de ce problème ont déjà été décrits dans notre précédent article (Kinston et Bentovim, 1978).

La famille saine est capable d'élaboration et se développe grâce à la résolution des événements traumatiques. Les familles qui nous viennent pour un traitement n'ont trouvé que des solutions inappropriées à ces évé-

nements, à travers l'évitement, la projection ou le passage à l'acte (Kinston et Bentovim, 1981). Ces solutions inhibent le développement et empêchent un mode d'interaction souple. Cela résulte dans une aggravation de la situation de la famille, en d'autres termes, l'action de surface pathologique est tout simplement le prix payé pour la poursuite de buts tout à fait différents. Pour manier certains aspects particuliers de l'expérience humaine, la famille se trouve prisonnière d'une configuration où l'essence même de l'expérience humaine est perdue.

Les aspects sur lesquels les membres familiaux peuvent avoir des difficultés appartiennent à la gamme des expériences humaines : engagement, intimité, perte, autorité, séparation, affects douloureux, individuation, déception, changement, réalité historique. Quand ils sont confrontés par la thérapie à des aspects jusque-là évités, on assiste à une ouverture vers des possibilités nouvelles, et la famille peut retrouver un contrôle, un sens de l'ordre et du progrès. Pour s'assurer si les éléments évités ont été vraiment affrontés et résolus, il faut retourner au niveau de l'action de surface et de l'évaluation clinique du changement. L'objectif de la thérapie n'est pas celui de rester au niveau d'une notion abstraite, mais bien de permettre des changements réels dans la vie de famille. Il est possible de spécifier, dans une large mesure, les modifications de l'interaction familiale souhaitables pour cette famille particulière, à condition de prendre en considération la structure des significations sous-jacentes. Nous disons d'une telle action de surface qu'elle est un but pour cette famille pour éviter le danger de spécifier une interaction normative idéale à laquelle toute famille aurait à se conformer. Dans la famille Jones, les critères d'amélioration sont exposés à la colonne 8 (Tableau III).

Les critères d'amélioration ne sont pas spécifiquement détaillés en critères cibles de changement à cause du système ouvert que forme la famille. Une variété de formes d'actions de surface peut contenir ou exprimer la résolution thérapeutique effectuée ou l'expression de la signification sous-jacente. Un jugement clinique est donc nécessaire pour décider si le changement d'interaction suite au traitement correspond bien aux critères d'une issue satisfaisante. Bien entendu, les considérations des membres de la famille sur ce qu'ils sentent et ce qu'ils pensent sont importantes, de même que l'interaction courante et les épisodes de la vie réelle. Ces critères sont essentiellement objectifs, vu que ce sont des événements qu'on peut partager socialement. Ils peuvent être utilisés pour toute modalité de traitement ou en association à n'importe quelle position théorique. Ils peuvent être inconnus ou considérés comme peu importants pour la famille, à l'inverse du symptôme ou des buts de changement, et peuvent servir de preuve de l'effet thérapeutique.

Implications pour la thérapie

L'efficacité thérapeutique dépend de l'impact de signification de l'intervention. Ceci est le cas même pour les prescriptions paradoxales et comportementales. La formulation fournit un contexte dans lequel toutes sortes d'interventions, de type structural, psychodynamiques, systémique ou stratégique sont à prendre en considération. De surcroît, elle met en lumière la variété d'approches potentielles. Elle ne prescrit ni ne proscrit aucun plan, ni tactique ni technique particulière.

La formulation a aussi l'avantage, pour le thérapeute, d'ouvrir diverses voies d'approche à la famille. C'est à lui de choisir s'il préfère travailler sur les plaintes, les cercles vicieux, la façon dont le stress est élaboré, les événements eux-mêmes, ou sur quelque autre combinaison.

Dans la famille Jones, le thérapeute a utilisé pour commencer une approche structurale (Minuchin, 1974). Il a essayé de « dé-trianguler » Richard du sous-système conjugal et d'encourager une meilleure relation thérapeutique entre lui et sa mère. Quand tout ceci n'a servi à rien, il a essayé d'employer l'attitude plus positive du père et d'augmenter son investissement pour Richard à la maison. A ce point, la situation s'est détériorée; les parents se sont plaints que Richard devenait totalement impossible et que c'était lui qui devait être pris en traitement. L'essai de mettre le focus sur la relation conjugale a été déjoué et considéré inapproprié. Les parents considéraient leur mariage comme un succès et le seul problème était seulement Richard. En désespoir de cause, Richard a été admis dans l'unité psychiatrique de l'Hospital for Sick Children. Avec l'équipe de l'unité, il s'est montré difficile, présentant des troubles de comportement, suscitant la colère et le rejet, mais il a su également montrer des qualités positives et a fini par être aimé par l'équipe soignante. Il retournait à la maison pour les week-ends, et ses parents, en particulier sa mère, continuaient à ressentir sa présence comme intolérable, bien que cette réaction extrême n'ait pas pu être élucidée.

