

Université de Bretagne Occidentale
Faculté des Lettres et Sciences Sociales
Département de Psychologie

**LA DYNAMIQUE DES TRANSMISSIONS
TRANS ET INTERGENERATIONNELLES
AU TRAVERS DU GENOGRAMME
CHEZ LES ADOLESCENTS
SUICIDANTS ET SUICIDAIRES**

Mémoire pour l'obtention du
D.E.S.S. de Psychologie clinique et pathologique
« Psychopathologie des déviances et des exclusions »

Par Christine Cloarec
Directeur de recherche : Monsieur JOBEIR.
Assesseur : Madame BOMPARD-PORTE.

Année universitaire 2000/2001

SOMMAIRE

PREAMBULE	5
------------------------	----------

1. LES ADOLESCENTS SUICIDANTS ET SUICIDAIRES	7
---	----------

1.1. L' ADOLESCENCE	8
1.1.1. <i>Historique</i>	8
1.1.2. <i>Définitions</i>	8
1.1.3. <i>La « crise adolescente »</i>	9
1.1.4. <i>L'adolescent et sa famille</i>	10
1.2. LE SUICIDE	11
1.2.1. <i>Définitions</i>	11
1.2.2. <i>Epidémiologie</i>	11
1.2.3. <i>Historique</i>	14
1.2.4. <i>Les différentes approches</i>	16
1.2.4.1. <i>La sociologie</i>	16
1.2.4.2. <i>Les théories cognitivo-comportementales</i>	17
1.2.4.3. <i>La psychanalyse</i>	18
1.3. LE SUICIDE A L' ADOLESCENCE	22
1.3.1. <i>Conceptions actuelles</i>	22
1.3.2. <i>La prise en charge, présentation d'un service hospitalier spécialisé</i>	24
1.3.2.1. <i>Vocation et objectifs de l'U.A.M.P.</i>	24
1.3.2.2. <i>Présentation de l'UAMP</i>	26
1.3.2.3. <i>Outils thérapeutiques et cliniques</i>	28
1.3.2.4. <i>La prévention</i>	30
1.3.2.5. <i>Conclusion</i>	31

2. LE GENOGRAMME	32
-------------------------------	-----------

2.1. L'ARBRE GENEALOGIQUE 33

2.2. LE GENOGRAMME 34

2.3. LE GENOGRAMME A L'UNITE ANJELA DUVAL 35

3. PROBLEMATIQUE.....	37
------------------------------	-----------

4. LA DYNAMIQUE DES TRANSMISSIONS TRANSGENERATIONNELLES AU TRAVERS DU GENOGRAMME	39
---	-----------

4.1. SUJET D'ETUDE : LA FAMILLE ET LE GENERATIONNEL 40

4.1.1. *La notion de famille, concepts fondamentaux.....* 40

4.1.1.1. La famille 40

4.1.1.2. Les crises familiales 42

4.1.1.3. La Filiation 43

4.1.2. *L'approche familiale en psychologie clinique.....* 45

4.1.2.2. La systémie..... 46

4.1.2.2.1. L'origine 46

4.1.2.2.2. La théorie générale des systèmes 47

4.1.2.3. Entre psychanalyse et systémie, les approches «intermédiaires»..... 50

4.1.2.3.1. Ivan BOSZORMENYI-NAGY 50

4.1.2.3.2. Murray BOWEN 52

4.1.2.1. La psychanalyse 54

4.2. ETUDES DE CAS.....	57
4.2.1. <i>Isabelle</i>	57
4.2.1.1. Déroulement de l'hospitalisation	58
4.2.1.2. Eléments anamnestiques	57
4.2.1.3. Le génogramme.....	58
4.2.1.3.1. Présentation du génogramme simplifié	59
4.2.1.3.2. Premiers entretiens : description du génogramme	64
4.2.1.3.3. Quatrième entretien : intérêt du génogramme.....	67
4.2.1.3.4. Cinquième entretien : reprise du génogramme.....	68
4.2.1.4. Discussion	69
4.2.2. <i>Sonia</i>	83
4.2.2.1. Contexte de l'hospitalisation.....	83
4.2.2.2. Génogramme simplifié.....	83
4.2.2.3. Description du génogramme	86
4.2.2.4. Déroulement de la séance.....	88
4.2.2.5. Discussion	89
5. REFLEXIONS.....	93
5.1. INFLUENCE DE L'HISTOIRE FAMILIALE SUR LA POSITION DE L'ADOLESCENT	94
5.2. INTERET DU GENOGRAMME	99
5.3. PRATIQUE DU GENOGRAMME	101
CONCLUSION.....	102
REFERENCES.....	106
ANNEXES.....	113

PREAMBULE

Si le terme est récent, la notion de transmission psychique entre générations a toujours été considérée dans la psychanalyse. Freud, au travers des concepts d'identification, avec le complexe d'Œdipe ou encore la psychologie des masses l'a finalement étudiée très tôt sans la qualifier véritablement.

Ce concept a été précisé par Evelyn Granjon dans les années quatre-vingt qui distinguait les transmissions intergénérationnelles, conscientes, et les transmissions transgénérationnelles, inconscientes. Ces dernières ont fait l'objet de nombreux écrits et on sait aujourd'hui que des traumatismes ou des souffrances chez un ou des grands-parents peuvent, par les transmissions psychiques transgénérationnelles¹, engendrer des « pathologies familiales » dans la descendance et peuvent devenir l'objet de la souffrance d'un petit-enfant.

Rappelons que toute famille n'est famille que par l'idée qu'elle s'en fait, la représentation qu'elle en a. Cette famille aura toujours une histoire, constituée par les histoires individuelles de chaque membre et l'histoire « collective » de ce groupe. C'est donc une succession d'histoires qui constituent une histoire familiale, et par la progression dans le présent, crée une nouvelle histoire. Celle-ci, faite de présent et de passé, comportera des éléments qui influenceront l'histoire au présent.

L'individu n'est pas seul au monde. Les différentes théories psychologiques le formulent bien puisque, de tout temps, le développement de l'enfant a été vu en partie dans ses interactions, conscientes ou inconscientes, avec ses parents en premier lieu. Mais ces mêmes parents ont également eu des parents qui leur ont aussi transmis des spécificités. Cela nous montre donc combien les histoires et développements individuels sont interdépendants dans une famille.

¹ Trans : « par delà » en latin. Soit littéralement, « communication au travers de la descendance d'une famille ». Pour Hélène Brunschwig, la définition pourrait être : « transmission inconsciente de certaines caractéristiques personnelles des ascendants et la projection de conflits inconscients sur les descendants » (H.B., Carnetpsy.com)

A partir de notre expérience de stage au sein d'un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des adolescents suicidants et suicidaires, nous avons souhaité ici présenter quelques unes de nos observations et interrogations. Plus précisément, nous avons découvert à cette occasion la technique du génogramme, mais rapidement, cet outil, bien que très riche, nous a semblé ne pas être utilisé à la hauteur de ses possibilités. C'est pourquoi, nous avons souhaité poursuivre une réflexion sur cet outil qui nous paraît pouvoir répondre au mieux à la particularité de la prise en charge d'adolescents qui sont alors dans une période fort délicate quant aux relations entretenues notamment avec les parents.

Ce mémoire ne rend donc pas compte d'un travail de recherche à proprement parler mais bien plus d'observations et d'une réflexion sur ces bases.

Nous commencerons donc par nous intéresser à la problématique suicidaire à l'adolescence et présenterons en exemple un service hospitalier spécialisé dans sa prise en charge. Nous tenterons ensuite de définir le génogramme en tant qu'outil « privilégié » pour étudier le contexte familial. Puis, nous verrons les principaux fondements théoriques de la notion de « famille » et des thérapies qui s'y rapportent. Deux cas nous permettront d'illustrer l'utilisation du génogramme chez l'adolescent. Enfin, nous tenterons de tirer des conclusions quant à ces observations et la pertinence de l'outil employé.

1. Les adolescents suicidants et suicidaires

1.1. L'adolescence

1.1.1. Historique

La notion d'adolescence, dans une approche sociale du terme, est apparue XVIII^e siècle par des écrits exprimant des dépravations provoquées par des groupes de jeunes personnes. C'est donc depuis cette époque que l'adolescence est reconnue comme une période spécifique du développement individuel.

Encore nous faut-il préciser qu'il s'agit bien de l'adolescence et non de la puberté, la première étant en partie définie par la seconde et par des repères « sociaux », la seconde correspondant plus à une période de développement physiologique quasi-universelle, avec des variations tenant plus aux modes de vie.

1.1.2. Définitions

Selon le dictionnaire Le Robert², l'adolescence est « l'âge qui suit la puberté et précède l'âge adulte », sachant que ce même dictionnaire nous indique que l'âge adulte, quant à lui, serait une période allant « de la fin de l'adolescence au commencement de la vieillesse » ! Il semblerait donc que les définitions communes ne puissent guère nous éclairer.

Etymologiquement, le terme « adolescence » provient du latin « adolescere » signifiant grandir.

La plupart des auteurs ayant conduit des recherches sur le sujet définissent l'adolescence comme un « passage » entre l'enfance et l'âge adulte. Cette dernière notion est des plus importantes même si elle paraît là encore trop incertaine. Pourtant, cette définition peut être acceptable dans le sens où cette période de vie ne peut être considérée de manière « universelle ». Elle varie en effet très largement d'une société tant par sa durée que par ses modalités. Ainsi, dans certaines cultures et à certaines époques, des rites venaient signifier le passage de l'enfance à l'âge adulte et il n'était

² Le Robert Illustré d'Aujourd'hui. Editions Dictionnaires Le Robert, Paris, 1996.

pas admis qu'il y ait une véritable période adolescente en dehors de la pratique rituelle. Chez les Romains, l'adolescence se terminait officiellement à trente ans. Les habitants de Samoa, eux, ne la considèrent même pas. Nous n'allons pas donner plus d'exemples sur la diversité des formes que peut ou qu'a pu prendre l'adolescence et nous conviendrons donc de partir du « modèle » occidental actuel.

Pour ne nous en tenir qu'au contexte qui intéresse notre étude, à savoir la société française, s'il en est une, nous dirons que l'adolescence est la plus souvent considérée comme débutant avec la puberté et s'achevant à l'entrée dans la vie active conçue comme une caractéristique de l'âge adulte. Ces critères laissent donc possible une grande variabilité interindividuelle. En effet, la puberté débute à un âge variable, souvent plus précoce chez les filles que les garçons et l'entrée dans la vie active dépend de nombreux facteurs, comme la durée des études en premier lieu. Devant cette difficulté et pour tenter de cerner tout de même une période définie par le temps permettant de mener des études de grande ampleur ou encore de créer des lieux spécialisés dans la prise en charge des adolescents, il est devenu classique de considérer la tranche d'âge 15-24 ans.

Finalement, l'adolescence est une période charnière pour chaque individu. Cette phase de développement se caractérise en effet par des modifications tant physiques que psychologiques, et le sujet doit donc s'y adapter pour entrer dans le monde adulte. L'adolescent n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte, ce n'est pas un état intermédiaire mais bien une période transitoire.

1.1.3. La « crise adolescente »

La notion de « crise d'adolescence » très répandue aujourd'hui n'est apparue que récemment. On l'associe aussi le plus souvent aux difficultés rencontrées par les jeunes de l'ère actuelle et elle se présente au grand jour dans les phénomènes de bande, les violences intra- et extra-scolaires, les tentatives de suicide.

L'adolescent a besoin de repères stables pour s'affirmer. Or, paradoxalement, notre société devenant peu à peu « adolescentique »³, ces mêmes adolescents

³ Terme de Tony Anatrella.

deviennent le repère pour les personnes centrées sur les nouvelles « valeurs » prônées par cette société, à savoir le culte de la jeunesse et de la performance.

1.1.4. L'adolescent et sa famille

L'adolescent, pour signifier son individuation et son autonomisation, se doit d'abandonner ses identifications antérieures pour en acquérir de nouvelles symbolisant la séparation au couple parental ou son équivalent jusqu'à la référence essentielle de l'enfant.

Par ailleurs, pour intégrer le contenu des désirs sexuels et des identifications oedipiennes nécessaires à l'établissement de son identité sexuelle, l'adolescent doit renoncer au désir incestueux et se libérer de la culpabilité oedipienne en restaurant les parents oedipiens qui rendront possibles les identifications. Mais, devant la menace de l'inceste devenu réalisable, l'adolescent va devoir en quelque sorte mettre à distance ses parents en s'y opposant.

Enfin, l'adolescent ne peut accéder à l'âge adulte qu'en s'inscrivant dans la lignée familiale, en s'assurant donc malgré un « rejet » relatif des parents, de l'indélébilité de leurs liens prouvant par là son origine. C'est ainsi que certains psychanalystes comprennent le fait que les grands-parents soient le plus souvent épargnés de cette crise d'opposition de la part de l'adolescent.

Si l'ajustement inter-relationnel sous-tendu par l'intersubjectivité, ne se déroule pas convenablement, l'adolescent peut alors rencontrer des difficultés. C'est ainsi que le passage à l'acte suicidaire peut constituer une voie pour l'adolescent de montrer sa souffrance ou de marquer une rupture dans le réel avec son entourage proche. Nous allons donc aborder à présent le phénomène suicidaire et plus particulièrement dans le contexte de l'adolescence.

1.2. Le suicide

1.2.1. Définitions

Se suicider (du latin sui : de soi; et de cide (coedere) : action de tuer) désigne « l'action de se donner volontairement la mort »⁴.

Le terme « suicidaire » qualifie une personne qui exprime par son comportement ou par ses paroles ses velléités suicidaires, tandis que « suicidant » concerne un sujet qui est passé à l'acte et a survécu et le « suicidé », une personne décédée suite à un passage à l'acte.

Aujourd'hui, la prise en charge de cette population élargit ses indications aux « conduites à risque » ou "parasuicides", se définissant comme des actes auto-infligés qui pourraient avoir des conséquences néfastes mais sans projet suicidaire ni motivation suicidaire.

1.2.2. Epidémiologie

Le suicide est aujourd'hui une priorité de santé publique en France. Par un bilan sur les dix dernières années, l'Observatoire Régional de la Santé à Rennes (ORSB)⁵ donne des chiffres alarmant : le taux de tentatives de suicide est deux fois supérieur en Bretagne que dans le sud de l'hexagone. A Brest, chaque année, 1200 à 1300 personnes sont reçues aux urgences suite à une tentative de suicide.

Une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une "crise d'adolescence". Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit la dangerosité de l'acte ou des dires. En effet, il y a risque d'une prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire.

⁴ "Suicide," Encyclopédie® Microsoft® Encarta 97. © 1993-1996.

⁵ Site Internet : <http://www.ors.fr/>

A l'heure actuelle, il n'existe que trois centres en France concernés par la prise en charge exclusive des suicidants. D'autres services ont un champ d'activités plus large comprenant les conduites à risques en général, dont les comportements addictifs en premier lieu. Le service Anjela Duval a ouvert en septembre 1998. Il s'agit d'une UNITE D'ACCUEIL MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (UAMP) pour jeunes suicidants au CHU de Brest (29). L'UAMP est une unité fonctionnelle au sens de l'article L714.20 du Code de la santé publique, placée sous la responsabilité du Professeur Walter. Mais nous reviendrons sur ce service dans un chapitre prochain.

L'Institut des Etudes Démographiques⁶ (INED) estime que le nombre des décès par suicide, tous âges confondus, se chiffre à 12 000 par an en France et à 960 environ en Bretagne. Mais, par rapport au nombre d'habitants, le taux de suicide en 1995 était pour la Bretagne de 53 à 60% (selon qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes) supérieur au taux moyen français.

En France, les tentatives de suicide atteindraient 160 000 par an. Mais, il est possible que ces chiffres soient sous-estimés (selon l'INSERM à hauteur de 20%). Deux raisons peuvent être invoquées : La dissimulation du caractère suicidaire de l'acte et l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte.

Le suicide est une cause importante de mortalité prématurée. Exprimé en années potentielles de vie perdues, calcul qui ne prend en compte que les décès avant 70 ans, le suicide représente en 1995 la troisième cause de mortalité prématurée (9,6%), à égalité avec les accidents de la circulation (9,7%), derrière les maladies cardiovasculaires (12,1%) et les tumeurs (30,0%). En 1970, la part des suicides n'était que de 4,6%.

L'importance du suicide a donc plus que doublé en 25 ans. Cela est dû en partie à la diminution des autres causes de mortalité particulièrement chez les moins de 50 ans, mais également à l'augmentation du suicide chez les adultes jeunes. Le suicide représente la 2ème cause de mortalité chez les 15-24 ans et la 1ère cause de mortalité chez les 25-34 ans.

⁶ Site Internet : <http://www.ined.fr/>

De plus, si le taux global de suicides (tous âges confondus) a tendance à diminuer légèrement depuis le début des années 1990, les taux sont en augmentation constante chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement de sexe masculin.

Dans la population générale, à l'inverse du suicide, la tentative de suicide touche deux fois plus de femmes que d'hommes. Fréquente à l'adolescence et parmi les jeunes adultes, la tentative de suicide a une incidence annuelle de 5 pour 1000 chez les filles et de 2 pour 1000 chez les garçons. Globalement, plus d'un tiers des suicidants ont moins de 25 ans.

Selon une enquête nationale de l'INSERM (M. CHOQUET, S. LEDOUX, 1993) auprès de 12 000 élèves du second degré, 5 % des garçons et 8 % des filles déclarent avoir effectué au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, seulement 1 sur 5 a été hospitalisé.

Plus d'un tiers des suicidants (37%) réitèrent leur geste, cette proportion étant plus élevée chez les garçons. Dans plus de la moitié des cas, la récurrence survient dans l'année qui suit la première tentative. De plus, le risque vital augmente avec le nombre de tentatives.

Le BAROMETRE SANTE JEUNES 1997, réalisé par le CFES auprès de 2708 jeunes de 15 à 19 ans montre que 11 % ont pensé au suicide dans les 12 derniers mois, et que parmi ceux-ci, plus de la moitié n'en ont parlé à personne. De même, 4 % de ces jeunes ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. 44 % n'en ont parlé à personne et 62 % n'ont reçu aucun suivi après leur geste.

La France n'est pas un cas isolé : dans la plupart des pays occidentaux, les décès par suicide chez les jeunes sont devenus la deuxième cause de décès à l'adolescence après les accidents de la route, et la première cause de décès pour les jeunes adultes. Cependant, la France fait partie des pays les plus concernés en Europe avec l'Autriche, la Suisse, le Danemark et la Finlande.

Différents points se dégagent des études : les décès par suicide sont plus nombreux chez les hommes, les taux de mortalité par suicide sont de plus en plus élevés au fur et à mesure de la progression en âge, les tentatives sont plus nombreuses chez les

femmes, les tentatives sont plus fréquentes chez les jeunes et diminuent au fur et à mesure de la progression en âge.

1.2.3. Historique

Suicide, « se tuer soi ». Il s'agit d'un sujet qui a préoccupé les philosophes depuis quelques siècles. Le suicide rencontre la morale et c'est en cela qu'il est devenu un tabou dans certaines sociétés ou cultures. Qualifié tantôt de courageux, tantôt de lâche, il ne laisse jamais indifférent. Il interpelle la société concernée.

Chez les philosophes, les points de vue ont souvent été très partagés. Pour Socrate, « le suicide, c'est entrer dans le monde des présences idéales, dont la réalité terrestre n'est que l'ombre »⁷. Un siècle plus tard, Aristote estimait « le suicide, une faute contre l'Etat ».

Dans l'Antiquité romaine, les Stoïciens légitimaient le suicide pour qui « n'avait plus aucune raison de vivre ». Ainsi Attale II a pu écrire : « La vie est une chose qui n'a ni importance ni dignité, les esclaves et les animaux la possèdent comme toi. Non seulement un homme sage et courageux, ou misérable, pense et souhaite mourir, mais aussi un homme raffiné ». De même Sénèque l'honorait : « Insensé, pourquoi t'affliger, et que crains-tu ? Où que tu regardes, il y a une fin à nos maux. Vois-tu cet arbre, il mène à la liberté. Demandes-tu le chemin de la liberté. Tu le trouves en chaque graine de ton corps. Penser à la mort, c'est penser à la liberté. Il te plaît de vivre. Il te déplaît, retourne d'où tu viens. »

Dans la Rome Antique, les punitions sociales dépendaient tout de même de la « motivation » au suicide : ainsi, le suicide du militaire était intolérable contrairement à celui du condamné par exemple.

C'est à partir de Saint Augustin que le suicide est assimilé à un crime : « Personne n'a le droit de se donner la mort, ni pour éviter la misère du présent, ni à

⁷ La plupart des citations de ce chapitre « Historique » sont tirées de l'ouvrage suivant : MONESTIER, Martin (1995) Suicides. Histoire, techniques et bizarreries de la mort volontaire. Des origines à nos jours. Le Cherche-Midi, coll. Documents, Paris. pp 335-338.

cause des péchés d'autrui, ni enfin par le désir ». Au 13^e siècle, l'église catholique condamne les suicidés ne leur autorisant plus les mêmes honneurs funéraires que les « bons chrétiens ». Entre le 13^e et le 16^e siècle, le traitement des suicidés et suicidants montre l'inconcevabilité d'un tel « choix ». Ainsi les biens sont confisqués, les corps des suicidants traînés sur une claie, face contre terre, puis pendus par les pieds ou le cou. Il se fait même une sorte de procès puisqu'un « curateur » est désigné pour défendre le cadavre en tentant de prouver une mort accidentelle ou tout au moins excusable en raison d'une folie ou d'une maladie.

Une évolution s'amorce au 18^e siècle puisque le procès n'est plus systématique. Les suicidants ayant prémédité leur mort et sans motif et les suicidants repentant sont différenciés.

En 1770, les procès disparaissent et, en 1790, le suicide est reconnu comme « un acte personnel n'entraînant pas de sanction familiale »⁸.

Napoléon Bonaparte pense que « tout suicidé est un soldat déserteur ». En effet, si le Code pénal français Napoléonien ne fait aucune mention au suicide, le Code Militaire stipule que la « mutilation volontaire » est répréhensible. A la même époque, Madame de Staël pense qu' « il ne faut pas haïr ceux qui sont assez malheureux pour détester la vie. Il ne faut pas louer ceux qui succombent sous un grand poids, car, s'ils pouvaient marcher, en le portant, leur force morale serait plus grande ».

Enfin, au début du 20^e siècle, nous pouvons citer brièvement Kafka : « celui qui se suicide est le prisonnier qui, voyant que l'on dresse un gibet dans la cour, croit que c'est à lui qu'on la destine, s'évade la nuit de la cellule, descend dans la cour et se pend lui-même ».

De nos jours, nous pouvons observer une certaine « neutralité » par rapport au suicide. N'étant pas présenté comme acte de courage ou de lâcheté, des phénomènes autrefois répandus n'ont pratiquement plus lieu, comme les épidémies de suicide à l'annonce d'un décès par exemple.

⁸ CAROLI, François et GUEDJ Marie-Jeanne (1999). Le suicide. Flammarion, coll. Dominos. p10.

1.2.4. Les différentes approches

Le suicide est un thème très large à étudier. Il nécessite des axes de compréhension très variables selon la tranche d'âge concernée, l'existence d'une psychopathologie sous-jacente ou non, l'époque de vie du sujet, etc.

D'une manière générale, le phénomène suicidaire est appréhendé sous trois approches différentes : sociologique, biologique, enfin psychologique.

1.2.4.1. La sociologie

Selon Émile Durkheim, le suicide « *résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qui savait devoir produire ce résultat* ». ⁹

Des facteurs sociaux ont en effet pu être mis en avant dans la compréhension de la fluctuation du taux de suicide selon des périodes définies ou des groupes d'appartenance. Ainsi, la Grande Dépression en Allemagne après la première guerre mondiale entraîna un grand nombre de suicides chez les jeunes. Mais encore, les bonzes s'immolèrent sur la place publique pendant la guerre du Vietnam en signe de protestation contre le système politique. Et il y aurait ainsi de nombreux exemples à citer.

Le suicide peut également entrer dans la culture d'une société. Ainsi, au Japon, le suicide était honorable lorsqu'il s'agissait d'un hara-kiri (le terme de Seppuku est préféré à Hara-kiri par les japonais), soit en s'ouvrant le ventre et en se sacrifiant pour l'empereur. Cette pratique s'adressait en premier lieu aux nobles, puis la pratique fut étendue à toutes les classes sociales. Le Hara-kiri sous sa forme de suicide obligatoire (autoexécution) fut aboli en 1868. Cette forme de suicide volontaire est rare à l'heure actuelle. Cependant, lors des guerres récentes y compris la Seconde Guerre mondiale, de nombreux soldats japonais eurent recours au hara-kiri pour échapper à l'humiliation qu'ils ressentaient en captivité ou après la défaite de leur armée.

⁹ "Suicide," Encyclopédie® Microsoft® Encarta 97. © 1993-1996.

En Inde, à partir du 4^e siècle, le sati était l'obligation pour une veuve de s'immoler sur le bûcher funèbre avec ou sans le corps de son mari s'il était mort au loin. En théorie, le sati n'était pas obligatoire, mais toute veuve refusant de s'y soumettre était frappée d'ostracisme. Cette pratique fut abolie par les anglais en 1829.

Aujourd'hui, les plus grands fléaux relèvent de groupes sectaires. Nous pourrions ainsi citer le suicide collectif de 16 membres du Temple Solaire dans le Vercors en 1995. Mais, pratiquement tous les suicides collectifs dans les sectes sont sujets à caution quant à une dynamique véritablement suicidaire car de nombreux éléments laissent penser qu'il s'agissait chaque fois de meurtres collectifs.

Plus globalement, le taux de suicide qui augmente considérablement dans les pays développés depuis les années 50 relève lui aussi, et tout au moins en partie, de facteurs sociaux, et conforte donc la thèse de Durkheim du suicide en tant que témoin d'un mal social.

1.2.4.2. Les théories cognitivo-comportementales

Pour les cognitivistes, la vie affective pourrait se schématiser avec deux pôles : les affects positifs et les affects négatifs, l'un disposant au plaisir, à la confiance, etc. , l'autre disposant à l'inhibition, à la peur, etc.

L'aspect positif serait caractérisé par l'anticipation et l'aspect négatif par l'évitement.

Des modèles plus complexes sont proposés par les biocomportementalistes avec l'inclusion de facteurs tels que la vulnérabilité, le stress, les événements, etc.

Le concept de coping est utilisé pour la compréhension des conduites suicidaires. Il s'agit d'un modèle de stratégies cognitives et comportementales permettant à un sujet de s'ajuster par rapport à un événement perçu comme menaçant. Il s'agit donc d'un modèle de réponse au stress. Au départ, il s'agit d'une notion psychanalytique puisqu'elle se superpose aux mécanismes inconscients de défense du Moi. Aujourd'hui, le coping correspond à des stratégies conscientes, à des « efforts

cognitifs et comportementaux »¹⁰, et plusieurs types peuvent être distingués (coping centré sur l'émotion, coping centré sur le problème, coping d'évitement, coping « vigilant »). Le suicide pourrait être considéré comme une modalité possible de coping d'évitement. Le coping apparaît donc comme un concept très large, trop large, qui semblerait pouvoir trouver place dans la compréhension de toute conduite d'ajustement, d'évitement, par rapport à une situation désagréable ou dangereuse.

1.2.4.3. La psychanalyse

La psychanalyse, quant à elle, apporte des éléments de compréhension par rapport à la dépression. 60% des tentatives de suicides seraient liées à un état dépressif.

Dès 1910, des éclairages tentent d'être apportés que Freud utilisera de manière plus poussée quelques années plus tard. Ainsi, Federn (1910) déclarait que « seul celui dont on a souhaité la mort se tue ». Steckel y répondait que « personne ne se tue s'il n'a pas voulu tuer quelqu'un ou tout au moins désiré sa mort ». Le suicide ne serait dès lors que le déplacement d'une agressivité, un comportement hétéroagressif devenant autoagressif pour en trouver l'issue.

L'ouvrage de Freud, « Deuil et Mélancolie » (1915), est toujours une référence aujourd'hui. Selon celui-ci, le sentiment dépressif est lié à une perte d'objet (matériel ou fantasmatique, le plus souvent une personne). Par le deuil, le sujet doit desserrer les liens qu'il entretenait avec cet objet pour pouvoir nouer d'autres liens avec d'autres objets. Freud a proposé une ouverture à la compréhension du processus suicidaire en montrant que le mélancolique se met à haïr l'objet disparu puis finit par se haïr lui-même, c'est-à-dire qu'il y a là un renversement des pulsions agressives contre soi. Plus exactement, c'est « l'ombre de l'objet tombée sur le Je » qui est haï. Le Surmoi condamne et le Moi se soumet au châtement.

Mélanie Klein a repris les travaux de Freud en décrivant deux positions fondamentales au développement de l'enfant : la position paranoïde-schizoïde et la

¹⁰ Lazarus, cité par CAROLI, F. et GUEDJ, M.-J. (1999). Le suicide. Flammarion, coll. Dominos. p 51.

position dépressive. Cette dernière est fondamentale dans la théorie de Mélanie Klein et elle intéresse la compréhension du suicide.

L'auteur a décrit cette position dépressive où l'enfant présente des analogies importantes avec le tableau clinique de la dépression.

Pour Mélanie Klein¹¹, l'objet partiel est un objet où la personne est réduite à certaines fonctions prévalentes dans le rapport que l'enfant entretient avec ces personnes. Le prototype de l'objet partiel est le sein, compris comme l'ensemble des soins que la mère prodigue à l'enfant (physiques mais aussi affectifs). La fonction de l'objet est donc ce qui importe. Lorsque l'enfant ne perçoit que des objets partiels, il ne voit qu'une partie de l'objet en question, de façon isolée, car il n'est pas encore capable d'appréhender l'objet dans sa totalité. Les objets sont alors clivés à partir de leur fonction tantôt satisfaisante, tantôt frustrante, soit en bons et en mauvais objets respectivement. L'enfant va alors tenter d'introjecter les premiers et de projeter à l'extérieur les seconds. Le passage à l'objet total s'établit quand « il est amené à comprendre que l'objet d'amour est le même que l'objet de haine »¹².

Vers le quatrième mois, l'enfant s'engage petit à petit dans la position dépressive qui se mettra en place pendant la première année, avec le passage des relations d'objets partiels à des relations d'objets totaux. Pour Mélanie Klein, cette évolution est due à une maturation neuro-psychologique (cognitive) et aux expériences aux contacts de l'environnement. L'enfant va alors pouvoir concevoir des objets à la fois bons et mauvais, ce qui restait clivé auparavant : « le bébé commence à voir que ses sensations bonnes ou mauvaises ne proviennent pas d'un bon et d'un mauvais sein ou d'une bonne et une mauvaise mère mais d'une même mère, source en même temps de ce qui est bon et de ce qui est mauvais »¹³. Une fois les objets considérés comme totaux, la constitution d'un moi total est possible. C'est alors la période de différenciation entre soi et non-soi.

¹¹ KLEIN, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1980. pp311-340.

¹² Ibid, p337.

¹³ SEGAL, H. (1964). Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. PUF, Paris, 1969. p82-83.

Cette position dépressive peut être conçue comme celle de l'ambivalence puisqu'elle engendre une intrication des pulsions agressives et des pulsions libidinales. L'angoisse va donc changer de nature en même temps que le changement de nature de l'objet : l'angoisse paranoïde va devenir dépressive puisqu'en se différenciant des objets extérieurs, l'enfant peut alors les perdre, d'où l'angoisse de perte de l'objet. Face à cette angoisse, des mécanismes de défenses vont être mis en place : la réparation imaginaire de l'objet d'amour endommagé, et les défenses maniaques qui permettent à l'enfant de se défendre de la dépendance à l'objet et de se protéger des sentiments d'ambivalence et de culpabilité.

Pour être dépassée, la position dépressive nécessite la mise en place des défenses maniaques et de la réparation, une inhibition de l'agressivité conjointe à l'affaiblissement du sadisme, enfin l'élargissement des relations d'objets (par la socialisation notamment). Toutefois, Mélanie Klein pense que la position dépressive ne sera jamais totalement surmontée puisque les différents deuils qui jalonnent la vie vont réactiver cette position.

Pour clore cette description, Jean-Michel Petot illustre la position dépressive de manière concise : « l'enfant traverse, au milieu de la première année, une crise dépressive provoquée par la crainte de perdre sa mère, crainte qui témoigne de l'apparition d'un souci pour l'objet, et donc de l'amour objectal. La manière dont cette crise est vécue, les méthodes utilisées pour la surmonter, sont déterminantes en ce qui concerne la formation de la personnalité et le destin ultérieur (considéré du point de vue de la santé mentale) de l'individu »¹⁴.

De la qualité des relations externes de l'enfant va dépendre la qualité de son monde interne. Chaque objet d'attachement (et situation) va exister en « double ». Les objets intériorisés sont modifiés par les pulsions, les fantasmes. Ils ne sont alors plus accessibles et peuvent devenir menaçants. L'enfant aura alors besoin de vérifier dans le monde extérieur ses repères pour asseoir son monde interne et se sécuriser. L'équilibre se trouve lorsque les bonnes expériences dominent sur les mauvaises, dans un va-et-vient constant.

¹⁴ PETOT, J.-M. (1982). Mélanie Klein : le moi et le bon objet. 1932-1960. Dunod, Paris. p4.

Pour Mélanie Klein, « par le suicide, le moi cherche à tuer ses mauvais objets et sauver ses objets d'amour, qu'ils soient internes ou externes. Le suicide permet au moi de s'unir avec ses objets d'amour, bons objets intériorisés auxquels il s'est identifié. Il peut également venir briser la relation au monde extérieur ».

1.3. Le suicide à l'adolescence

1.3.1. Conceptions actuelles

Bien que François Ladame précise, qu'à bien y regarder, les idées suicidaires sont « classiques » à l'adolescence, le suicide lorsqu'il est tenté peut prendre des significations précises durant cette période.

Pour rendre compte des troubles présentés par les adolescents suicidants et suicidaires en dehors d'un état dépressif, Philippe Jeammet propose la notion de « dépressivité » qui permet d'opposer « ceux qui réagissent à la confrontation à la perte et à l'ambivalence à l'égard de l'objet aimé par une véritable réponse dépressive, et ceux qui ne peuvent se permettre cette confrontation et l'évitent par une symptomatologie ou un trouble du comportement »¹⁵.

François Ladame, quant à lui, considère toute tentative de suicide comme un moment psychotique se caractérisant par une rupture des liens à la réalité extérieure. Plus globalement, la pathologie narcissique a été soulignée par de nombreux auteurs et permet de rendre compte pour certains patients de cette fragilité des frontières du Moi et des particularités de la problématique dépressive.

Par ailleurs, et c'est ce qui nous intéresse particulièrement, le suicide ou ses équivalents peuvent notamment venir révéler des dysfonctionnements familiaux en venant créer une rupture et un appel aux parents sur la position de l'adolescent. En premier lieu, la dynamique familiale souvent relevée par les auteurs serait caractérisée par les failles de son fonction contenant. Nous n'irons pas plus loin sur ce point puisqu'il fera l'objet d'une partie ultérieure.

D'autre part, la place attribuée à l'adolescent au sein de sa famille n'est jamais neutre. Différents types d'interrelations avec les parents peuvent se présenter. Henri Chabrol s'y est intéressé et a décrit deux types de contrôle parental vis à vis de

¹⁵ JEAMMET, P ; et BIROT, E. (1994). Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte, PUF, coll. Psychiatrie de l'enfant, Paris, p16.

l'adolescent dans l'excès ou dans l'absence. Ainsi, le contrôle excessif se baserait sur l'agressivité, une surprotection pouvant résulter d'une formation réactionnelle. L'indifférence ou le laxisme peut également y trouver son origine.

Chez les adolescents suicidaires, il est fréquent de retrouver un contrôle soit excessif soit au contraire laxiste. Dans le premier cas, il correspondrait à l'incapacité des ou du parent(s) à accepter que l'enfant grandisse, et leur persistance dans un rôle d'autorité stricte ne permet pas d'évoluer vers des « échanges plus égalitaires et plus démocratiques, qui doivent normalement s'instaurer progressivement à l'adolescence »¹⁶. L'attitude laxiste correspond quant à elle à une défaillance de la fonction parentale. Il s'agirait, selon Henri Chabrol, de parents n'ayant pas correctement surmonté leur propre adolescence et pouvant alors chercher à s'identifier à leurs enfants.

Dans les deux cas, l'adolescent se trouve dans une situation où il est maintenu dans une position qui devrait être évolutive et non fixée. L'attitude parentale ne lui permet alors pas d'accéder progressivement à l'âge adulte.

Les dysfonctionnements familiaux, s'ils ne sont pas pathognomoniques du phénomène suicidaire à l'adolescence, font en revanche souvent partie des facteurs principaux.

Dans ces différents cas, l'adolescent ne peut trouver seul une issue vers un changement et cherche alors à signifier cette souffrance. Le geste suicidaire, peut, sans généraliser, correspondre à une rupture dans l'histoire familiale, ou encore une répétition de cette histoire, une continuité en quelque sorte...

Les relations et l'histoire familiales seraient donc des notions importantes à prendre en considération dans ce contexte particulier des tentatives de suicide à l'adolescence. Toutefois, précisons qu'une tentative de compréhension ne pourrait répondre de principes simples, sans risquer d'obtenir finalement des théorisations « décevantes » ou réductionnistes, comme le rappelle François Ladame qui stipule que « ce que nous observons, ce sont beaucoup plus des enchevêtrements de facteurs, des détours, des exceptions et des situations paradoxales. (...) A cet égard, la tentative de

¹⁶ CHABROL, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. PUF, Paris.

suicide pourrait bien combler les amateurs de paradoxes, car elle en est toute empreinte, visant simultanément et à tous les niveaux des buts opposés et inconciliables »¹⁷.

Pour appréhender au mieux cette problématique, il nous semble important de nous pencher à présent sur la pratique qui permet ces observations, c'est-à-dire la prise en charge proposée aux adolescents suicidants et suicidaires qui s'est développée depuis quelques années par la création d'institutions spécialisées.

1.3.2. La prise en charge, présentation d'un service hospitalier spécialisé

L'Unité d'Accueil Médico-Psychologique (U.A.M.P. ou « unité Anjela Duval ») du centre hospitalier universitaire de Brest est un service d'hospitalisation complète spécialisé dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes présentant des conduites suicidaires, de rupture ou d'autoagression.

1.3.2.1. Vocation et objectifs de l'U.A.M.P.

Alors qu'aujourd'hui l'idéal de la société occidentale est basé sur la performance, la réussite, des jeunes se trouvent dans des situations de souffrance psychique par manque de repère ou une inadéquation avec les valeurs proposées par cette société pour se conformer à l'idéal-type.

Ceci ne représente évidemment pas toutes les personnes suicidaires. Chaque situation reste particulière, chaque sujet ayant sa personnalité propre avec ses capacités et ses limites. Néanmoins, il est possible de repérer dans la population accueillie à l'UAMP des problématiques comparables chez un certain nombre de patients.

Ainsi, les histoires de vie de chacun sont souvent marquées de ruptures, de deuils non élaborés, de carences affectives et de manque de repères stables.

¹⁷ LADAME, F. (1989). Les tentatives de suicide des adolescents : pourquoi ? comment ? In CAGLAR, H. (sous dir. De) Adolescence et suicide, Ed. ESF, 2^e édition, Paris, 1991. p18.

Le sujet en prise à ces situations très confuses ne parvient plus à regarder « objectivement » les problèmes qui se présentent et les solutions se trouvent de moins en moins nombreuses. Il est alors possible qu'aucune solution ne devienne envisageable et pousse la personne dans une situation extrême où il lui faut signifier une rupture avec son existence actuelle. Son passage à l'acte ne vaut alors souvent pas de véritable volonté de mort et ce n'est pas toujours non plus un appel à l'aide. Il peut s'agir « simplement » du souhait de repos, d'apaisement de cette souffrance.

Dans tous les cas, le passage à l'acte suicidaire, aussi minimes que puissent sembler les moyens employés, est l'expression d'une souffrance psychique intense tout comme la tenue de propos suicidaires.

Cette souffrance est rarement partagée. Elle est portée par une personne seule qui, nous pouvons aisément le concevoir, ne peut supporter longtemps ce fardeau sans soutien. En effet, l'entourage, s'il est présent, ne peut parfois pas répondre à ce besoin d'aide lorsqu'il a lui-même sa propre souffrance à gérer. De plus, les "traumatismes" trop longtemps enfouis sont difficiles à livrer. En effet, leur contenu risquerait de menacer l'intégrité du sujet par une trop importante charge d'affects s'ils devaient être mis à nu.

L'UAMP se donne donc pour principe d'aider ces patients à exprimer cette souffrance, à rechercher les causes profondes. Aussi ce service tente d'apporter un cadre contenant à ces personnes en situation de crise, ainsi de prendre en charge la souffrance exprimée et permettre au sujet de débiter un travail d'élaboration psychique.

L'UAMP étant avant tout une unité de relais, de transition, de médiation, il n'est pas réaliste de concevoir un travail thérapeutique complet (si tant est qu'il puisse exister !). L'objectif est d'amorcer ce travail et d'établir un relais avec l'extérieur afin qu'il puisse être véritablement "traité" ultérieurement. Le passage dans ce service est donc, dans "l'idéal", le début d'un cheminement vers la résolution de cette situation de crise. D'autre part, le service se préoccupe également de la prévention des conduites suicidaires.

L'UAMP est donc concernée par "l'avant-pendant-après" de la situation critique. En effet, ce service hospitalier perd sa valeur si un relais vers l'extérieur n'est

pas établi en collaboration avec les différents protagonistes. De même, la prise en charge des suicidants conduit inmanquablement à se préoccuper de la prévention de ce phénomène, à rechercher les moyens à mettre en œuvre pour éviter à des personnes de rencontrer ces situations où le passage à l'acte devient l'unique exutoire possible.

L'UAMP s'inscrit dans une phase de post-urgence. Ce service représente le maillon institutionnel entre les services d'urgence et l'environnement extra-hospitalier. Les patients sont le plus souvent orientés vers l'UAMP par les urgences, ou encore par un médecin généraliste.

Ses objectifs sont:

- d'établir un temps spécifique de traitement pendant lequel le patient n'est plus dans son univers quotidien.
- de prendre en charge la souffrance exprimée et la situation de crise pour proposer au patient une inscription dans un cadre contenant et réglementé et lui offrir la possibilité de s'investir dans un travail d'élaboration psychique.
- de faire en sorte que cette rupture temporaire améliore les conditions de retour dans son univers, si nécessaire en mobilisant les réseaux des professionnels et des institutions. Il s'agit donc de participer à la restauration ou au développement de l'autonomie et de la responsabilisation du patient.

1.3.2.2. Présentation de l'UAMP

Avec un personnel comprenant psychiatres, psychologues, assistants sociaux et infirmiers, cette structure s'adresse à des adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 35 ans ayant présenté un geste ou un comportement spécifique ou tenu des propos suicidaires. Le service n'accueille pas les patients présentant une psychopathologie avérée et pour laquelle ils seraient déjà suivis. Les patients ayant une dépendance à l'alcool ou à une drogue illicite ne sont également pas admis. Le terme " dépendance " est pris au sens strict et doit être distingué du simple abus.

Les hospitalisations sont exclusivement des hospitalisations libres. Les patients sont donc actifs dans le processus de prise en charge.

Ce service se compose de trois unités :

- 1) Unité d'observation : l'hospitalisation dure entre 48h et 72h et permet de compléter l'évaluation des difficultés du patient et statuer sur l'entrée en unité médico-psychologique, après l'entretien d'admission.
- 2) Unité médico-psychologique : l'hospitalisation à ce stade dure en moyenne une semaine et permet d'assurer une prise en charge contractualisée sur le mode institutionnel.
- 3) Unité de consultation qui assure les consultations externes et les entretiens des médecins, psychologue et assistants sociaux, en cours de séjour et après le séjour.

D'octobre 1998 à octobre 1999, le service a accueilli 150 patients en hospitalisation pour 237 séjours :

- la moyenne d'âge est de 18 ans et 11 mois.
- la durée moyenne de séjour est de 10,5 jours,

Le patient est amené à consulter à l'UAMP par les urgences psychiatriques ou par un médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou infirmière scolaire... C'est une condition préalable.

Lors de la consultation de pré-admission, fait par un des médecins du service ou le psychologue avec un infirmier, le jeune est reçu individuellement pour parler de son geste ou de ses velléités suicidaires, pour exprimer sa souffrance et définir sa demande. Eventuellement, la famille est reçue pour signifier l'hospitalisation et en expliquer les modalités.

Chaque hospitalisation débute par une période d'observation de 48h où le jeune n'a aucun contact avec l'extérieur : ni visite, ni téléphone. Par contre, l'équipe infirmière est pendant ce temps le lien entre le jeune et sa famille.

Au cours de l'hospitalisation, différents types de « soins » sont dispensés :

- distribution des médicaments et soins éventuels,
- entretiens médicaux en présence d'un infirmier,
- entretiens infirmiers,
- participation obligatoire à la réunion soignants-soignés et au groupe de parole,
- éventuellement, participation au groupe de dessin, à l'expression corporelle.

Parallèlement, les parents ou le conjoint sont reçus par un des assistants sociaux du service.

D'après l'expérience acquise ailleurs, les modes de sorties sont essentiellement : 80% rentrent à domicile, 15% sont dirigés vers des structures socio-éducatives et 5% sont hospitalisés en psychiatrie.

Avant la sortie, il est donc proposé au patient, systématiquement, plusieurs consultations, dont la première dans la semaine qui suit la sortie. Puis, un relais sera, le plus souvent, organisé avec un thérapeute « extérieur » après plusieurs semaines.

1.3.2.3. Outils thérapeutiques et cliniques

Les outils thérapeutiques sont les méthodes et les techniques utilisées au sein de l'UAMP pour : d'une part, offrir la possibilité aux patients et à leur entourage d'exprimer, d'identifier ou de commencer éventuellement à élaborer la souffrance psychique sous-tendue par l'acte ou les idées suicidaires ; d'autre part, permettre aux professionnels d'analyser les mécanismes psychologiques et relationnels en jeu et de proposer aux patients et à leurs proches des orientations thérapeutiques et/ou socio-éducatives adaptées.

Les outils cliniques sont basés sur un échange direct avec les patients.