C'est pendant l'hospitalisation de Richard dans l'unité qu'une anamnèse complète de la famille a pu être établie et que la formulation focale a pu être construite. Sous cet éclairage, le thérapeute a modifié son approche avec cette famille. Il a particulièrement souligné les ressemblances existantes entre le comportement de Richard et les expériences passées de la mère. (Exemple, le fait qu'elle ne s'entendait pas avec sa propre mère, qu'elle a été placée dans un hôpital à l'âge de 7 ans, le divorce de ses parents). Son comportement a pu être également connoté positivement et recadré dans le sens d'une tentative d'aide à ses parents, exactement comme la mère avait essayé

d'aider les siens. Cette nouvelle approche apparut immédiatement tout à fait significative pour la famille. La mère a pu exprimer qu'elle ne voulait surtout pas que Richard passe par là où elle avait passé elle-même et les deux parents ont exprimé le désir de le reprendre à la maison. La relation entre la mère et Richard s'est améliorée malgré la difficulté de la mère à rester avec lui pendant un certain temps. Les parents ont commencé à discuter des résultats, et de leur propre relation beaucoup plus ouvertement. Cette modification a permis au thérapeute d'élaborer un peu le problème affectif de la perte, en rappelant la mort de Jeremy, et la perte du grand-père maternel. Bien que la mère soit toujours restée passablement sur ses gardes, ce travail a été précieux pour créer des liens avec son passé. La mère a pu admettre qu'elle avait très peur d'être abandonnée par son mari, et que Richard avait pour fonction de tester sa fidélité.

En termes de critère d'amélioration, les parents sont capables maintenant de se parler plus directement et ouvertement l'un l'autre, faisant face à leurs différences et à leurs conflits. Richard est triangulé moins souvent dans la relation conjugale et le père n'a plus à faire un choix de génération croisée entre son fils et sa femme. Richard est perçu par son père d'une manière plus adéquate et il est mieux soutenu. La perception de Richard reste distordue de la part de la mère, mais se présente d'une manière plus adéquate qu'auparavant. Elle est maintenant capable de laisser le père s'en occuper sans crainte. John n'est plus considéré comme l'enfant « tout bon » et les deux garçons sont perçus avec leurs différences propres. Nous avons revu Richard trois mois après sa sortie de l'hôpital et son retour à domicile. Il provoque moins un comportement de rejet à son égard et s'adapte bien à l'école. Les parents envisagent leurs premières vacances en famille. De sérieux problèmes demeurent encore, mais certains progrès semblent avoir été faits.

Conclusion

Dans cet article, nous avons décrit une méthode clinique utile à l'examen systématique d'une famille avec toutes ses données. La pléthore des données familiales s'organise dans une formulation focale. Cette formulation se base sur le point de vue que la famille possède une culture propre avec sa signification et ses actions spécifiques. L'hypothèse focale constitue un bref status qui saisit le sens de la formulation focale et sert de guide au thérapeute lorsqu'il s'engage dans le travail spécifique avec la famille. Cette méthode est utile autant pour la thérapie que pour la recherche. Elle permet l'évaluation des modifications familiales d'une manière pertinente, objective et individualisée.

Remerciements

Le matériel clinique de cet article a été présenté au Premier Congrès International de l'Association Américaine de Thérapie de Couple et Familiale à Toronto, Canada (1980) et à la Sixième Conférence Annuelle de l'Association de Thérapie de Famille à York, Grande-Bretagne (1981).

Les membres du groupe de thérapie familiale focale ont contribué au développement des concepts dans cet article. Il s'agit de Anne Elton, David Evans, Tilman Furniss, Danya Glazer et Roy Howarth.