- Entretiens avec les patients :

- ⇒ médicaux : environ tous les deux jours pendant l'hospitalisation et après la sortie, toujours en présence d'un infirmier.
- ⇒ avec le psychologue : sur indication médicale ou sur demande du patient.
- ⇒ avec un infirmier : entretiens formels, informels, ou encore pour élaborer le génogramme du patient.
- ⇒ avec les assistants sociaux pour régler les éventuels problèmes socio-économiques.

- Entretiens familiaux :

- ⇒ avec un assistant social.
- ⇒ avec un médecin.

- Séances en groupe :

- ⇒ Groupe de parole : hebdomadaire, animé par le psychologue avec un infirmier. Chacun peut alors s'exprimer sur ses sentiments par rapport au séjour, ses difficultés, ses satisfactions.
- ⇒ Groupe de dessin : hebdomadaire, animé par le psychologue. Ce groupe concerne trois patients désignés le matin par l'équipe soignante. Les patients disposent de 15 à 20 minutes pour faire un dessin stimulés par une musique calme. Dans un deuxième temps, durant une heure environ, chacun parle de son oeuvre, l'objectif étant de stimuler les associations d'idées, la capacité d'élaboration, les mécanismes projectifs.
- ⇒ Groupe d'expression corporelle : hebdomadaire, animé par une thérapeute extérieure au service accompagné d'un infirmier. Ce groupe consiste à exprimer des émotions par le biais du corps et de ses mouvements. Chaque séance se termine par une phase de relaxation avec notamment des exercices de respiration.

1.3.2.4. La prévention du suicide

La prévention est une préoccupation nécessaire pour différentes raisons. En effet, on ne peut concevoir de traiter les situations de crise sans tenter une action en amont pour enrayer le problème. Cela implique donc la diffusion de l'information sur la question du suicide chez les jeunes. D'autre part, l'ouverture d'un tel service tel que l'UAMP peut engendrer des effets négatifs : "il est nécessaire de se faire hospitaliser pour être entendu", "il faut passer à l'acte pour être pris en compte", etc. Il est également important de favoriser la collaboration entre les différents professionnels intervenant auprès des jeunes et de leur famille. Enfin, la qualité de vie des suicidants et de leur entourage peut être perturbée et il est nécessaire de diffuser une information sur la problématique suicidaire.

Pour atteindre ces objectifs, la sous-unité prévention va mettre en oeuvre différents moyens :

- Entretiens d'orientation et de soutien à toute personne concernée par la problématique suicidaire chez un jeune et demandeuse d'aide à ce sujet.
- Interventions au sein d'institutions pédagogiques, éducatives, sanitaires..., correspondant à une demande d'information et d'échanges à partir de supports variés : conférences, débats, films, théâtre-forum...

Le théâtre-forum est un outil de prévention particulièrement pertinent. Il est un lieu où des informations sont données au public mais avec la participation active de celui-ci. Aussi, l'unité Anjela Duval a mis en place un théâtre-forum avec la troupe du Théâtre de l'Opprimé.

Dans un premier temps, trois saynètes sont jouées par les comédiens. Ces brèves histoires sont relatives au problème du suicide. Chacune se penche plus particulièrement sur un personnage concerné : la première sur la mère d'un jeune suicidant, la seconde sur un professionnel non spécialiste, la troisième sur le jeune suicidant et son entourage proche. Ces histoires ont toutes une fin tragique.

C'est pourquoi, dans un second temps, il est proposé au public de choisir deux des histoires pour qu'elles soient rejouées. Pour chacune, le public intervient dès qu'il le

souhaite pour interrompre le jeu et proposer une nouvelle situation plus efficace visant une issue plus favorable. La personne qui intervient peut alors monter sur scène pour remplacer un des personnages ou en créer un nouveau et « modifier » la situation.

Enfin, dans un dernier temps, un débat est proposé, animé par un psychologue.

1.3.2.5. Conclusion

Des jeunes, aux histoires de vie souvent très riches, sont en quête de repère. Ils se trouvent à un moment donné dans une situation si confuse qu'il est difficile d'imaginer une solution à ces problèmes. La tentative de suicide est alors un passage à l'acte signifiant une rupture qui symbolise la fin des souffrances, un appel à l'aide ou encore un arrêt temporaire de cette douleur morale. L'hospitalisation est alors, par la séparation du cadre de vie quotidien, un temps où il est possible de se retrouver, de prendre du recul par rapport à cette situation trop confuse.

Le service Anjela Duval est avant tout un lieu de parole et de réflexion. Toutes les activités thérapeutiques sont basées sur la communication et l'expression : expression corporelle, graphique et verbale.

Pour notre part, nous nous sommes spécialement interrogée sur la technique du génogramme qu'utilisent les infirmiers de ce service. La prochaine partie va donc s'y intéresser en définissant cet outil et sa mise en œuvre à l'unité Anjela Duval.

2. Le génogramme

L'arbre généalogique est un terme aujourd'hui courant. Le symbolisme de l'arbre est directement intéressé. Il est une figure importante dans de nombreuses civilisations.

Par ses racines et ses branches qui se développent, il est le symbole de la vie. Plus les racines sont nombreuses et bien implantées, plus les branches pourront se développer harmonieusement à l'extérieur. Cette vie est donc constituée d'un visible et d'un invisible.

La visée du génogramme s'illustre dans cette phrase d'Anne ANCELIN-SCHUTZENBERGER : « découvrir que le monde n'a pas commencé avec nos propres parents, mais qu'eux aussi sont le fruit d'un monde qui a commencé bien avant eux, c'est-à-dire dans une perspective transgénérationnelle et se mettre à la recherche de ses racines et de son identité »¹⁸.

2.1. L'arbre généalogique

Les premiers arbres généalogiques sont apparus en Mésopotamie à la fin du second et au début du troisième siècle avant Jésus-Christ dans la Tribu Arabe des Safaïtes. Ce peuple, qui vivait d'élevage, gravait sur des pierres le nom des membres de leur famille sur quatre, cinq, voire six générations.

Ce n'est que plus tard que les romains de l'antiquité, les Grecs et certains français du Moyen-Age s'intéressèrent à cette discipline. Les nobles et les aristocrates dressaient leurs arbres pour prouver leur noblesse.

A partir de 1789, cette technique tomba un peu dans l'oubli et reprit son essor au 20^{ème} siècle en même temps que les sciences humaines, les découvertes génétiques et biologiques sur l'hérédité.

¹⁸ ANCELIN-SCHUTZENBERGER, A. (1999). Aïe, mes aïeux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du génogramme. La Méridienne, Desclée de Brouwer, Paris.

2.2. Le génogramme

Du grec « *genos* » signifiant « l'origine, la race » et « *gramma* » la « lettre » plus souvent associé au graphe, il signifierait, étymologiquement, l'écriture de l'origine, de la race, donc, la représentation graphique de la famille, entendue comme l'origine d'un sujet. Le génogramme est né des idées de Murray BOWEN et de la thérapie familiale. Des techniques très proches voire identiques se sont développées sous des appellations parfois différentes. Ainsi l'arbre de vie de LEBOVICI vise à « définir les conditions qui président à l'organisation de ce double processus qui sous-tend la transmission des valeurs culturelles, au moins dans la famille réduite et nucléaire, généralement bigénérationnelle, de la société post-industrielle qui est la nôtre. (...) Etudier le processus de filiation et de parentalisation »¹⁹ Anne ANCELIN-SCHUTZENBERGER²⁰, pour sa part, utilise le « génosociogramme », qui n'est autre que le génogramme « classique ».

Le génogramme pourrait se définir comme la représentation graphique d'une famille, concernant le plus souvent 3 à 4 générations. La ressemblance avec l'arbre généalogique s'arrête là, puisque le génogramme recueille par ailleurs des informations bio-médicales, psychosociales sur les différents membres et les liens qui se tissent entre eux. Le génogramme est de plus en plus utilisé dans les institutions. Originellement, outil du thérapeute systémicien, cette pratique a pu démontrer de nombreuses qualités et tend à être de plus en plus utilisé par des psychothérapeutes de diverses orientations théoriques. Le génogramme dans son élaboration doit répondre à certaines normes graphiques pour devenir intelligible. S'il existe quelques variations entre les auteurs, la plupart des symboles utilisés sont classiquement reconnus²¹.

Le génogramme inclut pour le sujet tout ce qui est connu et pensé à propos de la famille et de ses membres. Il permet au patient comme au thérapeute d'accéder à une

¹⁹ LEBOVICI, S. (1998). L'arbre de vie : éléments de la psychopathologie du bébé. Erès, Ramonville Saint-Agne. p107.

²⁰ ANCELIN-SCHUTZENBERGER, A. (1999). Aïe, mes aïeux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du génogramme. La Méridienne, Desclée de Brouwer, Paris.

²¹ La légende des génogrammes figure en annexe.

quantité d'informations considérables mais également de repérer d'éventuelles répétitions, d'une génération à une autre, d'événements, de comportements, de modèles conjugaux, parentaux. L'objectif du génogramme serait de faire ressortir les principales problématiques vécues par les familles ainsi que leurs défenses pour y faire face. Il n'a pas prétention d'être un outil « plus objectif » que d'autres méthodes d'investigation, il ne pourrait en aucun cas l'être puisque basé sur la subjectivité même du patient dans sa représentation de la famille.

Il s'agit donc d'une méthode riche pour évaluer combien une problématique individuelle peut être reliée au contexte familial (réel ou non). Dans une période charnière pour l'autonomisation du sujet comme l'est l'adolescence, le groupe familial est d'autant plus important à cerner pour comprendre la problématique en jeu. Le sujet prend sur son génogramme une place dans la verticalité (ascendance et descendance) et dans l'horizontalité (co-latéraux).

Pour EIGUER, « ce geste inscrit un tournant singulier dans la cure, plein de surprises et de trouvailles retentissantes ; mais c'est dans les perlaborations, dans des récits nouveaux, voire déformés, excessifs, que le vrai travail se fera, notamment par ses inscriptions transférentielles et contre-transférentielles. »²².

2.3. Le génogramme à l'Unité Anjela Duval

Le service Anjela Duval a institué l'utilisation du génogramme dès ses débuts il y a deux ans. Cet outil est utilisé essentiellement par les infirmiers. La séance se déroule dans un bureau faisant fonction de bibliothèque. L'élaboration peut durer d'une à plusieurs heures et peut alors être faite en deux temps. Une fois construit, le génogramme reste dans le dossier du patient, il sera repris éventuellement en réunion d'équipe ou en entretien médical par le psychiatre pour permettre au patient de « repérer » des personnes ressources.

²² EIGUER, A. et al. (1997). Le générationnel : Approche en thérapie familiale psychanalytique. Dunod, coll. Inconscient et culture, Paris, p17.

Par les différentes lectures et l'observation de cette technique, j'ai été amenée à me questionner sur la pratique et sur les moyens de l'améliorer afin que cet outil soit des plus efficaces.

Ainsi, étant donné que le génogramme n'est jamais fait seul par le patient, la situation de face à face avec l'infirmier pourrait s'avérer plus pertinente en côte à côte. De même, il serait peut-être intéressant de laisser le patient dessiner son génogramme par lui-même. Ainsi, l'étude d'éléments graphologiques associés aux comportements et discours de l'adolescent durant la ou les séances pourrait s'avérer fructueuse. Mais plus globalement, l'ensemble de ces éléments modifiés pourraient permettre de débiter un véritable travail thérapeutique par la prise de position du sujet par rapport à sa famille.

Par la spécificité de ce service, des limites sont imposées dans l'utilisation de cet outil. En effet, les hospitalisations étant courtes (10 jours en moyenne), une reprise du génogramme ne pourrait sans doute avoir lieu le plus souvent qu'une fois. Par contre, il serait des plus opportuns que l'adolescent puisse garder son génogramme, une copie pouvant rester dans le dossier, afin qu'il puisse se baser sur celui-ci pour continuer son élaboration.

Après avoir posé ces quelques bases de compréhension, nous pouvons envisager de définir un axe de réflexion plus précis.

3. Problématique

A la période très délicate de l'adolescence dans le développement individuel et d'autant lorsqu'elle est associée à la tentative de suicide, nous pouvons amener une hypothèse et un postulat avancés par de nombreux auteurs selon lesquels un comportement individuel est éminemment déterminé par la filiation du sujet.

Pourtant, parmi les nombreux ouvrages sur le suicide à l'adolescence, peu accorde vraiment d'importance aux transmissions entre générations. On relève bien sûr des « dysfonctionnements familiaux », quelques fois des antécédents suicidaires dans les générations précédentes, mais tout cela sans grand développement.

L'observation des adolescents en service hospitalier spécialisé et l'utilisation du génogramme amène pourtant de nombreux questionnements sur les phénomènes de répétition entre générations et sur la notion « d'enfants symptômes ». C'est pourquoi nous avons décidé de travailler sur des cas qui pourraient être perçus comme « particuliers » mais qui nous montrent que la dimension familiale du phénomène suicidaire ne doit pas être ignorée, même si nous ne prétendons en aucun cas à une généralisation des résultats de cette étude.

Nous postulons donc en tout premier lieu que la tentative de suicide ou les idées suicidaires s'inscrivent dans une dynamique familiale. Ce travail vise donc à repérer comment l'adolescent s'est construit dans cette histoire familiale, combien son fonctionnement psychique individuel a été influencé par ces transmissions transgénérationnelles, c'est-à-dire ce qu'il en a reçu, ce qu'il en a pris, comment il l'a intégré à la constitution de son Moi et de son Surmoi.

Pour ce faire, nous posons l'hypothèse que le génogramme permet de mettre en lumière des phénomènes transgénérationnels importants dans certains cas pour une meilleure appréhension d'une conduite suicidaire.

Par ailleurs, nous pensons que le génogramme permet à l'adolescent de se resituer dans sa famille, de lui rendre une identité propre distincte des autres membres mais préservant le lien de filiation. En effet, à l'adolescence, le processus d'autonomisation est central mais il faut, pour se faire, que l'adolescent puisse préserver ses attaches. Il s'agirait en quelque sorte d'un prolongement de l'espace transitionnel nécessaire pour affronter l'extérieur sans risque que le moi ne soit trop ébranlé.

4. La dynamique des transmissions
transgénérationnelles au travers du
généogramme

4.1. Sujet d'étude : la famille et le générationnel

Le générationnel : bien que le terme paraisse simple, il est difficile de circonscrire tout ce qu'il évoque, difficile de comprendre ce qu'il représente précisément dans le champ de la psychologie clinique.

Dans le cadre qui nous intéresse – à savoir, la clinique de l'adolescent suicidant, suicidaire ou présentant des conduites à risque – il s'agit d'élargir l'observation unique du sujet et de tenter de repérer les facteurs de sa construction psychique au travers du génogramme, sorte de vue d'ensemble de la famille du sujet. Il semble en effet, et les actuelles recherches sur le sujet tendent à le vérifier, que de tels processus puissent être mis en lumière au niveau d'une famille pour comprendre un sujet.

Il ne s'agirait pas tant de dire que la famille, à elle seule, détermine l'individu, car je n'oublie pas ici les diverses influences émanant du milieu social (école, travail...), ainsi que les nombreux événements qui jalonnent l'existence de chacun, et précise que l'exploration de la réalité extérieure ne saurait répondre à la complexité de la réalité psychique de chacun.

Pour autant, je pense que, chez l'adolescent, il est souvent pertinent de cerner au plus près le fonctionnement familial, du fait même de la position du sujet dans cette période si spécifique. L'enjeu majeur de l'adolescence est en effet de pouvoir s'individualiser et se séparer des parents, tout en préservant les liens familiaux.

4.1.1. La notion de famille, concepts fondamentaux

4.1.1.1. La famille

La famille serait un groupe social tout à fait particulier dont les membres sont unis par des liens de parenté ou d'alliance. Comme tout groupe, la famille n'en est vraiment une que par l'idée que s'en font les membres. Mais, contrairement à la définition classique d'un groupe, les membres d'une famille ne peuvent être tous

assimilés à des pairs, car ils occupent chacun des places distinctes régies par la différence des sexes et des générations en grande partie.

Il est possible de distinguer la famille nucléaire, bigénérationnelle comprenant parents et enfants, et la famille extranucléaire ou étendue comprenant grands-parents, oncles, etc. Pourtant, il semblerait plus pertinent d'inclure les grands-parents dans la famille nucléaire. Même si, de nos jours, les grands-parents n'occupent plus tant de place qu'autrefois auprès de leurs enfants et petits-enfants, leur importance n'en reste pas moins des plus importantes dans la vie de famille.

L'étude des structures familiales nécessitant de nombreux apports théoriques par l'anthropologie, la sociologie, ou encore l'ethnologie, nous ne nous attarderons pas sur cette dimension culturelle bien qu'obligatoirement sous-jacente à toute recherche touchant de près ou de loin cette notion, et ne considérerons la famille que dans une tradition occidentale pour ne pas nous éloigner de nos objectifs.

Ainsi, la famille occidentale a profondément évolué en plusieurs siècles, notamment au cours du 20^{ème} siècle. Du type étendu, la famille s'est réduite progressivement à la forme nucléaire aujourd'hui prédominante. Par ailleurs, de nouvelles formes sont apparues depuis les années 60-70 avec l'apparition des familles monoparentales, des familles recomposées ou binucléaires, et enfin, dernièrement, le Pacte Civil de Solidarité, nouveau type d'union civile pour tout couple hétéro- ou homosexuel, reconnaissant un équivalent de parenté pour ce dernier cas jusque là interdit.

La famille présente des caractéristiques spécifiques. La parenté qui en est le fondement se définit par rapport aux concepts de consanguinité et d'exogamie. Les différents membres d'une famille s'identifient entre eux, partagent des valeurs communes et sont identifiés de l'extérieur par un nom de famille. Ce groupe s'implante également géographiquement, s'attribuant souvent une région précise dite « d'origine » qui peut être aussi bien la région où les grands-parents vivent, tout autant que sa ville de naissance, etc. Ce serait finalement un lieu particulièrement investi par les membres d'une famille mais ne correspondant pas à son appellation puisque nul ne saurait trouver l'origine « réelle » d'une famille. Par ailleurs, la famille peut se révéler un système relativement clos qui peut se manifester à l'occasion de certains événements importants

pour le groupe en question : décès, mariage... Tout au moins pourrait-on dire que le groupe familial tend à montrer son appartenance par ces manifestations festives, ces rites. Enfin, en tant que groupe social organisé, des places, fonctions et rôles sont attribués à chacun des membres en maintenant les différences de générations et de sexes comme principes organisateurs fondamentaux.

La famille est aussi un lieu privilégié pour le développement de ses membres, en les protégeant, en satisfaisant leurs besoins et en favorisant les apprentissages. Elle n'est pourtant pas totalement autonome car elle demeure un sous-système de la société dans laquelle elle se trouve. Ainsi, ses normes et valeurs sont influencées par la culture ambiante.

Enfin, la famille connaît des cycles et des crises tout au long de son évolution.

4.1.1.2. Les crises familiales

Ce groupe connaît de nombreuses étapes marquées par des événements spécifiques qui vont l'amener vers une évolution ou vers une rupture de certains liens. Ainsi, l'arrivée d'un enfant, la mort des grands-parents, des parents, le départ en retraite, etc., sont autant de « réaménagements » nécessaires pour le « système » familial.

Une des crises les plus connues est celle liée à l'adolescence des enfants. En effet, cette période charnière implique un renoncement de part et d'autre, tant des parents que de l'adolescent en question. L'adolescence d'un enfant modifie les relations au sein de la famille. En effet, François Ladame décrit cette période critique comme « l'apparition d'un je au sein d'un nous »²³, et c'est donc tous les membres, mais principalement l'adolescent et ses parents qui vont devoir transformer leurs rapports. Pour cet auteur, les perturbations chez l'adolescent rendent compte de l'importance des projections parentales. Cette crise « parentale » présente cinq dimensions : pulsionnelle (l'inceste impossible), moïque (travail de deuil), de régression temporelle (remémoration de leur propre adolescence), défensive (désir de maîtrise), et enfin symbolique (service de la dette).

²³ LADAME, F. (1981). Les tentatives de suicide des adolescents. Masson, Paris.

L'adolescent ne peut s'individualiser qu'au travers d'une modification des relations intrafamiliales, tout en conservant un sentiment d'affiliation et de « loyauté »²⁴ par rapport à ses parents et son histoire familiale.

4.1.1.3. La Filiation

La filiation, bien qu'étant une notion s'inscrivant simultanément sur des plans aussi divers que la biologie, l'anthropologie, la justice, la psychologie et la médecine, est avant tout une représentation familiale dans laquelle chaque membre trouve sa place. La filiation repose bien plus sur les liens d'alliances et de parenté que sur les liens biologiques.

Pour Belmedjoub, Duval et Mazet, la filiation se comprend comme « (...) un processus par lequel un individu se reconnaît comme appartenant à une lignée et peut donc se situer par rapport à celle-ci, par rapport à ses ascendants, dans un réseau de parenté »²⁵.

Jean Guyotat²⁶ analyse le lien de filiation selon deux axes : une dimension instituée d'une part et une dimension narcissique ou imaginaire d'autre part.

Ainsi, la première appartiendrait au registre symbolique, transmise par l'institution, il s'agirait de la filiation légitimée par la société. Elle se compose d'instituant et d'institué, de sorte que le premier se structure à partir du second (mariages, naissances, décès, etc.).

La filiation narcissique, quant à elle, serait une construction imaginaire concernant la filiation du sujet, élaborée par lui-même ou par sa famille (il s'agit alors d'une transmission sous forme d'un mythe familial). Jean Guyotat parle d'un « appareil

²⁴ terme de Boszormenyi-Nagy.

²⁵ BELMEDJOUB, I., DUVAL, E. et MAZET, P., (1994). Les tentatives de suicide chez les jeunes Maghrébins. In JEAMMET, P ; et BIROT, E. (1994). Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte, PUF, coll. Psychiatrie de l'enfant, Paris, p214.

²⁶ GUYOTAT, Jean (1980). Mort, naissance et filiation, études de psychopathologie sur le lien de filiation. Masson, Paris.

généalogique de filiation » dans lequel le lien de filiation narcissique transmettrait des « objets imaginaires ».

Pour comprendre ces phénomènes de transmissions entre générations, l'auteur distingue deux dimensions. En premier lieu, la transmission instituée est consciente et concerne les représentations de mots, les éléments culturels, etc., et les processus mis en œuvre seraient principalement l'identification et l'introjection. La seconde forme de transmission est dite « naturelle » par Jean Guyotat, et se subdiviserait en une transmission biologique, génétique, et une transmission de « corps-à-corps » qui est inconsciente et concerne les représentations par exemple, le mécanisme principalement décrit étant l'identification projective.

Les fantasmes de transmission se construisent à partir de la dimension narcissique, imaginaire du lien de filiation. Ces fantasmes de filiation auraient principalement, pour Jean Guyotat, une fonction défensive contre les événements traumatiques qui consistera à ressaisir « l'organisation des liens institués, les places des sujets dans la filiation et dans les générations, pour les rendre intégrables, assimilables, symbolisables »²⁷.

Mais Freud avait évoqué très tôt dans « Naissance de la psychanalyse »²⁸, cette filiation narcissique, formation imaginaire qui permet à l'enfant de réduire la tension due aux désirs oedipiens frustrés en reconstruisant un « roman familial » plus prestigieux. Ce roman familial peut se définir comme un « mouvement fantasmatique comportant une sorte de désidentification aux parents et la construction d'une identité nouvelle qui se marquerait par la rêverie d'un nouvel état civil »²⁹.

Jusqu'à il y a peu, la filiation instituée s'instaurait à partir de la transmission d'un nom patronymique. Aujourd'hui, bien que le « nom de famille » soit toujours un

²⁷ CICCONE, A. (1999). La transmission psychique inconsciente, Dunod, coll. Psychismes, Paris, p89.

²⁸ FREUD, S. (1987-1902). Aus den Anfängen der Psychoanalyse, Imago, Londres, 1950 ; trad. fr., La naissance de la psychanalyse, PUF, Paris, 1956.

²⁹ DENIS, P. Soi-même pour un autre, identité relative et identité absolue. Revue Française de Psychanalyse, 1999, vol. 63, n°4, p1100.

signe extérieur de filiation, il n'est plus systématiquement attribué puisque de nouvelles formes de famille « légales » sont apparues sans « marque extérieure » distincte.

Toutes ces notions fondamentales sont devenues très complexes par l'évolution de notre société et des courants de la psychologie se sont distingués permettant de mieux répondre à ces nouvelles interrogations.

Irène Thery³⁰ s'est interrogée sur les nouvelles formes de parenté et en a tiré quelques concepts permettant de repenser la famille dans les différentes variantes qu'elle peut prendre aujourd'hui. Ainsi, l'auteur distingue trois dimensions essentielles à la filiation : biologique, domestique et généalogique. La filiation biologique correspond à ce qui est communément appelé « liens de sang », c'est donc la dimension du réel. La filiation domestique correspondrait à la dimension imaginaire, narcissique de Jean Guyotat, elle est représentée par les parents « affectifs » non nécessairement parents biologiques, comme cela peut être le cas avec l'adoption par exemple. Enfin, la filiation générationnelle répond au symbolique et à la filiation instituée de Jean Guyotat, c'est donc là où se situe la loi, représentée par les personnes « responsables » de l'enfant (parents, tuteurs).

L'adolescence marque un questionnement de la filiation dans ses différentes composantes. A partir du modèle d'Irène Thery, nous pourrions dire que l'adolescent, pour parvenir au remaniement de l'œdipe nécessaire, va remettre en cause sa filiation domestique, dans laquelle se situent les parents du complexe d'œdipe, et devra, pour ne pas risquer de perdre toutes ses assises, rester fidèle à la filiation symbolique, puisqu'il s'agit finalement du principe séparateur des sexes et des générations.

4.1.2. L'approche familiale en psychologie clinique

Nous n'aborderons pas ici tous les grands auteurs dans ce domaine car cette « revue » ne pourrait en aucune mesure se prétendre exhaustive et ne nous éclairerait pas obligatoirement pour la suite de notre recherche. Nous ne citerons ici que quelques auteurs, mais en utiliserons d'autres plus tard.

³⁰ THERY, I. (1998). Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Odile Jacob, Paris.

Par ailleurs, le « générationnel » est aujourd'hui très étudié mais, le plus souvent, il est question d'une transmission transgénérationnelle, comme le secret de famille, les synchronies, etc. Or, comme le souligne Alberto Eiguer³¹, il s'agit bien plus de transmissions transgénérationnelles, au pluriel.

4.1.2.2. La systémie

La systémie est, contrairement aux premières impressions, utilisée par de nombreux thérapeutes familiaux d'orientations diverses, psychanalytique incluse. En effet, un courant fort intéressant de « systémiciens » est apparu dans les années soixante. Peu reconnu en France, cette approche fut lancée par des psychanalystes souhaitant élargir leur point de vue en incluant à l'étude du psychisme individuel le rôle de l'environnement. Cette école systémique psychodynamique nous est apparue comme pertinentes dans l'étude de ce type de phénomènes familiaux. Dans ce domaine, nous pouvons citer comme principal auteur de référence : Ivan Boszormenyi-nagy.

« Allier » la théorie psychanalytique aux concepts systémiques, et plus particulièrement certaines méthodes comme le génogramme, permet de mieux cerner un fonctionnement familial tant dans l'ici et maintenant que dans le passé, l'histoire de ce groupe, et mettre en évidence différents processus en jeu.

4.1.2.2.1. L'origine

La notion de système a été étudiée dès l'antiquité par les philosophes grecs qui considéraient l'univers comme un tout dont les parties étaient indépendantes les unes des autres, mais cette conception a été éclipsée par les philosophes du siècle des lumières accordant une priorité aux thèmes « sociologiques ».

Dans les années 1920-1950, des scientifiques se sont attachés à la recherche de principes autour desquels pourraient s'intégrer les sciences naturelles et sociales, en raison de la division et de la croissance constante des spécialités.

³¹ EIGUER, A. (1997) et al. Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique. Dunod, coll. Inconscient et culture, Paris.

Un premier auteur fut Lotka³², en 1925, puis, en 1939, R. Dufay³², en Belgique appliqua le concept de système à la thermodynamique. Mais c'est Ludwig Von Bertalanffy³³ qui développa les éléments de la théorie générale des systèmes en 1932 qui ne prendra sa forme définitive qu'en 1968. Selon cet auteur, les niveaux biologiques, comportementaux et sociaux qui sont des systèmes dits « ouverts » ne peuvent être réduits au niveau de la physique, système dit « fermé ».

Ludwig Von Bertalanffy précise que les sciences naturelles et sociales nécessitent de sortir de la mécanique pour s'orienter vers la relativité et la complexité : pour cela, il identifie des systèmes ou ensemble d'éléments en interrelations entre eux et avec l'environnement. C'est donc le principe fondamental de la Gestalt qu'il pose : l'ensemble n'équivaut pas à la somme de ses parties. La théorie des systèmes a été rapidement adoptée par les scientifiques dans le champs de la biochimie, le management ou encore la sociologie.

En psychiatrie, la théorie des systèmes fut d'abord utilisée dans les recherches sur les schizophrénies qui se centrèrent sur l'étude de la famille. Mais, dans ce champ, Nathan Ackerman fut le précurseur de la thérapie familiale et utilisait surtout le concept de rôle social.

4.1.2.2. La théorie générale des systèmes et la communication

« Le tout est plus que la somme des parties » : telle était donc l'intuition de Ludwig Von Bertalanffy. Mais, grâce au gain de précision, les auteurs suivants vont se distancier nettement du premier.

Les premiers précurseurs de Ludwig Von Bertalanffy traitaient en fait deux problèmes à la fois :

- celui de l'émergence de propriétés propres à chaque niveau d'intégration,
- celui de l'interaction entre éléments unis par une causalité circulaire.

³² LOTKA et DEFAY, cités par CÔTE, C. (1999). La systémique et l'intervention : historique de la systémique 1920-1998. In BLANCHETTE, L. (sous dir. De). L'approche systémique en santé mentale, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1999.

³³ BERTALANFFY, L. (1973). La théorie des systèmes. Dunod, Paris.

Delattre³⁴ a analysé de nouveau le concept de système. Un processus causal linéaire se prête facilement à prédiction et, notamment, donne lieu à une certaine proportionnalité entre la cause et les effets ; par contre, un système causal circulaire se prête moins à prévision et ce d'autant moins que les boucles causales se multiplient et s'enchevêtrent. Le point décisif pour la détermination du comportement résultant se situe plus dans le mode d'arrangement des éléments (structure du système) que la force des « inputs » qui entrent dans le système.

Différents principes régissent les systèmes ouverts, citons-les brièvement :

- Le principe de totalité : le tout est plus que la somme de ses parties.
- La rétroaction (feed-back) : liaisons circulaires complexes avec les feed-back positifs qui apportent des informations supplémentaires, et les feed-back négatifs qui n'en apportent pas.
- L'équifinalité : des conditions initiales différentes peuvent conduire à un même résultat et des conditions initiales identiques peuvent conduire à des résultats différents. C'est le privilège du point de vue synchronique, c'est-à-dire des informations d'ici et maintenant, pour la systémie.
- L'homéostasie : mécanismes régulateurs pour l'équilibre et la survie dans un environnement changeant.

Une analyse du système doit permettre, dans le cadre d'un modèle explicatif préalablement adapté, de décrire, voire de prévoir, son fonctionnement à partir d'une description exhaustive des inputs, des éléments et de leurs interactions structurales.

Et c'est là le principe fondamental de la systémie appliquée en psychologie : la famille est un système ouvert et donc imprédictible, si un élément change, tout le système change, il y a toujours recherche de l'homéostasie. Nathan Ackerman³⁵, en travaillant auprès de mineurs au chômage, a constaté l'impact des facteurs

³⁴ DELATTRE, P. (1971). *Système, structure, fonction, évolution*. Maloine-Doin, Paris.

³⁵ ACKERMAN, N. (1958). *The Psychodynamics of Family Life*, Basic Books. cité par CÔTE, C. (1999). *La systémie et l'intervention : historique de la systémie 1920-1998*. In BLANCHETTE, L. (sous dir. De). *L'approche systémie en santé mentale*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1999.

environnementaux sur la santé mentale et sur le fonctionnement des familles. Il a alors mis l'accent sur la notion d'homéostasie entre l'individu et son environnement. La famille serait à considérer comme une unité qui subit l'influence de l'environnement.

Durant la même période, d'autres disciplines visent à intégrer la théorie des systèmes à leur approche. Ainsi, dans les années cinquante, à l'université de Stanford, un groupe de chercheurs d'orientations diverses s'est organisé autour de Gregory Bateson : l'Ecole de Palo Alto. Parmi les membres de cette école, nous pouvons citer Don Jackson, psychiatre, ou encore John Weakland, ingénieur chimiste et anthropologue. Leurs travaux se sont essentiellement centrés sur l'étude de la famille des schizophrènes. En 1956, le groupe³⁶ postula que les troubles schizophréniques pouvaient être rapportés à un mode de communication singulier au sein de la famille : le double-lien ou la double-contrainte (en anglais double-bind), qui, par des injonctions paradoxales ne permet pas au sujet qui les reçoit de prendre une décision. Toutefois, cette hypothèse de causalité principale pour la schizophrénie fut reconnue plus tard comme non fondée par l'école de Palo Alto bien que jouant un rôle important pour certains schizophrènes. Ce mode de communication peut se révéler dans toute relation interpersonnelle mais serait particulièrement important par sa fréquence chez les familles « schizophrénogènes ».

En 1959, Gregory Bateson se retira du groupe et Don Jackson fonda le Mental Research Institute. Ce dernier, avec Paul Watzlawick et Beavin, s'intéressa aux différents modes de communication à partir des travaux de l'Ecole de Palo Alto. Ils ont transcrit les principaux concepts dans un ouvrage : Une logique de la communication³⁷. Dans ce cadre, la communication présente différents aspects et répond à différentes règles qui sont décrits comme cinq axiomes :

- On ne peut pas ne pas communiquer.
- Toute communication a deux aspects : contenu et relation. Il s'agit donc d'une métacommunication dans laquelle le contenu englobe la relation.

³⁶ BATESON, G. JACKSON, D., HALEY, J., WEAKLAND, J (1956). Towards a theory of schizophrenia, Behavior Science, 1. Cités par CÔTE, C. (1999). Ibid.

³⁷ WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J. et JACKSON, D. (1972). Une logique de la communication. Seuil, Paris.

- La nature de la relation dépend de la ponctuation de la séquence des communications entre les partenaires.
- Les deux modes de communication sont : digital (syntaxe) et analogique (sémantique).
- Toute communication est symétrique (basée sur l'égalité entre les protagonistes) ou complémentaire (basée sur leurs différences).

4.1.2.3. Entre psychanalyse et systémie, les approches «intermédiaires»

4.1.2.3.1. Ivan BOSZORMENYI-NAGY

Ivan BOSZORMENYI-NAGY est le fondateur de l'Ecole de Thérapie Familiale Contextuelle qui est englobée sous le courant actuel des thérapies dites « familiales intergénérationnelles ». Il est parfois assimilé aux pionniers de la thérapie familiale systémique. Pourtant, son approche théorique est bien spécifique et se trouve au croisement entre la systémie et la psychanalyse.

Cet auteur intègre un paradigme nouveau qui différencie la thérapie contextuelle d'un ensemble englobant psychanalyse et systémie. Ce paradigme repose sur l'éthique relationnelle. D'un point de vue très général, nous pourrions reprendre son expression : l'éthique relationnelle « repose sur la juste répartition des mérites, des bénéfices et des obligations »³⁸.

Par **contexte**, il entend « l'ensemble des éléments qui constituent la trame des relations interpersonnelles dont chaque individu tire ses propres ressources »³⁹. Il s'agit donc d'un système d'interrelations comprenant les points de vue des participants, les échanges, le dialogue qui s'étend sur une dimension intergénérationnelle.

³⁸ VAN HEUSDEN, A. et VAN DEN EERENBEEMT (1994). Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy. PUF, Nodules, Paris. p20-21.

³⁹ *Ibid*, p113.

Le concept de **Livre des Comptes** définit bien les bases de cette théorie et pratique. Il s'agit du « solde de la balance éthique entre la somme des mérites et des dettes chez chacun des partenaires de la relation »⁴⁰, balance éthique qui serait le rapport s'établissant entre deux personnes par ce que l'un donne et ce que l'autre reçoit. La notion d'engagement et d'obligation y est donc sous-jacente.

Il ne s'agit pas de penser qu'un équilibre se trouverait là où les sujets d'une relation donneraient et recevraient de façon égalitaire, mais plutôt de façon équitable. Boszormenyi-Nagy précise qu'il est fondamental de distinguer différents types de relations : par exemple les relations amicales seront dites symétriques tandis que les relations parents-enfant seront finalement toujours asymétriques.

Pour aller plus loin, Nagy a proposé le concept de **loyauté** qui constitue fondamentalement son œuvre. En premier lieu, la loyauté serait cette dette que chaque enfant porte envers ses parents. Une fois que les parents ont acquis leur légitimité aux yeux de l'enfant, ce dernier devra se montrer loyal pour, en quelque sorte, rembourser sa dette envers eux pour l'aide qu'ils lui ont apportée. Il s'agit là de loyauté verticales, mais lorsqu'il s'agit de relations entre pairs, des loyautés horizontales s'instaurent de la même façon. Toute relation entre personnes implique des mouvements de loyauté chez les protagonistes. « *Le contexte de loyauté est issu soit d'un rapport biologique de parenté soit d'attentes de réciprocité résultant d'un engagement relationnel. Dans les deux cas, le concept de loyauté est de nature triadique. Il implique que l'individu choisisse de privilégier une relation au détriment d'une autre* »⁴¹.

Des conflits de loyautés peuvent émerger entre loyautés verticales et loyautés horizontales. Nagy introduira alors la loyauté clivée pour définir le processus dans lequel l'enfant est pris lorsqu'il ne peut être loyal à un parent sans être déloyal au second parent. Pour Jean-François Le Goff⁴², le suicide serait souvent une tentative de résolution du clivage de loyauté. Mais, par cette affirmation, cet auteur tombe

⁴⁰ *Ibid*, p115.

⁴¹ *Ibid*. p115.

⁴² LE GOFF Jean-François (1999). L'enfant, parent de ses parents. Parentification et Thérapie familiale. L'Harmattan, coll. Les Thérapies Familiales Aujourd'hui, Paris.

malheureusement dans un réductionnisme qui ne saurait répondre à la question qu'il pose.

Bien consciente de l'aspect sommaire de cette présentation, il ne serait pourtant pas opportun de développer ici les autres aspects de cette théorie qui seraient à l'évidence tronqués. Si des éléments de cette théorie peuvent être intéressants, ils ne peuvent suffire et constituer un axe de réflexion unique. Je reviendrai sur les différents points importants au travers de l'études de cas.

4.1.2.3.2. Murray BOWEN

Murray Bowen conçoit quant à lui la famille comme un système émotionnel dans lequel les membres sont interdépendants mais doivent se différencier de ce « corps familial ». Pour lui, les problèmes viennent principalement du manque de différenciation des membres ; une famille forme une masse émotionnelle indifférenciée, fusionnée, contenant une anxiété flottante irrationnelle, avec des attachements émotifs pathologiques qui ne peuvent se résoudre et sont transmis d'une génération à l'autre. Les relations familiales duelles (couple parental le plus souvent) sont instables en situation de conflits et les membres cherchent à diluer la tension en introduisant une troisième personne et former ainsi un triangle. Nous présenterons ici, brièvement, les concepts principaux que Bowen a développé en commençant par la notion de triangle déjà introduite.

L'auteur postule qu'une relation à deux ne peut être stable et que la configuration de base devrait donc comprendre trois entités. Le tiers permet alors de réguler les tensions entre deux personnes. Dans une famille, la tierce personne est le plus souvent l'enfant, mais cela peut être tout autre membre de la famille, ou une personne extérieure, ou qui n'est plus présente mais qui demeure dans l'imaginaire de la famille ou d'un membre. Le triangle serait « le plus petit système relationnel stable » mais pas nécessairement le plus efficace à moyen et long terme pour résoudre les conflits et permettre un développement harmonieux des membres.

BOWEN s'intéresse à la différenciation de l'individu par rapport à un « corps familial » : un des facteurs principaux pour le déterminer est le degré de séparation émotionnelle que la personne arrive à atteindre par rapport à sa famille d'origine.

« Le niveau de base de la différenciation est fixé à peu près au moment où le jeune adulte s'installe hors de sa famille d'origine »⁴³. Plus précisément, cette notion entre en jeu dès la naissance car de nombreux facteurs individuels et parentaux vont intervenir : niveau de différenciation des parents à la naissance de l'enfant, le sexe de celui-ci, sa position dans la fratrie, son inscription dans le « programme des naissances » de la famille, la qualité de la relation parentale (avant et après la naissance), des relations parents / enfants, les problèmes « concrets » rencontrés par les parents et leur capacité à les affronter, etc. Mais il ne faudrait pas en oublier que si la différenciation d'un enfant dépend en partie de celle de ses parents, cette dernière dépend à son tour de celle de leurs propres parents et ainsi de suite pour les générations ascendantes.

Ainsi, une famille se comprend comme une suite de générations liées par des éléments externes ou internes fixés.

BOWEN s'est également intéressé à la transmission de l'angoisse entre parents et enfants qui dépendrait du degré de différenciation de ces membres. Au sein d'une famille, l'enfant le moins différencié recevra alors la charge anxieuse de ses aïeux, celui-ci s'inscrira pleinement dans « l'histoire transgénérationnelle ».

« Le phénomène de l'onde de choc émotionnelle se constitue d'un réseau d'événements importants pour l'existence des gens, et qui surviennent de manière sous-jacente, à n'importe quel endroit du système familial étendu et « après-coup » ; c'est-à-dire au cours des mois ou des années qui suivent des événements émotionnels importants dans cette famille. »⁴⁴

C'est la mort qui serait le plus souvent à la base de l'onde de choc émotionnelle car, source d'angoisse pour certains membres d'une famille, elle pourrait souvent s'inscrire dans le non-dit et revenir dans le symptôme.

Mais nous ne nous attarderons pas sur cette notion car nous reviendrons sur le poids de la mort sur les survivants au travers d'une étude de cas.

⁴³ BOWEN, M. (1978). La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotionnels familiaux. ESF, Paris, 1984. p36.

⁴⁴ Ibid, p110.

4.1.2.1. La psychanalyse

La plupart des auteurs sur le sujet s'inscrivent dans une perspective freudienne. Les notions de liens narcissiques et libidinaux d'objet, la constitution d'un Soi familial, l'interfantasmatisation sont autant de concepts utilisés par les thérapeutes familiaux psychanalytiques.

Il est aujourd'hui souvent stipulé que Freud aurait sans doute entrepris la toute première thérapie familiale en traitant le petit Hans par l'intermédiaire du père de l'enfant. D'ailleurs, Freud s'est toujours préoccupé de la dimension transgénérationnelle de la formation psychique individuelle ; le meilleur exemple n'en serait-il pas cette formule selon laquelle « le surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe »⁴⁵ et pour citer Freud lui-même : « Le surmoi de l'enfant ne se forme pas à l'image des parents, mais bien à l'image du surmoi de ceux-ci ; il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition, de tous les jugements de valeur qui subsistent ainsi à travers les générations »⁴⁶. Il s'agit donc bien de la première approche du genre. Entre les parents et l'enfant, des transmissions conscientes et/ou inconscientes s'opéreraient. C'est donc la première ébauche des transmissions trans- et intergénérationnelles.

Dans Totem et Tabou (1912-1913)⁴⁷, Freud parle de deux types de transmissions : celles qui appartiennent à l'histoire du sujet et qui ont donc été élaborées, et celles qui appartiennent à la préhistoire du sujet et ne sont que partiellement endeuillées, donc pas encore symbolisées.

⁴⁵ LAPLANCHE et PONTALIS (1967). Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1998, 2^e trad., p471.

⁴⁶ FREUD, S. (1932). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, G.-W., XV ; trad.fr., Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, Paris, 1984.

⁴⁷ FREUD, S. (1912-1913). Totem und tabu. G.-W., IX ; trad. fr., Totem et tabou, Payot, Paris, nouv. Ed. 1965.

Dans « Pour introduire le narcissisme » (1914)⁴⁸, la notion d'infans permet de décrire le lieu d'inscription des désirs des parents à la naissance d'un enfant et sont les bases de sa construction psychique.

Puis, avec « Massenpsychologie und Ich-analyse » (1921)⁴⁹, on comprend que dans un groupe, l'Idéal du Moi individuel est abandonné au profit d'un Idéal du Moi commun aux membres de ce groupe. Nous pourrions rapprocher ce concept du « mythe » familial qui ne serait donc finalement que l'Idéal du Moi commun aux membres de la famille. Et nous verrons ultérieurement que cette psychologie des masses trouvent d'autres applications à la compréhension des phénomènes familiaux.

C'est par la notion d'identification que Freud s'est le plus approché des transmissions transgénérationnelles. En effet, comme le rappelle Ciccone, l'identification peut être considérée comme la « voie royale de la transmission »⁵⁰, et l'identification projective⁵¹ en particulier pour les transmissions psychiques inconscientes.

FREUD a donc posé les prémisses d'une théorisation des transmissions psychiques entre générations par le concept d'identification. Il a ainsi distingué trois types d'identification : primaire, narcissique et hystérique. La première concerne le premier lien affectif, au parent du même sexe dans le cadre du complexe d'Œdipe, la seconde est décrite quant à elle dans le cadre de la mélancolie et la troisième, comme son nom l'indique, dans la formation du symptôme hystérique. Il les résume ainsi dans *Psychologie des Masses* : « (...) premièrement, l'identification est la forme la plus originaire du lien affectif à un objet ; deuxièmement, par voie régressive, elle devient le substitut d'un lien objectal libidinal, en quelque sorte par introjection de l'objet dans le

⁴⁸ FREUD, S. (1914) Zur Einführung des Narzissmus, G.-W., X ; trad. fr., Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.

⁴⁹ FREUD, S. (1921). Massenpsychologie und Ich-Analyse, G.-W., XIII ; trad. Fr., *Psychologie des foules et analyse du Moi*, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981.

⁵⁰ CICCONE, A ; (1999). La transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission. Dunod, Paris. p8.