Le groupe d'étude des familles au Hospital for Sick Children reçoit un apport financier de la part du Leverhulme Trust.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackermann N.W. (1958) : *The Psychodynamics of Family Life*. Basic Books, New York.
- Armstrong S., Yasuna A. and Hartley D. (1979) : « Brief psychodynamic psychotherapy: Inter-rater agreement and reliability of individually specified outcomes », Paper presented at European Conference of Society for Psychotherapy Research, Oxford.
- Beezley-Mrazek P. and Bentovim A. (1981) : « Incest and the dysfunctional family system », In : Beezley-Mrazek P. and Kempe C.H. (Eds.), *Sexually Abused Children and their Families*, Pergamon, Oxford.
- Bentovim A. (1979) : « Towards creating a focal hypothesis for brief focal family therapy », *J. Family Ther.*, 1 : 125-136.
- Bentovim A. and Gilmour L. (1981) : « A family therapy interactional approach to decision-making in child care access and custody cases », *J. Fam. Ther.*, 3 : 65-77.
- Bentovim A. and Kinston W. (1978) : « Brief focal family therapy when the child is the referred patient. 1. Clinical », *J. Child Psychol. Psychiat.*, 19 : 1-12.
- Byng-Hall J. (1973) : « Family myths used as defence in conjoint family therapy », *Brit. J. Med. Psychol.*, 46 : 239-250.
- Furniss T., Bentovim A. and Kinston W. (1983) : « Clinical process recording in focal family therapy », *J. Marit. Family Therapy*, 9 : 147-170.
- Gurman A.S. (1978) : « Contemporary marital therapies : a critique and comparative analysis of psychoanalytic, behavioural and systems theory approaches », In : Paolino Jr., R.J. and McGrady B.S. (Eds.), *Marriage and Marital Therapy: Psychoanalytic Behavioural and Systems Theory Perspectives*, Brunner/Mazel, New York.
- Haley J. (1970) : « Approaches to family therapy », *Int. J. Psychiatry*, 9 : 233-242.
- Haley J. (1971) : *Changing Families*, Grune and Stratton, New York.
- Hinde R. (1979) : *Towards Understanding Relationships*, Academic Press, London.
- Jacob T. and Davis J. (1973) : « Family interaction as a function of experimental task », *Fam. Proc.*, 12 : 415-427.
- Jackson D.D. (1957) : « The question of family homeostasis », *Psychiat. Quart. (Suppl.)*, 31 : 79-90.
- Kinston W. (1978) : *The Family Task Interview on Audiotape and Videotape*. Working Paper : Family Studies Group, London.
- Kinston W. and Bentovim A. (1978) : « Brief focal family therapy when the child is the referred patient. II. Methodology and results », *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 19 : 119-144.
- Kinston W., and Bentovim A. (1981) : « Creating a focus in brief marital and family therapy », In : Budman S. (Ed.), *Forms of Brief Psychotherapy*, Guilford Press, New York.
- Kinston W., Loader P. and Stratford J. (1979) : « Clinical assessment of family interaction: A reliability study », *J. Fam. Ther.*, 1 : 291-312.
- Kinston W. and Rosser R. (1974) : « Disaster: Effects on mental and physical state », *J. Psychosom. Res.*, 18 : 437-457.
- Laplanche J. and Pontalis J.B. (1973) : *The Language of Psychoanalysis*, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London.
- Leventhal T. and Weinberger G. (1975) : « Evaluation of a large scale brief therapy program for children », *Am. J. Orthopsychiat.*, 45 : 119-133.
- Lewis J.M., Beavers W.R., Gossett J.T. and Phillips V.A. (1976) : *No Single Thread: Psychological Health in Family Systems*, Brunner/Mazel, New York.
- Loader P., Burck C., Kinston W. and Bentovim A. (1981) : « A method for organizing the clinical description of family interaction: The « Family Interaction Summary Format ». » *Aust. J. Fam. Ther.*, 2 : 131-141.
- Malan D.H. (1976) : *Towards the Validation of Dynamic Psychotherapy*, Plenum Press, New York.
- Malan D.H. (1976) : *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum Press, New York.
- Minuchin S. (1974) : *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, Ma.
- Reiss D. (1980) : « Pathways to assessing the family: some choice points and a sample route », In : Hofling C.K. and Lewis J.M. (Eds.), *The Family: Evaluation and Treatment*, Brunner/Mazel, New York.
- Satir V. (1967) : *Conjoint Family Therapy* (Revised Edition), Sci. Behaviour Books Inc., Palo Alto.
- Ursano R.J. and Dressler D.M. (1974) : « Brief vs. long-term psychotherapy: a treatment decision », *J. Nerv. Ment. Dis.*, 160 : 164-171.
- Weakland J.H., Fish R., Watzlawick P. and Bodin A.M. (1974) : « Brief therapy: focused problem solution », *Fam. Proc.*, 13 : 141-168.
- Winch P. (1958) : *The Idea of a Social Science and Its Relation to Philosophy*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Wolin S.J., Bennett L.A. and Noonan D.L. (1979) : « Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations », *Am. J. Psychiat.*, 136 : 589-593.
- Zuckerman E. and Jacob T. (1979) : « Task effects in family interaction », *Fam. Proc.*, 18 : 47-53.

Adresse des auteurs :
Dr Arnon Bentovim
The Hospital for Sick Children
Great Ormond Street
London WC1N 3JH