⁵¹ Notion que Mélanie KLEIN a reprise.

moi ; et troisièmement, elle peut naître chaque fois qu'est perçue à nouveau une certaine communauté avec une personne qui n'est pas objet des pulsions sexuelles »⁵².

Alain de MIJOLLA a proposé, pour mettre au clair la définition de l'identification dans un sens psychanalytique, d'adjoindre systématiquement l'adjectif « inconsciente » car « les processus d'identification constitutifs du Surmoi ou du caractère du Moi, tels que Freud les a décrits à partir de 1923, ne peuvent être qu'inconscients, par définition même »⁵³. Et il propose l'expression « procédés de l'identification » pour les manifestations extérieures de ces identifications qui répondent finalement aux mêmes processus psychiques que dans le rêve, c'est-à-dire la condensation et le déplacement.

Après avoir passé en revue les grandes notions liées aux dynamiques familiales, nous allons à présent illustrer certains concepts par l'étude de deux génogrammes d'adolescentes, l'une suicidaire, l'autre suicidante.

⁵² FREUD, S. (1921). Massenpsychologie und Ich-Analyse, G.-W., XIII ; trad. Fr., Psychologie des foules et analyse du Moi, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981. p170.

⁵³ MIJOLLA, A (1986). Les visiteurs du Moi. Ed. Les Belles Lettres, coll. Confluents Psychanalytiques, Paris. p26-27.

4.2. Etudes de cas

4.2.1. Isabelle

Isabelle, dix-huit ans, est hospitalisée pour un certain nombre de troubles : troubles du comportement alimentaire de type anorexique ou en mangeant exclusivement du chocolat et des gâteaux, des plaintes somatiques (le dernier examen médical ayant conclu à une colopathie psychogène), un absentéisme scolaire depuis plusieurs semaines, enfin une angoisse importante. Il est également rapporté un « altruisme pathologique » vis-à-vis de la mère, Isabelle se préoccupant beaucoup de l'état de santé de celle-ci.

4.2.1.1. L'hospitalisation

Isabelle entre au service un lundi. Le génogramme est constitué en deux séances le lundi en question et le mardi. Elle bénéficie d'un entretien médical avec le psychiatre référent pour établir son projet de soin durant cette période. Selon les notes de l'infirmière présente, Isabelle présenterait un « contact névrotique », elle serait devenue un soutien pour ses frères et sa mère au moment du divorce qui correspond également aux décès d'un oncle et d'une tante maternels très investis. Elle pense qu'elle s'autorise maintenant à déprimer, elle a été traitée sous anti-dépresseurs durant deux ans. Elle regrette par ailleurs que ses parents soient restés si longtemps mariés. Elle appréhende le bac, non pour sa difficulté, mais pour la longueur des épreuves puisqu'elle ne parvient à rester assise longtemps en raison de dorsalgies d'origine inconnue.

Durant l'hospitalisation, dans le discours d'Isabelle, le personnel soignant est rapidement divisé avec quelques « bonnes » personnes, dont le psychologue qui l'a suivie durant quelques séances avant son hospitalisation, et les autres étant alors toutes « mauvaises ». Notons ici que le groupe de patients qui s'est formé durant cette période est globalement dans cette même position.

Après cette première hospitalisation, elle l'est à nouveau quelques semaines plus tard, à sa demande, en raison d'angoisses importantes et invalidantes. Elle dit alors avoir des idéations suicidaires fréquentes et des difficultés de concentration.

Isabelle paraît au premier abord sûre d'elle, utilise abondamment l'humour et l'ironie, dans une attitude séductrice, avec une présentation « extérieure » alternant entre le visage triste et les yeux cernés dans le service et le maquillage quasi excessif pour les permissions.

4.2.1.2. Eléments anamnestiques

Isabelle est actuellement en terminale qu'elle redouble. Elle aurait pour projet professionnel de devenir institutrice. Elle est issue d'une fratrie de trois enfants. L'aîné, étudiant, a vingt-deux ans. Le benjamin, collégien, a quinze ans.

Ses parents sont divorcés depuis 1994. Le père est ouvrier intérimaire. Il est souvent absent pour des déplacements professionnels et vit en caravane. Isabelle le décrit comme violent et autoritaire : « il me terrorisait quand j'étais petite ». La mère travaille depuis quelques années, ce qui aurait été très mal vécu par son mari. Elle aurait demandé le divorce en raison de la violence verbale et physique du père d'Isabelle. Ce dernier voit ses enfants au domicile de la mère un week-end sur deux, ce qu'Isabelle supporte mal : « il fait comme si ne rien n'était, alors qu'il n'est pas chez lui », dit-elle.

4.2.1.3. Le génogramme

Je rencontre Isabelle, avec une infirmière, à quatre reprises lors de sa première hospitalisation, dont deux pour le génogramme proprement dit. Ce temps spécifique de la prise en charge que constitue la construction du génogramme est prévu d'emblée dans le contrat qu'accepte le patient à son entrée. A la fin de cette construction (2^{ème} séance), nous avons proposé à Isabelle de reprendre son génogramme une semaine plus tard, ce qu'elle a accepté. Quelques jours après la troisième rencontre, nous lui avons proposé une dernière entrevue pour faire un bilan sur cet outil qu'est le génogramme et son « utilité ».

Lors de la seconde hospitalisation, nous avons proposé un dernier entretien pour reprendre son génogramme.

Les notes étant prises directement sur le graphique durant l'entretien, je ne retranscrirai pas ici le déroulement de chaque séance mais avancerai les différents éléments apportés par Isabelle par le biais du génogramme.

4.2.1.3.1. Présentation du génogramme simplifié⁵⁴

⁵⁴ La légende et le génogramme complet figurent en annexes.

4.2.1.3.2. Premiers entretiens : description du génogramme

Le grand-père paternel est décédé. La cause de la mort n'est pas connue d'Isabelle. Elle aurait tenté de le savoir mais son père lui aurait fait comprendre qu'elle ne devait pas chercher plus loin. Des oncles et tantes, elle aurait eu deux versions différentes, accident ou maladie, mais sans jamais de précision. Elle aurait découvert en fouillant dans un grenier que ce grand-père avait été rédacteur en chef d'un journal de la résistance pendant la seconde Guerre Mondiale. Elle l'imagine comme quelqu'un de droit.

Le père porte le prénom de sa mère (sans « e »). Il serait en froid avec son frère aîné qui porte quant à lui le prénom de son père.

La grand-mère paternelle est décrite comme possessive et ayant élevé ses enfants « à la dure ». Le père d'Isabelle la voit tous les week-ends.

Marie-Thérèse, tante paternelle, vit seule dans un appartement voisin de celui de la grand-mère maternelle qui l'aurait ainsi « empêchée de faire sa vie » selon Isabelle.

Toute la fratrie paternelle serait très liée à la mère. Seul Armel, « le plus calme et le plus conscient » selon elle, qualifierait la grand-mère d'Isabelle de « garce ». Il s'entend d'ailleurs bien, ainsi que sa femme, avec la mère d'Isabelle qu'ils continuent de rencontrer, ce que le père d'Isabelle accepterait mal.

De sa famille paternelle, Isabelle dit qu'elle n'est pas très unie, que « tout le monde se méfie de tout le monde ».

Le père est grutier intérimaire. Il est décrit comme lunatique, faisant preuve d'une jalousie malade, et pouvant être violent. Il ne se remettrait jamais en cause. Isabelle lui attribue en partie la responsabilité de son état psychologique. Les relations précoces avec elle ont été difficiles. Il était alors en Arabie Saoudite en alternance sur des périodes de quatre mois. Lorsqu'il était présent au domicile, « il ne pouvait approcher sa fille » aux dires de celle-ci. Les seuls hommes pouvant prendre dans leurs bras Isabelle auraient été son parrain (oncle maternel) et son grand-père maternel. Dans

sa petite enfance, elle dit que son père la terrifiait. A l'âge d'environ sept ans, elle se serait rendue compte qu'un père n'était pas toujours comme cela en observant d'autres, et aurait alors cessé de le considérer comme tel, il serait devenu « un étranger, un gendarme ». Il n'aurait jamais montré d'affection, étant très autoritaire. Après l'avoir « haï », elle dit aujourd'hui tendre vers l'indifférence à son égard.

Eric, frère d'Isabelle, a vingt-et-un ans. Il est décrit comme impulsif, susceptible et violent quelques fois. Elle relate plus précisément deux événements : il y a trois ans, il lui aurait asséné un coup de pied à la hanche qui l'aurait fait tomber dans les escaliers entraînant de nombreuses ecchymoses et, il y a trois mois, suite à un coup, elle aurait fait un « vol plané » (sic) dans la pièce. Malgré tout, elle s'entend bien avec lui depuis quelques temps. Il s'entend bien avec son père.

Isabelle, est en Terminale. Elle se décrit comme sensible, « paumée », déterminée, curieuse. Elle dit aller mal depuis cinq, six ans avec un malaise s'aggravant progressivement depuis. L'origine en serait le divorce de ses parents et plus précisément ce qui s'est passé avant puis après, car le divorce en lui-même a été ressenti comme un soulagement. Avant le divorce, une amie de la famille a été accueillie quelques jours avec sa fille. Le père lui aurait fait des avances qu'elle aurait refusées. Il l'aurait alors insultée et l'aurait rejetée. Quant à l'après divorce, le père allait chercher ses enfants à l'école sans prévenir, surveillait les voitures devant leur maison, envoyait des lettres d'insulte à son ex-femme.

Denis, frère d'Isabelle, a quinze ans. Il est en « pleine crise d'adolescence ». Il ne s'entend pas avec son père.

Lorsque le père leur rend visite, certains dimanches, ils mangent ensemble puis les garçons vont se promener avec lui tandis qu'Isabelle reste à les attendre.

La mère est assistante commerciale. Elle est décrite comme « fragile ». La relation entre Isabelle et sa mère est décrite comme fusionnelle. Elles s'inquièteraient mutuellement l'une pour l'autre.

Yvonne, tante maternelle, est décédée il y a 4 ans d'un cancer du pancréas. Enfant, elle a eu la tuberculose. Ses trois fils sont mariés, l'un a un enfant, le second deux, et le troisième en attend un premier. Son mari est décédé il y a vingt-quatre ans

par hydrocution. Elle avait refait sa vie avec Jean-Pierre mais ils n'étaient pas mariés. Lors du troisième entretien, pour la reprise du génogramme, Isabelle précise qu'Yvonne serait née d'un viol ou d'une aventure de sa grand-mère maternelle avec un soldat allemand pendant la seconde guerre mondiale, alors que cette dernière faisait partie de la résistance.

Françoise a également eu la tuberculose étant enfant. Sa maladie l'a contrainte à être hospitalisée longuement. Elle est mariée et a trois enfants. Depuis trois ans, le contact a été rompu avec le reste de la famille après les deux décès dans la fratrie. Le conflit viendrait notamment du fait qu'ils n'auraient pas apprécié d'avoir toujours à demander des nouvelles. De plus, la dernière fille, Mélanie, aurait été irrespectueuse envers la grand-mère maternelle.

Joëlle est décédée à l'âge de 4 mois. Isabelle n'en connaît pas la raison.

Pierre est décédé il y a cinq ans d'une sclérose en plaque. Sa maladie a été très douloureuse pour toute la famille. Isabelle aussi l'a très mal vécue. Elle se représentait son oncle qui était également son parrain, comme une « force tranquille », il était calme et rassurant. Elle dit qu'il était le père qu'elle aurait aimé avoir.

Jean-Paul a quarante-deux ans, est marié à Sylviane, et a trois enfants. Cette dernière n'a jamais été acceptée par sa belle-famille, seule la mère d'Isabelle lui parle.

Le grand-père maternel est décédé d'une maladie due à l'amiante en 1985. Il buvait un peu. Il aurait été prisonnier pendant la seconde guerre mondiale car était communiste. Il était violent avec ses enfants, mais serait devenu protecteur lorsqu'ils sont devenus « autonomes ». Selon Isabelle, il « adorait ses petits-enfants ».

L'arrière-grand-mère maternelle, mère du grand-père maternel, était alcoolique et violente lorsqu'elle avait bu, tout spécialement avec sa belle-fille, la grand-mère d'Isabelle. Isabelle précise qu'elle a été une « vraie garce » en allant jusqu'à donner des coups de pieds à Jean-Paul pendant son enfance.

La grand-mère maternelle a soixante-quinze ans. Elle est depuis une trentaine d'années sujette aux crises d'angoisse et aux dépressions. « Elle a subi de nombreuses épreuves » : les tuberculoses de deux filles, la perte de Joëlle en très bas âge, Pierre

aurait frôlé la mort étant petit, plus récemment, le décès de deux enfants en un an et un mois, elle aurait perdu ses parents vers 10-11 ans, sa mère de maladie, et son père peu de temps ensuite. Isabelle parlerait beaucoup avec sa grand-mère.

De sa famille maternelle, Isabelle dit qu'elle était très unie jusqu'au décès de Yvonne et Pierre qui constituaient les « piliers » de cette famille, permettant notamment de nombreuses rencontres chez eux. Avec la rupture de la famille de Françoise, l'union s'est relâchée.

Lors du troisième rendez-vous, pour relire le génogramme, elle dit s'apercevoir que finalement les deux côtés de sa famille se ressemblent un peu, avec des ententes et des conflits. Elle précise que la différence réside dans le fait que sa famille maternelle est « plus ouverte », et que la famille paternelle est « plus conflictuelle », mais « les deux fonctionnent comme des systèmes fermés, avec la grand-mère au centre des relations dans chacune ».

4.2.1.3.3. Quatrième entretien : intérêt du génogramme

Un quatrième rendez-vous a été proposé à Isabelle afin de faire un bilan. Elle décrit à cette occasion les intérêts qu'elle a pu trouver dans cet outil.

- Sa famille (côtés paternel et maternel) n'est pas si désunie qu'elle le pensait. Il y avait certes des conflits mais l'union familiale était restée présente.
- Sur le génogramme qu'elle a conservé, elle a souligné toutes les personnes sur lesquelles elle pouvait « compter » et a été surprise du nombre : elles étaient beaucoup plus nombreuses qu'elle ne le pensait.
- Le génogramme lui a permis de se poser des questions, notamment sur les mésententes entre certains membres (avec la tante Françoise par exemple).
- Il lui a également permis de prendre du recul par rapport à sa situation.
- Elle a pu relever des caractéristiques, sa famille paternelle étant représentée plutôt par les échecs conjugaux et la famille maternelle par le veuvage.

- Elle a pu « voir sa place », et a acquis « le sentiment d'appartenir à cette famille-là ».
- Elle continuera à utiliser le génogramme :
 - en posant des questions à son entourage pour le compléter et comprendre d'autres éléments.
 - pour s'interroger sur sa place et trouver ainsi une certaine réassurance.

4.2.1.3.4. Cinquième entretien : reprise du génogramme

Lors de la seconde hospitalisation, je propose à Isabelle de la revoir pour reprendre à nouveau le génogramme, puisqu'il a été construit il y a plusieurs semaines (quatre plus exactement).

Isabelle précise d'emblée qu'elle est actuellement « en train de régler ses comptes » avec son père. Elle lui a écrit et il lui a répondu, mais en lui faisant des reproches qu'elle ne comprend pas. Elle admet qu'ils sont finalement pour l'instant dans un cercle vicieux et ne se comprennent pas. Après quelques minutes, elle me dit qu'elle va réfléchir sur ces reproches que son père lui a faits et tenter de se remettre en cause également puisque c'est cela même qu'elle souhaite de la part de son père. Elle parle d'une certaine ambivalence à son égard car elle aimerait améliorer leur relation, car elle pense que sa mère irait alors mieux, mais, en même temps, elle voudrait se venger pour le mal qu'il lui a fait. Elle se met alors à pleurer.

Par rapport à cette relation conflictuelle avec le père, Isabelle précise que sa mère lui a dit qu'elle devait régler seule ce problème, mais également que si elle avait besoin d'un conseil, celle-ci le lui donnerait. Elle lui aurait également dit qu'à son avis l'agressivité de son père lui était adressée (à la mère) et qu'il la déplaçait sur sa fille.

Isabelle dit se sentir redevable par rapport à sa mère (qui lui a donné la vie et élève seule ses trois enfants), mais en aucun cas par rapport à son père.

En fin d'entretien, elle note par rapport au génogramme une répétition entre sa grand-mère maternelle et sa mère, par la dépression, et ajoute que peut-être avec elle aussi ensuite...

4.2.1.4. Discussion

Nous pouvons d'ores et déjà noter que nombre d'éléments dans le génogramme de cette jeune fille méritent d'être repris et ordonnés dans cette discussion.

Pour parvenir à une présentation la plus claire possible, nous allons tenter de reprendre méthodiquement les différentes notions qui vont nous amener à poser des hypothèses avant de proposer un schéma de compréhension des troubles présentés par Isabelle.

Pour débiter cette discussion, nous allons nous intéresser à ce qu'Isabelle met elle-même au premier plan de son mal-être.

La relation père-mère-enfant

En effet, si elle parle de deuils très douloureux, elle attribue surtout son hospitalisation à son père : « c'est lui le responsable de mon hospitalisation, en tout cas en partie ».

Comme nous avons pu le noter dans la description du génogramme, les relations précoces père-fille ont été difficiles. Isabelle rapporte en effet que, lorsqu'elle était nourrisson, d'après les souvenirs de la mère, son père « ne pouvait pas l'approcher » car elle se mettait alors à hurler. Les seuls hommes « admis » par elle étaient son oncle (parrain) et son grand-père maternels, tous deux décédés aujourd'hui.

Nous sommes donc amenés à nous interroger sur la place qu'a pu donner la mère au père. Ce dernier étant absent durant de longues périodes, il serait envisageable que la mère n'ait pu lui laisser reprendre sa place de père à chaque retour.

De ce père, Isabelle dépeint le portrait d'un homme violent tant physiquement que verbalement. Pourtant, selon la mère, cette réaction serait relativement disproportionnée, même si elle signale avoir divorcé en raison de la violence verbale et physique de son mari. Qu'il s'agisse de réalité ou de fantasme, le père est consciemment présenté comme persécuteur.

Isabelle ne rapporte pas d'épisodes de violences physiques, mais des paroles du père. Ainsi, elle dit avoir été harcelée, avec ses frères, après le divorce, par son père qui

les questionnait sur la vie de leur mère, surveillait les allers et venues à la maison familiale et les questionnait sur les différents visiteurs qu'ils avaient pu recevoir. Il tenait en même temps des propos choquants devant ses enfants, tels « c'est une pute » pour qualifier la mère. Isabelle se souvient qu'à l'âge de quatorze ans, alors qu'elle portait une jupe, il l'avait aussi insulté de la même manière. Il aurait également tenu ce propos à l'égard d'une amie de la famille qu'ils hébergeaient quelques temps avant le divorce et à laquelle il avait fait des avances.

Finalement, toutes les anecdotes qu'amène Isabelle pour illustrer la violence de son père se rapportent à l'utilisation insultante du terme « pute ». Ce terme est évidemment très intrusif pour la fille, mais d'autant plus compliqué qu'il a été adressé à la fille comme à la mère.

A partir de ce dernier élément, nous pouvons penser à une indifférenciation entre la mère et la fille et nous allons donc aborder à présent cette relation car, finalement, toute la problématique de la relation père-fille renvoie à un questionnement sur la place et le rôle de la mère. Par ailleurs, de ses parents, Isabelle livre une représentation très clivée entre un « mauvais père » et une « bonne mère ».

Isabelle dit que sa mère est fragile, mais « elle s'occupe trop des autres, elle ne prend pas le temps de penser à elle, elle est dépressive ». Elle peut lui donner un défaut : « elle est irritable, comme mon père, elle ne supporte pas les reproches. Mais c'est une bonne mère, elle est très compréhensible, elle cherche à comprendre, elle sent quand quelque chose ne va pas ». Elle dira également que sa mère « se confie peu », formule qu'elle réemploiera pour faire sa propre description. Elle ajoute qu'elle se sent redevable par rapport à elle, et, à la question « pourquoi », elle répond que celle-ci lui a donné la vie et qu'elle a élevé seule ses trois enfants. Et son père ? « Non, je ne lui dois rien, il m'a fait trop de mal ».

Par toutes ces paroles, Isabelle semble vouloir préserver une figure parentale de qualité pour y opposer le « mauvais père », comme s'il lui fallait rester tout à fait loyale à sa mère.

Dans cette relation père-fille pour le moins difficile, la position de la mère est relativement ambiguë.

Par exemple, cette mère précise aux assistants sociaux que son ex-mari bénéficie de son droit de visite au domicile familial car « il aurait besoin d'elle dans la relation avec ses enfants ».

Cette position pourrait montrer l'impossibilité pour la mère de laisser au père une place en tant que tel. Nous pourrions d'ailleurs avancer l'hypothèse que cette incapacité à laisser un place au père ne tiendrait pas tant au fait de désirer maintenir une relation de type fusionnel avec ses enfants (d'autant qu'il ne s'agirait que d'Isabelle), mais peut-être bien plus de préserver la place de femme plutôt que celle de mère. Dans ce cas, Isabelle pourrait venir représenter une menace pour la mère, menace à la féminité de la mère. Le fait de maintenir cette situation face au père peut également apporter des bénéfices secondaires à la mère : et plus particulièrement celui de demeurer désirée !

Le divorce

L'attitude séductrice d'Isabelle conforterait cette hypothèse. Pour trouver son « identité », elle tente de répondre à ce que sa mère lui renvoie : une femme (et non une fille), séductrice, qui serait susceptible de réaliser l'Œdipe. Une nouvelle question peut alors se poser : la haine envers le père que manifeste Isabelle ne serait-elle pas une défense contre la menace incestueuse d'une réalisation oedipienne devenue possible avec la puberté ? Ou serait-ce une projection d'une menace perçue par la mère ?

Par ailleurs, la mère d'Isabelle se comporte de manière paradoxale. Lors du premier entretien, Isabelle dit « régler actuellement ses comptes » avec son père. Elle explique que sa mère reste neutre dans cette situation, attitude qu'Isabelle présente comme une preuve du respect de la mère pour sa fille et de son « intelligence » alors que le père, lui, ne peut prendre de distance ainsi. Sa mère lui aurait donc dit de régler seule ce conflit, mais elle lui aurait également précisé que, si elle avait besoin de conseils, elle les lui donnerait. De même, elle lui a donné son opinion sur l'agressivité du père qui lui (la mère) serait en fait adressée et non à Isabelle.

Ainsi, sous cette neutralité apparente, les brèves interventions de la mère viendraient renforcer la coalition mère-fille contre le père.

Haley⁵⁵, postulant, comme Bowen, qu'un triangle est le système minimal stable dans une famille⁵⁶, a décrit le « triangle pervers » comme une organisation particulière des relations familiales. Les caractéristiques de ce triangle sont premièrement qu'une différence de générations constitue une transgression par rapport à la hiérarchie et à la différence des générations, en second que la personne contre laquelle est dirigée la coalition appartient à la même génération que l'une des deux autres, troisièmement, que la coalition soit déniée dès qu'il est tenté de la mettre à jour. Haley postule par ailleurs que les triangles familiaux se répètent de génération en génération.

Le mère endeuillée

Si elle devait faire un reproche à sa mère, Isabelle nous dit qu'il serait « de ne pas avoir été suffisamment présente pour ses enfants », après la mort de la tante et de l'oncle. Ces décès sont très importants pour la mère : ces deux personnes constituaient les « piliers » de la famille maternelle pour reprendre l'expression d'Isabelle et leur départ a engendré des séparations dans la fratrie. De plus, ces événements faisaient suite au divorce des parents.

Pour la mère, il s'agissait alors de plusieurs ruptures de liens fondamentaux et c'est sa représentation de la famille qui s'effondrait. Ainsi, lorsque Isabelle serait devenue le « soutien » de sa mère et de ses frères, prenant un rôle parental vis-à-vis de ces derniers, le lien familial aurait été préservé par l'indifférenciation entre la mère et la fille. Pourtant, ces pertes étaient également importantes pour Isabelle et un travail de deuil devait donc avoir lieu pour elle. Finalement, tout semble s'être passé comme si le deuil de la fille devait être différé (utilisation d'anti-dépresseurs pendant deux ans) pour que les autres membres de cette famille puissent faire le leur. De plus, la fille devenant la mère, la barrière des générations étant franchie, il devenait alors impossible pour Isabelle de penser, d'élaborer ces pertes. André-Fustier et Aubertel⁵⁷ écrivent très justement que « c'est parce qu'une famille ne parvient à métaboliser des éprouvés trop

⁵⁵ HALEY, J. (1981), *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Ed. France-Amérique, Montréal.

⁵⁶ Tel que l'a défini également BOWEN : cf p 52.

⁵⁷ ANDRE-FUSTIER, F. et AUBERTEL, F. (1997). La transmission psychique familiale en souffrance, in A. EIGUER (1997). *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*, Dunod, coll. Inconscient et culture, Paris. p118.

forts, à les transformer en émotions et en rêveries, que ceux-ci restent dans le registre de l'excitation, du quantitatif ». Ainsi, si Isabelle « garde tout pour elle », si elle n'a pas de confidente, elle peut parfois « péter un câble »(sic) comme il y a deux ans lorsqu'elle aurait roué de coups son jeune frère sans motif véritable. Un défaut de contenant psychique engendrerait une violence impulsive et des liens de type fusionnel. Pour Isabelle, prise dans cette indifférenciation mère-fille, il n'y aurait pas de possibilité de s'éloigner du rôle qui lui aurait été assigné par la mère sans risque de se perdre elle-même.

Cette confusion des places entre mère et fille est à mettre en lien avec le fait qu'Isabelle aurait été parentalisée au moment de ces deuils que la mère ne pouvait surmonter. « La parentification, c'est le renversement des valeurs, c'est-à-dire la situation dans laquelle les enfants, même en bas âge, deviennent les parents de leurs propres parents »⁵⁸. Selon Boszormenyi-Nagy⁵⁹, la parentification se développe lorsque « les parents se comportent comme s'ils étaient des enfants car, d'un côté, ils demandent trop d'aide à leurs enfants et, de l'autre, ils leur en donnent trop peu en retour. ». La parentification n'est pas pathologique en soi, car elle peut être intégrée dans un processus « normal », transitoire, d'identification au parent et peut également permettre de gagner « une légitimité constructive »⁶⁰.

La notion de parentification a été mise en évidence par Schmideberg⁶¹ qui constatait qu'un « niveau de développement infantile persiste activement chez tout adulte ». Il s'agirait d'un processus qui peut se mettre en place lorsqu'un parent a été déstabilisé par un deuil, un abandon, etc., le plus souvent lorsqu'il est constaté une atteinte narcissique.

⁵⁸ ANCELIN SCHÜTZENBERGER, A. (1999), *Aïe, mes aïeux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du génogramme*, La Méridienne, Desclée de Brouwer, Paris, p23-30.

⁵⁹ VAN HEUSDEN, A. et VAN DEN EERENBEEMT (1994). *Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy*. PUF, Nodules, Paris. p56-57.

⁶⁰ LE GOFF, J.-F. (1999), *L'enfant, parent de ses parents. Parentification et Thérapie familiale*, L'Harmattan, coll. Les Thérapies Familiales Aujourd'hui, Paris, p25.

⁶¹ SCHMIDEBERG, (1948). *Parents as Children*. cité par J.-F. LE GOFF (1999), *Ibid*, p27.

Pour Boszormenyi-Nagy⁶², la parentification peut amener l'enfant à prendre différents rôles. Il en distingue plus spécifiquement trois :

- le rôle de soignant en étayage pour une mère dépressive ou en s'occupant d'une parent psychotique, ce qui pourrait être le cas d'Isabelle d'autant qu'il est décrit chez elle une attitude de « thérapeute » par rapport à ses pairs.
- le rôle de sacrifice ou de bouc-émissaire qui vise à réunifier la famille,
- le rôle neutre : c'est le « bon enfant » qui ne réclame rien.

Dans tous ces cas, les parents n'octroient pas à l'enfant « le droit d'être un enfant ». La parentification n'a d'effet nuisible pour l'enfant que lorsque ce dernier n'en a pas de reconnaissance. C'est l'équilibre entre donner et recevoir qui est primordial. Non qu'il faille toujours recevoir ce que l'on donne en quantité mais qu'il faut une balance relativement équitable entre les deux.

Nous pourrions également constater que lorsqu'une parentification est trop « importante », elle engendre une relation unilatérale enfant-parent et la relation parent-enfant dont découle l'héritage familial est alors occultée. Aussi, lorsque Isabelle reçoit les confidences de sa mère, lorsque cette dernière recherche un soutien en sa fille, elle ne lui permettrait pas d'échange véritable et il existe alors une relation unilatérale entre elles. Isabelle ne pourrait donc trouver sa place ainsi puisqu'elle n'aurait finalement qu'un seul droit, celui d'exister pour les autres et non avec les autres, car c'est finalement ce type de relations qu'elle décrit par rapport à son entourage, et qui a pu être observé durant son hospitalisation, allant jusqu'à la « médiation de couple » pour une autre patiente en difficulté avec son petit ami. Il n'est pourtant pas ressenti un véritable altruisme, s'il en existe un, mais bien plus une vaine tentative de se trouver un rôle important, une « utilité » à son existence, l'amenant en quelque sorte à vivre « par procuration » dans le désir des autres.

En effet, Isabelle, lors du génogramme, décrit toutes ses relations, par rapport à sa mère tout autant qu'avec ses amies, comme basées sur les confidences. Isabelle reçoit

⁶² BOSZORMENYI-NAGY, I. et FRAMO, J. (1980), *Psychothérapies familiales, Aspects théoriques et pratiques*, PUF, Paris.

les confidences de chacun mais ne se confie quant à elle à personne. Elle dit d'elle-même qu'elle ne peut faire confiance à personne. Il faut préciser qu'elle s'adresse alors à l'infirmière et à moi-même, toutes deux figurant, d'après son comportement, parmi les « bons » objets du service. Elle illustre donc là un clivage avec d'un côté l'idéalisation (nous serions tellement « bonnes » qu'elle peut se confier à nous) et le rejet (elle agresse les « mauvais » objets qu'incarnent une partie des soignants).

Comme le dit Jean-François Le Goff, « pouvoir recevoir » est la condition indispensable à la survie et au développement mais « pouvoir donner » est ce qui alimente concrètement croissance et maturation de l'enfant par la confirmation et la consolidation de la confiance »⁶³.

Comme nous avons déjà pu le stipuler dans la première partie de cette étude, l'adolescence se caractérise par l'émergence nécessaire d'un « je » au sein d'un « nous » pour reprendre l'expression de François Ladame⁶⁴. Nous avons également évoqué précédemment qu'Isabelle ne parviendrait pas à exprimer ce « je ». Sans prendre part dans l'échange, Isabelle ne peut parvenir à la définition de soi, à trouver sa place parmi les autres. Ivan Boszormenyi-Nagy⁶⁵ l'a également évoqué au travers de la légitimité destructrice. En l'absence d'un équilibre entre donner et recevoir, la relation ne peut être vécue comme digne de confiance. Il manque pour le sujet la possibilité d'une « validation de soi ».

Relation de dépendance avec ses proches

Dans cette position, Isabelle ne peut s'autoriser à être agressive à l'endroit de sa mère. Elle reste loyale à son égard comme nous l'avons déjà stipulé. Mais cette loyauté ne peut être adressée simultanément au père, et elle se trouve alors clivée.

⁶³ LE GOFF Jean-François (1999). L'enfant, parent de ses parents. Parentification et Thérapie familiale. L'Harmattan, coll. Les Thérapies Familiales Aujourd'hui, Paris. p56.

⁶⁴ Cf p42.

⁶⁵ VAN HEUSDEN, A. et VAN DEN EERENBEEMT, E. (1994). Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy. PUF, Nodules, Paris. *Notons que nous utilisons dans le texte le nom de BOSZORMENYI-NAGY car cet ouvrage a été écrit en étroite collaboration avec celui-ci.*

Cette loyauté clivée a été décrite par Ivan Boszormenyi-Nagy⁶⁶ qui précise que, lorsque les parents sont divorcés, « un enfant n'abandonnera pas son attachement pour son père mais il se trouvera devant ce dilemme. (...) La seule façon d'y échapper est d'adopter une attitude d'indifférence ». Et c'est justement ce vers quoi Isabelle dit vouloir tendre à l'égard de son père. En effet, qu'il s'agisse de sentiments agressifs ou affectueux, le lien serait en partie préservé, or l'indifférence lui permet de renier cette filiation par le père et rester ainsi loyale à la mère. Mais peut-on vraiment supposer qu'il s'agisse d'indifférence ? La filiation constitue le sujet et ne pourrait être déniée ainsi. Cette loyauté clivée de l'enfant envers ses parents séparés engendrerait alors une loyauté invisible à l'égard du parent « exclu ». Ivan Boszormenyi-Nagy⁶⁷ décrit cette dernière notion ainsi : « si une tension apparaît chez une personne incapable d'être loyale à ses origines, les loyautés deviennent alors invisibles car elles doivent être déniées ». Il n'est en effet concevable qu'un enfant devienne indifférent à un parent.

Pour revenir à la violence paternelle, celui-ci maintiendrait également une relation très étroite, voire fusionnelle, avec sa mère, qui aurait élevé ses enfants « à la dure ». Ils portent d'ailleurs le même prénom (André et Andrée). Le grand-père paternel est décédé quelques mois après la naissance du père d'Isabelle, cette mort étant maintenue dans le secret. Nous pouvons noter que le père a été manifestement absent dans l'éducation de son dernier enfant.

S'il ne s'agit pas (nous ne pourrions le savoir) d'une coalition mère-fils contre le père, nous constatons tout au moins que le père d'Isabelle maintient une relation très proche avec sa mère tandis que son père, bien que mort, ne fait pas partie du discours de cette famille.

Par ailleurs, le père d'Isabelle n'a plus de contact avec son frère aîné, Marcel, qui porte quant à lui le prénom du père. Parmi les autres membres de la fratrie, ils sont tous très liés à leur mère, sauf Armel qui la qualifie de « garce » et qui est le seul à être resté en contact avec la mère d'Isabelle.

⁶⁶ *Ibid.* p43.

⁶⁷ *Ibid.* p33.

Le grand-père étant décédé quelques mois après la naissance de son dernier enfant, tout se passe comme si le père d'Isabelle, par sa naissance, avait tué fantasmatiquement son propre père. L'agressivité d'Isabelle ne traduirait-elle pas alors la punition que rechercherait le père en réponse au sentiment de culpabilité inconscient qui l'habiterait suite à ce « meurtre » imaginaire ? On sait en effet que l'enfant va attiser les conflits inconscients des parents restés en suspens durant leur propre développement. Et, comme le souligne Hesselberg⁶⁸ : « en premier lieu, l'enfant possède, c'est bien connu, une intuition extraordinairement fine par laquelle il est à même de saisir jusqu'aux désirs et défenses inconscients de ses parents » ; en second, lieu, d'après la théorie freudienne, l'enfant montre rapidement une tendance à l'imitation et à l'identification, et peut « prendre en charge » les conflits névrotiques des parents.

Il est une autre caractéristique à reprendre pour cette famille. Isabelle nous dit que, dans cette branche, « tout le monde se méfie de tout le monde ». Nous pourrions penser que le secret qui entoure la mort du grand-père et que chaque membre a la charge de maintenir tu est à l'origine de cette insécurité, dans le sens où le secret est vécu comme menaçant.

Nicholas Rand et Maria Torök en reprenant la notion d'« inquiétante étrangeté » de Freud, rappellent la dualité sémantique du terme « heimlich » en allemand, c'est-à-dire « familier et caché », désignant ainsi la contradiction frappant l'enfant qui évolue dans un espace familial de secret. « Ployé sous le sceau de la dissimulation, l'enfant sera traversé par un chaos perpétuel, se trouvera en crise de doute sur la vérité de son propre vécu. Par rapport à ses supputations et ses expériences intimes, l'enfant vivra un affect affolant, d'inquiétante étrangeté précisément »⁶⁹. La famille paternelle étant concernée par le maintien du secret, elle est perçue par Isabelle sous l'angle de la méfiance attribuée, car projetée, aux différents membres.

Si nous considérons à présent la famille maternelle, la grand-mère tient aussi une place très importante, mais dans un autre registre puisqu'elle est considérée comme fragile, ayant subi beaucoup d'épreuves : « elle fait des dépressions », « elle est malade,

⁶⁸ HESSELNBERG, M. (1985). A propos d'un mythe des thérapeutes familiaux : la transmission intergénérationnelle. Dialogue n°89, *Héritages et filiations*, 1985. p109.

de la maladie de l'amiante, parce qu'elle lavait les vêtements de son mari », décédé de cette même maladie en raison de son travail.

C'est à ce propos qu'Isabelle stipule qu'elle note une répétition entre la grand-mère maternelle et sa mère. La mère d'Isabelle a peut-être également été parentifiée, car c'était la seule fille en bonne santé lorsqu'elle était enfant, quand sa mère, donc la grand-mère maternelle d'Isabelle, a traversé des deuils et des maladies graves chez ses enfants.

Quant à ce grand-père, Isabelle décrit un homme alcoolique, violent avec ses enfants mais précise tout de suite qu'il est devenu très protecteur avec eux lorsqu'ils sont devenus autonomes ! Par ailleurs, c'était un grand-père qui « adorait ses petits-enfants » et il n'a jamais été violent avec eux.

Isabelle fait un portrait qui s'approche de celui de son père mais tente de l'annuler ensuite en reprenant une image très positive sur son rôle de grand-père, comme si il lui était impossible alors de concevoir une ressemblance avec son propre père, qui lui signifierait alors une répétition indéniable entre le couple des grands-parents et celui de ses parents. C'est pourquoi la description de l'arrière-grand-mère (mère du grand-père maternel) est apparue très intéressante, car tout se passait alors comme si ce qu'elle n'avait pu dire à propos de son grand-père allait se dire par l'intermédiaire de celle-ci.

Cette femme est qualifiée immédiatement de « vraie garce » par Isabelle (notons que la veille, elle évoquait le fait que son oncle paternel, Armel, qualifiait la grand-mère paternelle de « garce »), elle était alcoolique, plus que son fils note Isabelle, et violente sous l'emprise de l'alcool, surtout envers sa belle-fille, la grand-mère maternelle, donnant également des « coups de pied » à Jean-Paul, oncle d'Isabelle.

Finalement, dans chaque couple de l'ascendance d'Isabelle, une des deux personnes est soit « absente » du discours, soit associée à la violence. Cette famille pourrait se caractériser par ces triangles pervers.

⁶⁹ TISSERON, S. (1995). Le psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme. Dunod, coll. Inconscient et Culture, Paris, p3.

Tout se passe comme si chacun des parents avait projeté sur Isabelle ce qu'il ne pouvait supporter d'être. Isabelle prendrait position par rapport à ses parents mais, en réalité, c'est de la relation entre ses parents et ses grands-parents dont il s'agirait et plus précisément de la réparation qui lui incomberait. Ainsi, pour sa mère qui n'aurait pu s'opposer à son père violent et qui n'aurait pu soutenir de fait sa propre mère comme elle l'aurait souhaité, Isabelle pourrait avoir ce rôle de réparation en déplaçant la situation sur ses propres relations parentales. En ce qui concerne le père, elle pourrait, comme nous l'avons déjà noté, répondre à son besoin de punition par rapport au sentiment de culpabilité inconscient lié au décès paternel.

Bien entendu, il ne s'agit que d'hypothèses puisque nous ne pouvons que subsumer en l'absence de validation par des éléments apportés par les personnes en question.

Les troubles présentés par Isabelle

Si la violence peut être conçue comme une résultante du fonctionnement familial, au défaut de contenant psychique ou de mentalisation, la somatisation peut l'être également.

D'ores et déjà, nous pouvons repérer que les maladies somatiques graves sont nombreuses du côté maternel. De plus, la seule personne non acceptée dans cette famille est la femme de Jean-Paul qui n'a pas de problème « médical » par rapport au reste de la famille, les autres se retrouvant autour des deuils mais surtout des maladies. La somatisation permet à Isabelle de « montrer » sa filiation, d'appartenir à cette famille, mais aussi de rester loyale à sa mère par ces manifestations.

Mais la somatisation peut avoir surtout valeur de symptôme. Selon l'Ecole Psychosomatique de Paris, la somatisation serait l'expression d'une carence de mentalisation, elle viendrait donc en lieu et place de la verbalisation et de l'expression des émotions.

Et ceci rejoindrait ce qu'Isabelle présente : elle apparaît « solide », « inébranlable » au médecin psychiatre, la relation avec sa mère est aconflictuelle, mais elle peut par contre « péter un câble » subitement en faisant preuve d'une grande violence.

Les plaintes d'Isabelle sont apparues après des expériences de « perte », réelles ou imaginaires. Ainsi, les douleurs à l'aîne seraient apparues lorsqu'elle se serait rendue compte que son père n'avait pas un comportement « normal » avec ses enfants, en comparaison avec ceux de ses amies. Les douleurs dorsales et la colopathie seraient apparues à la suite du divorce de ses parents et des décès de l'oncle et de la tante. La somatisation viendrait alors défendre contre l'effondrement dépressif. D'ailleurs, le symbolisme des parties du corps concernées est intéressant : de la région inguinale en réponse à la déception d'une correspondance entre père réel et père idéalisé (oedipien), du dos en réponse à la perte de l'oncle qu'elle considérerait comme le « père idéal » et un « pilier » de la famille maternelle, de la colopathie psychogène représentant le fantasme d'incorporation de cet oncle à sa mort.

Ces plaintes somatiques sont orientées vers différentes personnes dont le point commun serait le lien à la mère d'Isabelle. Les difficultés de cette jeune fille semblent donc bien signifier un dysfonctionnement familial, une quête d'identité, cherchant vainement ses repères dans les liens de filiation, mais surtout un désir de sortir de la relation destructrice avec la mère.

Concernant les troubles des conduites alimentaires, il s'agit chez Isabelle de troubles d'allure anorexique et non d'anorexie mentale au sens clinique du terme. Pourtant, les études de cette dernière pathologie nous apportent des éléments de compréhension. Ainsi, il est souvent décrit l'absence de conflit de l'anamnèse de l'anorexique, l'adéquation entre les désirs des parents et la fille, ce qui pourrait être le cas de notre sujet, puisque sa mère disait à l'assistant social que, contrairement à ses frères qui ont pris beaucoup de place, Isabelle a toujours été discrète. De la même façon, Isabelle dit tout faire pour éviter les disputes verbales avec sa mère.

Par ailleurs, le point de vue de Bernard Brusset sur l'anorexie nous semble intéressant : « dans cette position de contrôle, quelque peu sadique, de maîtrise des besoins du corps, mon idée est qu'il y a une sorte d'identification à un surmoi, à une mère prégénitale frustratrice, négatrice des besoins et que le déni des besoins du corps est fondé sur l'identification à une mère qui a dénié l'essentiel des besoins affectifs de

l'enfant »⁷⁰. S'il s'agit ici de la première enfance qui est en question, nous pouvons malgré tout tenter d'établir un parallèle avec la situation d'Isabelle. En effet, dans cette position de contrôle qu'adopte cette dernière au travers de ses restrictions alimentaires, elle pourrait s'identifier à cette mère qui n'aurait pas pris en compte les besoins de sa fille durant cette période de deuil précédemment décrite.

Concernant sa préoccupation constante pour les autres, telle qu'elle la présente tout au moins, nous avons déjà pu poser des hypothèses que nous rappelons ici. La parentification qui a suivi le divorce de ses parents et des deuils importants l'ont amenée à prendre un rôle de soignant en étayage à sa mère endeuillée, et ce rôle s'est élargi à son entourage en général. Il ne lui aurait pas été donné la possibilité d'exister avec les autres mais seulement pour les autres.

La façade protectrice qu'elle présente, avec une attitude séductrice et le recours à l'humour, masquerait donc une faille narcissique importante, une impossibilité de « validation de soi » comme nous avons pu le voir.

Enfin, nous terminerons sur le comportement d'Isabelle par rapport à sa mère. Elle dit en effet ne pas toujours se comporter de la même manière. Ainsi, l'apathie, les questionnements sur la vie et la mort « agacent » sa mère, qui se préoccupe alors d'elle. Mais, si sa mère se montre « boudeuse » ou l'ignorant, elle réagit alors en s'activant de manière énergique. De la même façon, elle dit tout faire pour éviter les disputes verbales, ne pouvant s'opposer que dans l'inertie ou dans le passage à l'acte.

Conclusion

Les troubles que présente Isabelle pourraient donc être considérés comme des messages à l'endroit de la mère, dont elle ne pourrait supporter la perte. L'angoisse d'abandon conduirait alors à interpeller la mère par des passages à l'acte, sous un versant négatif ou positif (apathie ou activation énergique).

Pour autant, il ne faudrait pas considérer qu'une réponse adéquate de la mère serait la solution aux troubles d'Isabelle. Nous avons pu noter que de nombreux

⁷⁰ BRUSSET, B. (1988). L'adolescente anorexique et sa mère. In Dialogue n°99, *Détruire ceux qu'on aime ou les complicités narcissiques perverses*, p53.

éléments entraînent en ligne de compte pour cette interprétation et nous ne pouvons en aucun cas penser qu'un seul de ces éléments levés suffirait à une « guérison ».

Le caractère hystérique d'Isabelle doit également être soulevé puisque répondant aux descriptions classiques quant aux conversions, l'attitude séductrice, le comportement altruiste, l'identification. Toutefois, en suivant Jean Ménéchal, les troubles du comportement alimentaire d'Isabelle pourraient renvoyer à une « pathologie narcissique masquée derrière les symptômes névrotiques de l'hystérie »⁷¹. Les traits hystériques viendraient alors tenter de panser la faille narcissique, comme la violence pourrait être vue comme un comportement narcissique de défense de l'identité.

En conclusion, cette étude de cas permet de mettre en évidence la complexité de la famille. La psychologie d'un membre ne peut se comprendre qu'en lien avec la psychologie des autres membres et des relations entretenues entre eux. Et c'est bien là l'intérêt du génogramme, resituer le sujet au sein de sa famille, enjeu majeur de l'adolescence, en quête d'autonomie et recherchant des repères fiables dans ses origines...

⁷¹ MENECHAL, J. (1997). Introduction à la psychopathologie. Dunod, Paris. p92.

Pour le second cas, nous ne ferons pas une description aussi détaillée car, d'une part nous n'avons rencontré cette jeune fille qu'à une seule reprise pour son génogramme et, d'autre part, nous souhaitons éviter trop de redondances entre les deux cas présentant quelques similarités, ceci dans le souci de ne pas « alourdir » inutilement cette étude.

4.2.2. Sonia

4.2.2.1. Contexte de l'hospitalisation

Sonia a 20 ans. Elle est hospitalisée suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire. Elle présente des troubles des conduites alimentaires à type d'anorexie, et des traits dépressifs.

Lorsque je la rencontre, son visage semble fermé à toute émotion et pourtant des rougeurs et quelques larmes ont pu apparaître, son discours est laconique et elle semble vouloir présenter une attitude de refus par rapport au génogramme, se plaignant notamment de difficultés de mémoire et soupirant ostensiblement.

4.2.2.2. Génogramme simplifié

4.2.2.3. Description du génogramme

De ses grands-parents, tous deux décédés, Sonia ne peut rien dire si ce n'est que sa grand-mère est décédée le jour de ses quatre ans d'une mort « naturelle ».

Elle nous précisera qu'elle connaît peu sa famille paternelle car elle refuse toute relation depuis quelques années. Elle mettra en lien cette attitude avec les difficultés relationnelles entre elle et son père. Néanmoins, elle nous dira voir de temps en temps une cousine avec laquelle les relations sont bonnes lors des repas de famille...

La fratrie du père est constituée de six hommes et une femme, et celui-ci en est le benjamin. Parmi ses oncles et tantes, Sonia ne s'est sentie proche qu'envers l'un d'eux, décédé d'un problème cardiaque en 1994 et qui était le seul à « s'intéresser à elle ».

Elle parlera également de Pascal, un cousin, fils de l'avant-dernier de la fratrie, qui s'est suicidé par pendaison en 1995, à l'âge de 20 ans, deux jours avant l'anniversaire de Sonia. Elle a pensé à lui lors de sa propre tentative de suicide car lui aussi avait une relation difficile avec son père. Ils étaient en conflit car Pascal ne voulait pas reprendre l'exploitation agricole de son père. Elle nous livre cette information sur la profession de son oncle, donc agriculteur, alors qu'elle nous avait précédemment dit qu'elle ne la connaissait pas...

Sonia décrit son père comme un homme froid, ne comprenant pas le malaise de ses filles, elle et Marion. Lorsqu'elle était plus jeune, Marion lui aurait raconté que son père la regardait se déshabiller par le trou de la serrure. Sonia nous dit bien qu'elle n'a jamais pu savoir ce qui s'était réellement passé mais raconte que, lorsqu'ils vont à la plage par exemple, et que sa sœur « enlève le haut », elle s'est aperçue qu'il restait regarder. Sa mère en aurait été avertie, il y aurait eu quelques disputes à ce propos au sein du couple pendant quelques jours, mais depuis ces faits n'ont jamais été reparlés. Sonia nous livre qu'elle a comme un blocage vis-à-vis de son père, qu'elle aurait souhaité un autre type de relation avec lui. Lorsqu'il lui est demandé si elle a tenté de la changer, elle répond que cela ne servirait à rien car « il est trop tard » (sic) et que « de toute façon, elle ne ferait pas le premier pas ».

De ses deux sœurs aînées, elle nous dit que l'une est introvertie et l'autre extravertie, mais toutes deux sensibles. Elle se sent plus proche de Marion qui est également dépressive.

Sandrine, pendant longtemps, n'aurait pas compris leurs difficultés, mais depuis quelques temps, leurs relations se sont améliorées. Sandrine a fait des études d'ingénieur et travaille actuellement dans l'informatique. Elle est mariée depuis un an et demi et attend un enfant.

Marion aurait subi un viol à 20 ans alors qu'elle s'alcoolisait beaucoup à cette période. Depuis elle est dépressive et suivie par un « psy ». Elle a entrepris plusieurs fois des études dans différents domaines, les dernières étant une école de soins infirmiers, mais les a toutes abandonnées avant l'obtention d'un diplôme. Aujourd'hui, elle travaille en tant qu'aide-soignante et vit avec son ami. Sa relation avec ce dernier s'est améliorée, mais Sonia nous indique qu'il a eu été violent envers sa sœur.

Sonia se décrit comme « introvertie et beaucoup trop sensible » (sic). Son père ne désirait pas de troisième enfant mais sa mère l'y aurait « forcé ». Elle a vécu difficilement le départ de ses sœurs du foyer familial. Elle est actuellement étudiante et désirerait devenir institutrice ou enseignante d'anglais. Elle nous explique également qu'elle a subi un viol il y a un mois, en nous donnant la date exacte. Elle était alors partie consulter un voyant par « curiosité », et celui-ci l'aurait violée⁷². Trois jours avant son hospitalisation, elle a rompu avec son petit ami avec qui elle avait une relation depuis 6 mois : elle lui avait menti et elle ne souhaitait pas que leur relation soit basée sur le mensonge.

La mère de Sonia est originaire de la Réunion, elle est arrivée en France à l'âge de 23 ans pour fuir un homme avec lequel elle avait eu une relation amoureuse problématique semblerait-il. Elle aurait fait une dépression en arrivant en France et aurait été également anorexique. Elle est décrite par Sonia comme « introvertie et sensible » et déprimée depuis 5-6 ans. Elle a obtenu un diplôme d'infirmière mais n'a

⁷² La psychiatre me dira que la mère ne semble avoir connaissance de ce fait, alors que Sonia nous dira qu'elle a porté plainte et en a parlé à ses parents.

exercé que très peu. Elle a gardé des enfants et aujourd'hui, travaille en tant qu'aide à domicile.

Les grands-parents maternels étaient réunionnais tous deux. Le grand-père est décédé en 1978, la grand-mère en 1990, juste avant le premier et unique voyage de Sonia à la Réunion qui devait lui permettre de rencontrer celle-ci.

Six femmes constituent cette fratrie dont la mère de Sonia est la quatrième. Une de ces tantes réside également en France. Si Sonia ne nous donne aucun élément sur celle-ci et son mari, hormis que cette tante garde des enfants, elle précise que l'aînée des trois enfants est dépressive. Alors qu'elle nous parle de cette famille qu'elle voit le plus par rapport aux autres membres de la famille maternelle, elle nous dit qu'elle ne trouve pas sa place dans cette famille et fond en larmes. Lui demandant si elle parle de sa place par rapport à cette famille précisément ou dans toute sa famille, elle nous dit qu'elle ne parvient pas à trouver sa place ni dans sa famille nucléaire, ni dans sa famille élargie.

Deux autres sœurs de la mère, habitant à la Réunion, seraient mariées à des hommes alcooliques dont l'un serait violent de surcroît. Dans ce dernier cas, Sonia nous précise que sa tante garde ses enfants et que trois enfants (les filles) sur les quatre sont dépressifs.

4.2.2.4. Déroulement de la séance

Le déroulement de ces deux séances fut très intéressant. En effet, tout au long de la construction de ce génogramme, Sonia sélectionne les informations qu'elle donne. Mise à part les deux tantes qui gardent des enfants comme sa mère l'a eu fait, elle dit ne pas connaître les professions des autres. Elle ne peut donner aucun trait de caractère en dehors de sa famille nucléaire, mais précise tous les cas de dépression dans la famille élargie. Elle ne se souvient pratiquement pas des dates (les âges par exemple sont donnés approximativement), sauf celles des décès. D'autre part, nous avons dû interrompre la séance le temps du déjeuner soit pour une durée de trois quart d'heures. Lorsque nous avons repris, elle se présenta avec un papier sur lequel elle avait indiqué

les noms de ses oncles, tantes, cousins et cousines du côté paternel qu'il nous restait alors à explorer.

Tout s'est passé comme si ce génogramme ne lui appartenait pas véritablement mais constituait le support de l'image qu'elle souhaitait nous donner d'elle. Elle devait alors contrôler l'élaboration de celui-ci.

Durant tout le génogramme, Sonia nous répètera qu'elle ne se souvient pas de nombre d'informations qu'elle connaissait pourtant auparavant, qu'elle a des trous de mémoires, que les efforts de remémoration lui sont difficiles, difficultés qu'elle montrait d'ailleurs par ses mimiques, notamment des rougeurs pouvant faire penser à de la colère.

Les éléments qu'elle nous rapporte avec émotion (sa difficulté à trouver sa place au sein de sa famille et le fait que sa naissance n'ait pas été désirée par son père) semble indiquer une faille narcissique importante.

4.2.2.5. Discussion

Les symptômes présentés par Sonia appartiennent en première instance à d'autres membres de la famille. Ainsi la dépression est une caractéristique « maternelle », l'anorexie également, le suicide est attribué à un cousin paternel. Nous pourrions penser que, ne pouvant exprimer sa loyauté vis-à-vis de ses parents, n'ayant pas été désirée par le père, une loyauté invisible s'installe. C'est ainsi que ses différents symptômes viendraient marquer sa filiation. Mais, avant tout, il s'agit là d'un mécanisme de défense classique de l'hystérie. Comme le rappelle Jean Ménéchal, « Dans l'hystérie, au lieu de représenter le simple support de la constitution de la personnalité, l'identification devient le mode d'être de cette personnalité ». Et c'est bien cela qui transparaît chez Sonia. Les symptômes de cette dernière révèlent d'une manière très évidente l'identification hystérique. En effet, nous avons pu noter que tous les symptômes pouvaient « appartenir » à des membres de sa famille, nucléaire ou élargie. Cette « imitation » a été décrite par Freud comme « l'aptitude qu'ont les hystériques à

imiter tous les symptômes qui les impressionnent chez les autres »⁷³, en explicitant le processus en jeu par le raisonnement suivant tenu par ces sujets : « si ces sortes de motifs entraînent ces sortes de crises, [alors] je peux aussi avoir cette sorte de crise car j'ai les mêmes motifs »⁷⁴. Ce type de processus peut être relevé chez Sonia dans sa tentative de suicide. Elle l'explique clairement lorsqu'elle indique qu'elle a pensé à son cousin qui s'est pendu à l'âge de 20 ans (comme elle !) suite à un conflit avec son père (comme elle !). Les motifs étant identiques, elle a pu imaginer inconsciemment pouvoir aussi se suicider.

Le même raisonnement pourrait être tenu pour les autres symptômes. La sœur dont elle était le plus proche aurait été violée à l'âge de 20 ans (il y a 6 ans) tout comme elle cette année (elle a 20 ans). Sonia aurait été abusée par un voyant. La problématique sexuelle apparaît alors.

De son père, elle retient la froideur affective mais également le voyeurisme dont aurait fait état sa sœur Marion. Nous ne manquerons donc pas de noter le rapprochement possible entre un père « voyeur » et le fait qu'elle aurait été violée par un « voyant » ! Elle dira d'ailleurs n'avoir pas de « preuve » objective du voyeurisme paternel, mais depuis qu'elle l'aurait appris, elle se serait rendue compte qu'il pouvait regarder sa sœur se déshabiller à la plage. Qu'il s'agisse de fantasme ou de réalité, là encore le père est vécu comme « intrusif » et nous pouvons penser que le fantasme incestueux tient une part importante dans ce discours.

L'anorexie viendrait remplir le même rôle que précédemment décrit, c'est-à-dire l'identification partielle qui la lie à une personne dont elle a perçu inconsciemment le « lieu de coïncidence entre leurs Moi » selon l'expression de Freud. En effet, sa mère aurait été anorexique peu après son arrivée en France, voyage qu'elle aurait entrepris pour fuir un homme avec lequel elle avait une relation problématique. Finalement, nous pourrions voir le lieu de coïncidence dans cette relation dont nous n'avons pourtant pas d'éléments mais qui, pour Sonia, pourrait se rapprocher des difficultés qu'elle a avec son père.

⁷³ FREUD, S. (1900). Die Traumdeutung, GW II-III ; trad. Fr., L'interprétation des rêves, PUF, Paris, 4^e édition, 1967, p136.

⁷⁴ Ibid, p136.

De sa famille paternelle, les seuls éléments qu'elle apporte concernent des décès : décès du seul oncle important pour elle en 1994, suicide d'un cousin en 1995 à deux jours de son propre anniversaire, décès de sa grand-mère en 1985, le jour de ses quatre ans. Sa date anniversaire pourrait donc être associée à la mort bien plus qu'à la vie. Notons que les années des deux premiers décès coïncident avec le début de la dépression de sa sœur Marion qui aurait débuté, selon Sonia, il y a 5 ou 6 ans... Elle ne rapporte que les dates des décès, des « anéantisements » même imaginaires (si nous supposons que la dépression puisse être représentée ainsi). Une hypothèse pourrait donc être qu'à l'âge de quatre ans, sa mère endeuillée n'a pu remplir une fonction contenante et sécurisante pour Sonia. Plus tard, une seconde synchronie (suicide du cousin) l'aurait confortée dans cette insécurité. Nous pourrions penser que la mère endeuillée n'aurait alors pas permis à Sonia d'asseoir son monde interne puisque ne lui permettant alors pas de s'assurer de la permanence de l'objet. Les troubles présentés par Sonia seraient finalement des tentatives de contrôle des objets externes. Elle n'aurait pas acquis la confiance en sa capacité à garder ses objets car elle n'aurait pu réparer les bons objets qu'imaginativement elle aurait endommagés (synchronie anniversaire – décès).

Une caractéristique notable dans la famille maternelle serait la prévalence d'un certain type de métiers dits « de réparation ». Ainsi, la mère de Sonia a un diplôme d'infirmière bien qu'elle n'ait que peu exercé, elle a gardé des enfants, comme deux de ses sœurs, et elle est à présent aide à domicile. La sœur de Sonia a, quant à elle, tenté des études d'infirmière, comme sa mère, mais n'a pas obtenu le diplôme, elle est aujourd'hui aide-soignante, comme une cousine maternelle, métier par ailleurs proche de celui de sa mère. Sonia, quant à elle, souhaiterait devenir institutrice. Ajoutons que ces métiers seraient associés à la dépression le plus souvent dans le discours puisque les deux tantes ont au moins un enfant (trois pour l'une d'entre elles) chez lesquels Sonia note « un problème de dépression », et, pour Marion et sa mère, elles sont directement qualifiées de dépressive et déprimée. Il s'agirait donc bien d'une position dépressive fondamentale qui régit certains membres de la famille du côté maternel et qui donne lieu à des défenses comme la réparation en premier lieu.

Tout se passerait donc comme si un sentiment de culpabilité (inconscient ?) était transmis au sein de cette famille sur certains membres. Nous n'avons malheureusement aucun élément sur les grands-parents maternels. Sonia présenterait

d'ailleurs les mécanismes de défenses que l'on retrouve dans la position dépressive de Mélanie Klein, à savoir les défenses maniaques qui peuvent être, d'une part, le mépris, le triomphe et le contrôle, et que l'on retrouve chez Sonia dans l'anorexie, d'autre part, la réparation qui transparaît dans le choix du métier, donc institutrice pour celle-ci.

C'est pourquoi, tout comme pour Isabelle, nous pourrions penser qu'il s'agit ici bien plus d'une problématique narcissique masquée par des symptômes hystériques. Des auteurs comme Jeammet ont déjà pu envisager le narcissisme comme massivement impliqué dans les tentatives de suicide de l'adolescent, ce qui n'aurait rien de surprenant puisqu'il constitue un des axes essentiels des remaniements de l'adolescence. Nous pourrions donc conclure ce cas, et dans les liens qui apparaissent avec le premier, en proposant que le suicide, qu'il s'agisse d'idéations suicidaires ou de tentatives « agies », apparaîsse chez l'adolescent comme une tentative désespérée de maîtriser le destin dans une position que nous pourrions qualifier de toute-puissante.

5. Réflexions

5.1. Influence de l'histoire familiale sur la position de l'adolescent

Alain Bouchard-Godard illustre notre base de réflexion : « (...) la famille est réduite à son noyau du couple conjugal et de leurs enfants, mais l'inconscient n'en porte pas moins la trace des générations antérieures, et il ne faut pas oublier combien sont liées les possibilités et les qualités d'être parent avec les expériences d'enfant qui subsistent dans l'adulte. (...) La pathologie d'un enfant, si elle renvoie à celle de ses parents, nous indique la nécessité de remonter les chaînes des générations antérieures »⁷⁵.

Les deux cas observés nous ont en effet permis de constater que la psychopathologie pouvait être reliée au contexte familial, notamment dans le « choix » du symptôme, et trouver sa source, tout au moins en partie, dans les propres conflits des parents.

Pour tenter une synthèse, nous allons reprendre progressivement les différents éléments qui ont émergé.

En premier lieu et à partir des observations faites au service Anjela Duval, la place du père est souvent essentielle à prendre en compte, par son absence (physique ou non) ou par sa valeur « agressive » pour l'enfant.

Ainsi, chez Isabelle comme chez Sonia, le père est vécu comme « persécuteur » et le registre sexuel d'une intrusion émerge facilement : des paroles telles que « pute » pour la première, un voyeurisme fantasmatique pour la seconde.

Si nous reprenons les trois dimensions de la filiation d'Irène Thery⁷⁶, nous pourrions proposer que le père imaginaire, c'est-à-dire celui dont l'enfant est objet de désir, ce père « désirant » est insupportable pour l'adolescente. Puisqu'il s'agit par

⁷⁵ BOUCHARD-GODARD, A. (1988). In Dialogue n°100, *Le dialogue et le secret*, p15.

⁷⁶ Cf, p45.

ailleurs d'une période se caractérisant par la résurgence des conflits oedipiens, tout ceci s'enchaîne parfaitement. Mais, dans nos cas, et dans le cas de nombre d'adolescents suicidaires ou suicidants, tout se passe comme si le sujet ne pouvait mettre en place des défenses efficaces qui lui permettraient d'accéder au remaniement de l'Œdipe qui lui est nécessaire.

Alors, l'adolescent, confronté aux fantasmes incestueux, utilise principalement la projection et l'identification projective pour s'en défendre au lieu d'utiliser un panel de mécanismes, signant ainsi un fonctionnement pathologique d'adaptation.

Bien entendu, la mère a aussi son rôle à jouer. Ainsi, elle est souvent décrite comme « dépressive », la fille semblant s'identifier massivement à la mère et dans le même mouvement avoir pris la place de celle-ci fantasmatiquement.

Pour reprendre schématiquement le processus, résumons ainsi : la mère est défaillante dans sa fonction contenante, la fille imagine devoir prendre la place de la mère, cette confusion imaginaire des places se corrèle d'une menace incestueuse d'autant plus grande par rapport au père qu'elle va imposer une mise à distance radicale de celui-ci en tant qu'il est perçu comme père désirant ; cette mise à distance, par un principe de recherche d'homéostasie, semble avoir un rapprochement quasi-fusionnel avec la mère, fermant la boucle, créant un espace clos qui ne permet plus à l'adolescente de changer de position.

Pour comprendre comment cette « détriangulation »⁷⁷ peut apparaître, la position de la mère dans les deux cas étudiés peut s'avérer utile. Revenons tout d'abord sur elles : pour Isabelle, la mère est devenue indisponible car endeuillée suite au décès d'un frère et d'une sœur, faisant eux-mêmes suite à son divorce ; pour Sonia, la mère serait déprimée depuis cinq ou six ans. La mère perd alors sa fonction contenante n'étant plus celle qui permettrait que subsiste un espace transitionnel, grâce auquel l'adolescent peut tenter d'appréhender l'extérieur sans que celui-ci soit perçu comme menaçant et en étant certain que la mère, même absente, sera toujours là.

⁷⁷ dans un sens psychanalytique, par rapport à la triangulation oedipienne, et non au sens de BOWEN qui a utilisé ce terme pour rendre compte du mécanisme nécessaire pour quitter un triangle émotif dysfonctionnel.

La « persécution » essentiellement fantasmatique du père relevée précédemment ne pourrait répondre simplement à une défaillance de la mère. On note en effet que l'histoire du père amène des éléments de compréhension sur des « raisons » qui l'amèneraient, de son côté, à prendre cette place que lui donne sa fille, ou à rester dans cette position, dans une impossibilité à s'ajuster pour sortir de cette boucle précédemment décrite.

Par ailleurs, les concepts de loyauté, de dette, etc, que nous avons pu insérer précédemment renverraient à la culpabilité qui peut être considérée comme un élément fondamental de la famille, du lien familial. Généalogie et culpabilité sont liées puisque, par la transmission des idéaux notamment, l'enfant doit être comme son père ou sa mère, mais paradoxalement, ne doit pas être comme elle ou lui. L'enfant a alors une lourde charge, celle d'être en quelque sorte le prolongement narcissique de ses parents en accomplissant leurs désirs mais également en « réparant » leurs fautes. Dans cette logique, le sentiment de culpabilité émerge donc rapidement, non pas de manière constante, mais sans doute ponctuellement tout au long de la vie. Nous trouvons ces bases dans la définition qu'a donné Freud du Surmoi, puisqu'il s'agit d'un intériorisation des interdits, mais également de la constitution de l'Idéal du Moi, qui sont tous deux issus des figures parentales, avec une nuance importante à souligner par cette citation : « [le surmoi] ne s'édifie pas, en fait, d'après le modèle des parents, mais d'après le surmoi paternel, il se remplit du même contenu, il devient porteur de la tradition, de toutes les valeurs à l'épreuve du temps qui se sont perpétuées de cette manière de génération en génération. (...) L'humanité ne vit jamais entièrement dans le présent ; dans les idéologies du surmoi le passé continue à vivre, la tradition de la race et du peuple, qui ne cède que lentement la place aux influences du présent aux nouvelles identifications. »⁷⁸

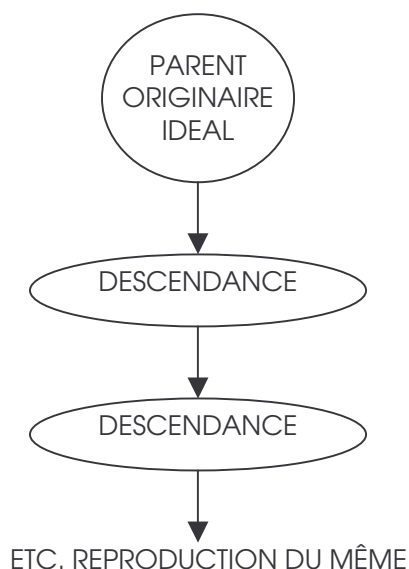
Par ailleurs, la culpabilité est un facteur important de tout collectif et elle sera d'autant plus mise en œuvre que la cohésion du groupe est importante. Ainsi, nous pouvons prendre l'exemple de la religion qui engendre un Idéal du Moi commun à tous

⁷⁸ FREUD, S. (1932). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, GW, XV ; trad.fr., Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, Paris, 1984. pp 93-94.

ses membres de telle manière que celui qui ne se sacrifie pas, n'est pas le héros martyr, sera culpabilisé.

L'identification étant un axe central dans tout collectif, la culpabilité y prend également ses racines, c'est-à-dire que, pour rester dans le collectif, il faudrait tout au moins rester « semblable » aux autres. C'est ainsi que des victimes de l'Holocauste ayant survécu ont pu se sentir coupables par rapport à la situation qui les a amenés à s'identifier à des sujets dont le destin aurait été d'être exterminés, d'une certaine façon d'être des martyrs au nom de leur religion.

Dans un collectif, il y a identification des Moi des membres et le tenant lieu de leader est mis à la place de l'Idéal du Moi. Plus ce collectif sera serré et plus les membres seront aliénés car la réduction psychique de chacun sera d'autant plus importante. Cela renvoie au schéma de Jean Guyotat⁷⁹ illustrant le lien de filiation narcissique :



La famille entre donc dans ce champ d'étude qu'est le collectif, bien qu'il s'agisse alors d'un domaine très complexe car plusieurs collectifs peuvent alors s'assembler pour former un nouveau lors du mariage. Jusqu'ici, l'attribut patronymique

⁷⁹ GUYOTAT, J. (1986). Analyse du lien de filiation. In Dialogue n°90, *Généalogie et fantômes*, p28.

servait à différencier les membres du groupe familial par rapport à « l'extérieur », une épouse appartenant alors au groupe de son mari : n'était-ce pas dans cette visée que le futur gendre devait demander à son beau-père la « main » de sa fille ? De la même manière, mais plus anciennement encore, la dot⁸⁰ consistait en un pécule de la femme qui lui était accordé par son père à son mariage et qui devait lui rester en cas de dissolution de l'union. Mais, cette pratique visait à une sorte de « compensation » pour la fille qui n'avait pas accès à l'héritage de ses parents accordé aux fils. Cette dot pouvait donc être assimilée à un pacte financier qui venait signifier à une femme qu'elle quittait sa famille « d'origine » pour intégrer une nouvelle, celle de son mari.

Aujourd'hui, la situation n'est pas si simple et nous pourrions bien plus penser à une « association » entre familles, qui se complexifierait donc au fil des générations et qui pourrait peut-être rendre compte de « nouveaux types » de dysfonctionnements familiaux, et notamment dans les divorces. Car, au delà de la prescription religieuse prônant l'« éternité » d'un mariage, l'agencement du groupe en tant que le père incarnait l'Idéal du Moi des membres aliénait chacun et rendait compte d'un collectif serré dont la dissolution aurait été dangereuse pour l'épouse. Ainsi, le divorce devenu possible montre l'évolution du collectif familial en tant qu'il a changé radicalement dans sa structure. Le père n'est plus systématiquement le tenant lieu de leader, chaque membre du couple parental préservant sa « loyauté » envers sa famille d'origine mais devant alors trouver des « points d'ancrage » entre les deux conceptions idéales pour créer un nouveau « mythe familial » qui en serait une sorte de combinaison. Ce lieu de rencontre pourrait trouver son illustration dans la notion de compromis qui est aujourd'hui régulièrement mise en avant au sein des relations de couple. La grande difficulté résiderait alors dans le respect de sa propre filiation et de la nouvelle structure familiale et nous pouvons penser que cette difficulté, lorsqu'elle est mal surmontée, pourrait engendrer des sentiments de culpabilité inconscients chez les sujets en question. Ces sentiments étant liées à la filiation, l'enfant en serait alors affecté au travers des transmissions transgénérationnelles et il pourrait alors lui revenir la fonction de « réparation » pour son ou ses parents.

⁸⁰ L'institution de la dot fut supprimée par l'article 3 de la loi malienne du 3 février 1962.

Cette réparation renvoie à la position dépressive de Klein, d'autant que les adolescents présentent un fantasme de toute-puissance rappelant les défenses maniaques. A l'adolescence, un réaménagement de la position dépressive sera à opérer et certains adolescents ne parviendraient pas à la dépasser.

Ainsi, la notion de culpabilité nous semble primordiale à considérer dans la compréhension d'une pathologie et tout spécialement chez l'adolescent qui se trouve dans une position particulière et unique de son existence par rapport à sa famille. Il s'agirait alors d'un réaménagement de la position dépressive.

Le génogramme par sa qualité d'être une représentation « simultanée » des triangulations successives qui constituent et perpétuent la famille, pourrait être un outil privilégié permettant de resituer cette culpabilité, même inconsciente, dans le contexte dans lequel elle s'insère.

5.2. Intérêt du génogramme

Pour Isabelle, comme nous l'avons vu, le génogramme aurait son intérêt sur plusieurs plans que nous rappelons brièvement : en premier lieu, trouver des personnes ressources au sein de la famille, mais aussi prendre du recul par rapport à sa propre situation, relever des éléments « caractéristiques » ou répétitifs dans ce groupe, enfin « visualiser » sa place et renforcer ainsi le sentiment d'appartenance. Bien que de tels bénéfices soient ceux d'Isabelle et que nous ne devons pas en conclure de généralités, nous allons à présent tenter de les reprendre dans un contexte plus large.

Nous pouvons en effet penser que le génogramme est un outil de travail très riche tant pour le patient que pour le clinicien.

Il est un support pour le travail d'élaboration et permet, par la représentation graphique externe au sujet, de se mettre un peu plus à distance du contexte souvent perçu comme très confus par l'adolescent. Il s'agirait donc de sortir de la focalisation sur le symptôme pour tenter de percevoir ce qui l'entoure. Le génogramme ferait ressortir les enjeux familiaux fondamentaux qui seraient une partie de ce que cherche à recouvrir le symptôme. C'est ainsi une nouvelle lecture de l'histoire familiale.

Toujours par rapport au symptôme, il peut permettre de commencer à percevoir la manière dont le choix de la position psychique du patient peut s'insérer dans une logique « familiale ». De la même manière, les comportements autodestructeurs et suicidaires ne seraient pas tant dus à une suite de facteurs précipitants dus au hasard, mais plutôt à un processus progressif, une destruction planifiée inconsciemment. Le génogramme viserait en ce sens à responsabiliser le sujet quant à son choix de position psychique et dans la relation aux autres, mais sans culpabilisation puisqu'il s'agirait bien plus d'assouplir les sentiments de culpabilité pour permettre la responsabilisation.

Pour les adolescents suicidaires, il ne s'agit pas de prévenir le risque suicidaire – ce dont le génogramme ne pourrait jamais se prétendre capable – mais il sert à une quête de sens qui elle, pourra, si elle est constructive, aider le patient à quitter sa position pour débiter un véritable travail de construction. Le génogramme permet de relever des répétitions ou des logiques sous-jacentes à la formation psychique.

Toutefois, les prises de conscience lors de l'élaboration du génogramme ne pourraient se substituer à un véritable travail psychothérapeutique quand celui-ci est nécessaire.

Pour ces adolescents, le génogramme est un support concret, avec une représentation externe au sujet qui permet dans une certaine mesure une stabilisation de l'état émotionnel débordant les capacités du sujet.

Le génogramme peut faciliter l'alliance thérapeutique avec le jeune et permet donc, dans le cas de l'hospitalisation de courte durée, une inscription plus rapide dans le travail d'élaboration nécessaire pour dépasser la période dite « de crise ».

Pour Norman D'Aragon⁸¹, le génogramme permettrait de briser l'isolement psychique et relationnel de la personne suicidaire. En travaillant sur les liens, le génogramme peut permettre de renouer le contact avec les membres de la famille en les resituant dans un contexte.

⁸¹ D'ARAGON, N. (2000). L'approche familiale intergénérationnelle dans l'intervention auprès des personnes suicidaires et de leur famille. Acte du premier Congrès International de la Francophonie en prévention du suicide, ville de Québec, avril 2000.

Nous ne pouvons conclure que par ces différentes hypothèses sur les bénéfices que peut en tirer le patient et remarquons que, pour le clinicien, le génogramme est une grille de lecture fort intéressante quant à la tentative de compréhension d'une pathologie.

5.3. La pratique du génogramme

Pour autant, la pratique du génogramme n'est pas forcément des plus aisées en fonction des pathologies et des patients. En effet, au niveau individuel, et par nos constats au service Anjela Duval, les patients qui semblent s'inscrire le plus dans un travail d'élaboration par rapport au génogramme, sont ceux qui demandent un étayage constant ou présentent un caractère hystérique. Dans le premier cas par exemple, l'outil pourrait être bien plus considéré par le patient comme une possibilité de s'inscrire dans le désir du soignant que dans un véritable travail d'élaboration. La difficulté réside alors dans le fait qu'il est aisé d'induire inconsciemment les réponses du patient, il est alors de la plus grande importance de penser nos interventions pour minimiser ce biais qui reste un risque constant pour tous les patients. Toutefois, pour ces sujets et lorsque ceux-ci parviennent à s'attacher à l'outil plus qu'à l'autre, le génogramme pourrait peut-être constituer un support, qui pourrait être assez proche de l'objet transitionnel, pour permettre l'individuation du sujet par la reprise de sa propre histoire en lien avec celles des autres.

Dans le deuxième cas, les caractères hystériques, la difficulté réside dans la possibilité d'utiliser le génogramme dans une construction imaginaire de sa famille – ce qui a l'avantage de pouvoir révéler une partie de la réalité psychique du patient – et donc, pour le soignant, de différencier cette construction de la réalité extérieure. Pour Sonia par exemple, il nous a semblé que l'utilité du génogramme était justement de constater ces identifications à différents membres de la famille.

Finalement, ce que je pensais repérer au travers des synchronies, des secrets, etc., n'est pas toujours le plus important à signifier au travers du génogramme pour certains cas. En effet, pour Sonia par exemple, le grand intérêt réside dans le repérage des différentes identifications qui n'étaient pas apparues lors des entretiens médicaux.

CONCLUSION

Nous nous sommes proposés d'étudier l'utilisation du génogramme dans le cadre de la prise en charge des adolescents suicidants et suicidaires. Ce travail visait à illustrer une pratique tendant à se généraliser de plus en plus dans les institutions soignantes. En effet, le génogramme, créé par les thérapeutes familiaux systémiques est aujourd'hui utilisé par nombre de psychologues, psychiatres, d'orientations théoriques diverses, et des infirmiers au sein d'institutions « psychiatriques » ou médico-psychologiques. Or, l'observation de cette pratique à l'unité Anjela Duval nous a conduit à penser que cet outil n'était pas reconnu à la hauteur de ses possibilités.

Pour mettre en lumière ces possibilités non exploitées de l'outil en question, nous avons donc choisi deux cas présentant des similarités pour nous focaliser sur un type de rencontre et ainsi ne pas nous éloigner de notre objectif, soit de montrer la richesse potentielle que pourrait détenir un génogramme.

Par ces deux cas, nous avons pu constater que cet outil permettait un recueil de données très important. De plus, bien que nous ne manquerons pas de remarquer que son utilisation dans un cadre familial s'avèrerait sans doute et souvent plus fructueuse, le génogramme élaboré individuellement pourrait permettre à l'adolescent de se représenter une place et une position au sein de sa famille. Nous avons également pu pensé que les troubles de l'adolescent pouvaient s'inscrire dans un contexte familial s'illustrant dans le génogramme, et nous avons notamment appuyé notre réflexion sur la culpabilité résultant, d'une part, de la position dépressive dont l'adolescence viserait le réaménagement et, d'autre part, des transmissions transgénérationnelles.

Pour autant, nous avons conscience des limites de ce travail et ce, sur plusieurs plans. En premier lieu, le choix du sujet principal pour cette étude (Isabelle) n'était pas du au hasard, puisque nous avons préféré mettre en avant ici une adolescente que nous avons pu rencontrer à cinq reprises, alors que les autres patients, dans le cadre du génogramme, n'ont été rencontrés qu'à deux reprises au mieux. Le problème posé ici est celui de l'hospitalisation courte, en moyenne de dix jours, qui ne permet pas d'utiliser de manière véritablement suivie le génogramme avec les patients.

Il serait alors important de systématiser la remise du génogramme au patient, puisque cela n'est pas le cas, en dehors des patients qui en font la demande, pour qu'ils aient le choix de continuer une élaboration à partir de celui-ci. Ceci nous amène vers

une seconde difficulté qui est la lisibilité des génogrammes qui sont dessinés par les infirmiers. Pour cette raison, nous avons saisi par ordinateur tous les génogrammes auxquels nous avons participé ou repris avec les patients, au moyen d'un logiciel relativement simple de généalogie⁸². Ainsi, lorsqu'une tierce personne consulte le génogramme, il lui est plus facile de le lire, et, lorsqu'il est repris avec le patient et que de nouveaux éléments sont apportés, il n'est pas utile de le redessiner entièrement. Pourtant, les infirmiers de ce service ne disposant pas d'ordinateur ne peuvent adopter cette méthode de travail. Ce manque devant être résolu dans les mois à venir, il serait intéressant alors qu'ils puissent se doter d'un logiciel adapté aux génogrammes, tel qu'il en existe aujourd'hui au Canada.

Pour revenir sur les limites imposées par les hospitalisations de courte durée, nous pouvons noter qu'il n'est pas envisageable de travailler dans une visée à long terme, mais, qu'il serait tout de même intéressant d'essayer autant que faire se peut, de reprendre le génogramme avec le patient quelques jours après sa première élaboration. Le travail effectué est, sinon, essentiellement bénéfique à l'équipe soignante par l'apport d'informations importantes sur le contexte de la crise suicidaire, mais, bien peu pour le patient. Une seule reprise avec la possibilité de garder le génogramme permettrait au patient d'avoir le choix d'investir ce support ultérieurement.

Au niveau du travail présenté ici, il est également limité et il l'aurait été quel qu'eût été le choix des sujets. En effet, il apparaît une impossibilité d'investiguer du côté des secrets, des non-dits. D'une part, ce champ nécessite un travail au long cours et non sur quelques séances. D'autre part, lorsque nous pouvons penser qu'un secret est latent, nous ne pouvons rien en dire sans risque de romancer.

Pour qu'un travail de ce type soit le plus complet possible, des entretiens familiaux seraient pertinents, puisqu'ils permettraient de mettre plus en lumière les phénomènes transgénérationnels, mais également les modes de relations dont usent les membres de la famille.

⁸² Logiciel GenoPro (TM), version 1.71, © 1998-2000 GenoPro Inc. Téléchargement gratuit sur Internet : <http://www.genopro.com>. Sa présentation figure en annexe.

Enfin, de nombreuses ouvertures vers des recherches ultérieures pourraient être proposées d'autant qu'il ne s'agissait ici que d'une illustration de travail et non d'une recherche à proprement parler. Pour n'en retenir qu'une, nous proposerions une étude plus spécifique sur les jeunes suicidants ayant été abusés sexuellement, comme le cas est malheureusement fréquent, et plus spécifiquement au niveau de l'inceste. Dans ce dernier cas de figure, l'étude du génogramme pourrait s'avérer des plus pertinentes dans le sens où il s'agit d'une transgression de la filiation et, en quelque sorte, d'une abolition de la différence des générations. Dans la désorganisation que l'inceste peut entraîner chez un jeune, le génogramme pourrait constituer un support des plus riches pour qu'il parvienne à élaborer cette confusion et reprendre ainsi place dans sa filiation.

REFERENCES

REFERENCES CITEES DANS LE TEXTE

- ANCELIN-SCHUTZENBERGER, A. (1999). Aïe, mes aïeux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du génogramme. La Méridienne, Desclée de Brouwer, Paris.
- BERTALANFFY, L. (1973). La théorie des systèmes. Dunod, Paris.
- BLANCHETTE, L. (sous dir. De). L'approche systémique en santé mentale, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1999.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. et FRAMO, J. (1980), *Psychothérapies familiales, Aspects théoriques et pratiques*, PUF, Paris.
- BOUCHARD-GODARD, A. (1988). In Dialogue n°100, *Le dialogue et le secret*.
- BOWEN, M. (1978). La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux. ESF, Paris, 1984.
- BRUSSET, B. (1988). L'adolescente anorexique et sa mère. In Dialogue n°99, *Détruire ceux qu'on aime ou les complicités narcissiques perverses*.
- CAGLAR, H. (sous dir. De) Adolescence et suicide, Ed. ESF, 2^e édition, Paris, 1991.
- CAROLI, F. et GUEDJ, M.-J. (1999). Le suicide. Flammarion, coll. Dominos.
- CHABROL, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. PUF, Paris.
- CICCONE, A ; (1999). La transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission. Dunod, Paris.
- D'ARAGON, N. (2000). L'approche familiale intergénérationnelle dans l'intervention auprès des personnes suicidaires et de leur famille. Acte du premier Congrès International de la Francophonie en prévention du suicide, ville de Québec, avril 2000.
- DELATTRE, P. (1971). Système, structure, fonction, évolution. Maloine-Doin, Paris.

- DENIS, P. Soi-même pour un autre, identité relative et identité absolue. *Revue Française de Psychanalyse*, 1999, vol. 63, n°4.
- EIGUER, A. (1997) et al. Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique. Dunod, coll. Inconscient et culture, Paris.
- FREUD, S. (1887-1902). *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*, Imago, Londres, 1950 ; trad. fr., *La naissance de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1956.
- (1900). *Die Traumdeutung*, GW II-III ; trad. Fr., *L'interprétation des rêves*, PUF, Paris, 4^e édition, 1967.
- (1912-1913). *Totem und tabu*. G.-W., IX ; trad. fr., *Totem et tabou*, Payot, Paris, nouv. Ed. 1965.
- (1914) *Zur Einführung des Narzissmus*, G.-W., X ; trad. fr., *Pour introduire le narcissisme*, in *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.
- (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, G.-W., XIII ; trad. Fr., *Psychologie des foules et analyse du Moi*, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981.
- (1932). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, G.-W., XV ; trad.fr., *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Gallimard, Paris, 1984.
- GUYOTAT, J. (1986). *Analyse du lien de filiation*. In *Dialogue n°90, Généalogie et fantômes*.
- (1980). *Mort, naissance et filiation, études de psychopathologie sur le lien de filiation*. Masson, Paris.
- HALEY, J. (1981), *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Ed. France-Amérique, Montréal.
- HESSELNBERG, M. (1985). A propos d'un mythe des thérapeutes familiaux : la transmission intergénérationnelle. *Dialogue n°89, Héritages et filiations*, 1985.
- JEAMMET, P ; et BIROT, E. (1994). *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, PUF, coll. Psychiatrie de l'enfant, Paris.
- KLEIN, M. (1934). *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*. In *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, pp311-340.
- LADAME, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Masson, Paris.

- LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.-B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1998, 2^e trad.
- LE GOFF J.-F. (1999). L'enfant, parent de ses parents. Parentification et Thérapie familiale. L'Harmattan, coll. Les Thérapies Familiales Aujourd'hui, Paris.
- LEBOVICI, S. (1998). L'arbre de vie : éléments de la psychopathologie du bébé. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- MC GOLDRICK, M. et GERSON, R. (1997). Génogramme et entretien familial, ESF, Paris.
- MENECHAL, J. (1997). Introduction à la psychopathologie. Dunod, Paris.
- MIJOLLA, A (1986). Les visiteurs du Moi. Ed. Les Belles Lettres, coll. Confluents Psychanalytiques, Paris.
- MONESTIER, Martin (1995) Suicides. Histoire, techniques et bizarreries de la mort volontaire. Des origines à nos jours. Le Cherche-Midi, coll. Documents, Paris.
- PETOT, J.-M. (1982). Mélanie Klein : le moi et le bon objet. 1932-1960. Dunod, Paris.
- SEGAL, H. (1964). Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. PUF, Paris, 1969.
- THERY, I. (1998). Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Odile Jacob, Paris.
- TISSERON, S. (1995). Le psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme. Dunod, coll. Inconscient et Culture, Paris.
- VAN HEUSDEN, A. et VAN DEN EERENBEEMT (1994). Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy. PUF, Nodules, Paris.
- WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J. et JACKSON, D. (1972). Une logique de la communication. Seuil, Paris.

Dictionnaires, encyclopédies

Le Robert Illustré d'Aujourd'hui. Editions Dictionnaires Le Robert, Paris, 1996.

Encyclopédie® Microsoft® Encarta 97. © 1993-1996.

INTERNET

Logiciel GenoPro (TM), version 1.71, © 1998-2000 GenoPro Inc.:
<http://www.genopro.com>

Carnet Psy : <http://www.carnetpsy.com/>

I.N.E.D. : <http://www.ined.fr/>

O.R.S. : <http://www.ors.fr/>

REFERENCES NON CITEES DANS LE TEXTE

ABRAHAM, N. et TORÖK, M. (1987) L'écorce et le noyau. Champs-Flammarion, Paris.

ANTHONY J., KOUPERNIK C. et al. (1970). L'enfant dans la famille. Masson, 7 vol.

ATTIA, M. (1996). Drames de l'adolescence, familles en séances. Récits cliniques. ESF éditeur, coll. La Vie de l'Enfant, Paris.

BERGER (1986). Entretiens familiaux et champ transitionnel, PUF, coll. Le Fil Rouge, Paris.

CASTELLAN, Y. (1988). L'enfant entre mythe et projet, destin de l'anticipation familiale. Le Centurion, Paris.

(1993). Psychologie de la famille. Privat, Paris.

COLLECTIF (1996). Les héritages familiaux. Paris, ESF.

EIGUER, A. (1987) La parenté fantasmatique : transfert et contre-transfert en thérapie familiale psychanalytique, Dunod, coll. Psychismes, Paris.

(1989). L'objet transgénérationnel. Perspectives psychiatriques, n°17/II, nouv. Série.

GUYOTAT, J. et FEDIDA, P.(1986). Généalogie et transmission. Editions Echo centurion, Paris.

KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M., BARANES, J.-J. (1993). Transmission de la vie psychique entre générations. Dunod, Paris.

LANI, M. (1990). A la recherche de la génération perdue. Hommes et perspectives, Paris.

LEGENBRE, P. (1985). L'inestimable objet de la transmission. Etude sur le principe généalogique en Occident. Leçon IV. Fayard, Paris.

(1990). Filiation. Fondements généalogique de la psychanalyse. Leçon IV, suite 2. Par PAPAGEORGIOU-LEGENBRE, A. Fayard, Paris.

LEMAIRE-ARNAUD, E. (1980). A propos d'une technique nouvelle : le génogramme, in *Les secrets de famille*, Dialogue, n°70.

(1985). Utilité du génogramme pour la mise à jour des phénomènes transgénérationnels, in *Héritages et filiations*, Dialogue n°89.

(1985). Le génogramme et les secrets de famille, in *Le dialogue et le secret*, Dialogue n°100.

MARTIN, P. (1988). Des familles et des enfants, analyse bibliographique et approche méthodologique. De Boeck, Bruxelles.

MIERMONT, J. (1987). Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques. Payot, Paris.

MOREL, D. (1988). Choix du partenaire et généalogie, in *Le dialogue et le secret*, Dialogue n°100.

NACHIN CL (1993). Les Fantômes de l'âme. A propos des héritages psychiques. L'Harmattan, Paris.

RUFFIOT, A., EIGUER, A. et LITOVSKY, D., GEAR, M.-C. et LIENDO, E.-C., PERROT, J. (1990) – La thérapie familiale psychanalytique. Dunod, coll. Inconscient et Culture, Paris.

TISSERON, S. (1999). Secrets de famille : Histoires et mode d'emploi. Ramsay, Paris.

VIGOUROUX, F. (1993). Le secret de famille. PUF, Paris.

WHITAKER, C., NAPIER, A. (1980). Le creuset familial. Robert-Laffont, Paris.

ANNEXES

SOMMAIRE

Annexe 1 : Légende du génogramme

Principaux symboles	p 3
Membres de la famille vivant sous le même toit	p 4
Description des rapports interpersonnels.....	p 5

Annexe 2 : génogrammes

Génogramme d'Isabelle	p 7
Génogramme de Sonia.....	p 8

Annexe 3 : logiciel de généalogie

Présentation du logiciel GenoPro	p 10
--	------