

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008-2009

N°

156

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES DE PSYCHIATRIE)

Par

Gaëlle BRUNET

Née le 11 septembre 1980 à Saint Denis

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2009

ADOLESCENTS EN CRISE, SECRETS DE FAMILLE

Quelles approches psychothérapeutiques ?

Président du Jury : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Daniel GORANS

INTRODUCTION.....	8
PARTIE 1 :.....	10
Rencontres cliniques d'adolescents en crise	10
.I Anthony 21 ans, hospitalisé 4 semaines en 2008, « tel père , tel fils ? ».....	11
.1 L'entretien d'entrée	11
.2 La suite de l'hospitalisation.....	12
.3 Histoire personnelle	13
.4 Au niveau familial	13
.5 Evolution dans le service	14
.6 Entretien avec la mère d'Anthony.....	16
.7 Fin d'hospitalisation.....	17
.8 Réflexions.....	18
.II Mélanie 14 ans, hospitalisée 10 jours en pédiatrie en 2007, « le secret omniprésent » ..	20
.1 L'histoire de Mélanie :	20
.2 Les symptômes présentés	21
.3 L'évolution dans le service :	22
a) Dans un premier temps :	22
b) 2ème temps de l'hospitalisation :.....	24
c) 3ème temps de l'hospitalisation :.....	26
.4 Les consultations :.....	27
.5 La suite de la prise en charge de Mélanie	28
.6 Réflexions.....	28
.III Gonzague x de y, 23 ans, hospitalisé 2 mois en psychiatrie adulte en 2006 « il errait dans la ville qui porte son nom ».....	30
.1 Le contexte d'admission	30
.2 L'histoire de Gonzague	31
.3 Le premier temps de l'hospitalisation :.....	32
.4 La première rencontre des parents venus de Hollande.....	32
.5 Second temps de l'hospitalisation :	34
.6 La seconde rencontre avec les parents et le frère cadet de Gonzague.....	34
.7 Après sa sortie du service:.....	36
.8 Réflexions :	37
.IV Alice, 17 ans, en consultation aux urgences médico psychologique (UMP) en 2009; « fait-elle partie de la ligue anti tabac ? »	38
.1 Alice en entretien seule :	38
a) Le premier temps de l'entretien centré sur les circonstances de la prise de médicament	38
b) L'histoire d'Alice.....	39
c) La suite de l'entretien.....	41
.2 Alice et sa mère en entretien	42
.3 Consultation 3 jours après :.....	44
a) Alice seule	44
b) Alice et sa mère	45
.4 Réflexions :	47
PARTIE II :	48
Du secret au secret de famille	48
.I Définition du secret.....	48
.1 Le secret dans l'art, le mythe d'Oedipe	48

.2 Le mot secret	50
a) Etymologie	50
b) Sémantique.....	50
c) Expressions	51
.3 Le rôle du secret dans le développement psychique	52
a) Secret individuel	52
b) Secret individuel: intérêt dans développement de l'enfant	54
c) Le Secret individuel et l'adolescent	57
.4 Définitions : Mensonge /secret/secret de polichinelle/non dit/secret de famille.....	59
a) Mensonge	60
b) Secret de polichinelle	62
c) Le non dit	62
d) Le secret.....	63
e) Le secret dans la famille.....	63
.II La famille	64
.1 Définition de la famille.....	64
a) Définition de l'entité famille	64
b) Alliance et filiation	65
c) Famille nucléaire, famille élargie.....	65
.2 Concept de filiation	66
a) Définitions filiation	67
b) Le lien de filiation	68
c) Le vécu de filiation.....	69
.3 Le concept de maillage	71
.4 La famille en tant que système	73
a) Système, homéostasie, règles	73
b) Crises naturelles	75
c) Les modèles familiaux en remaniement	75
PARTIE III :	77
La clinique psychiatrique et le secret de famille	77
.I Origines du secret	77
.1 Contenu du secret	77
.2 Lien traumatisme et secret de famille.....	80
.3 Cas particulier de l'inceste	82
a) Le traumatisme sexuel chez l'enfant ou l'adolescent	82
b) L'inceste, un traumatisme sexuel particulier	83
c) Inceste et incestuel	83
d) Secrets et inceste, incestuel.....	84
.4 Lien deuil-secret de famille.....	88
.II A partir de quand un secret de famille est-il délétère?.....	89
.1 Porteur du secret.....	90
a) Du gardien au prisonnier du secret.....	90
b) Effets sur le porteur du secret	91
.2 Particularités du langage et étrangeté du porteur du secret	92
a) Particularités du langage	92
b) Comportements étranges.....	93
.3 Suintement du secret et la feintise	93
a) Les suintements du secret.....	94
b) La feintise.....	94
.4 Exclut du secret	95

a) Effets sur les proches	95
b) Effets chez l'enfant	96
.5 Rapport dommage –protection	97
a) Les intentions protectrices du secret	98
b) Les dommages	98
c) Rapport dommage-protection.....	99
d) Le secret dans la relation.....	99
.6 Classification des secrets de famille en fonction de leur nocivité pour l'exclu du secret.....	101
a) Secrets nocifs	101
b) Secrets pathogènes	102
c) Secrets toxiques.....	102
d) Secrets dangereux	102
.III La transmission du secret de famille	103
.1 La transmission transgénérationnelle et intergénérationnelle	103
.2 L'apport particulier d'Abraham, Torok, Nachin et Tisseron	106
a) La première génération, celle des « non-dits », de l'indicible, porteuse d'une crypte	106
b) La seconde génération porteuse du fantôme : « l'indicible » devenu « innommable »	109
c) La troisième génération : la génération de l'impensable.....	110
d) Les travaux d'Abraham et Torok, Nachin et Tisseron , une théorie du lien social	111
.3 Autres conceptions psychanalytiques de la transmission du secret	112
.4 Les apports systémiques sur la transmission du secret.....	114
a) Les systèmes de mémoire.....	115
b) Loyauté, dettes de loyauté.....	115
c) Délégation	117
d) Répétition et syndrome anniversaire.....	117
e) Mythe familial	119
.IV Lien clinique et secret de famille	121
.1 Analyse du secret de famille	121
.2 Relation symptôme-secret	122
a) Les symptômes peuvent constituer le contenu du secret.....	123
b) Les symptômes reproduisent métaphoriquement un aspect du secret	124
c) Les symptômes sont destinés à distraire l'attention du secret.....	124
d) Les symptômes, conséquences d'un secret.....	125
PARTIE IV :	127
Le thérapeute d'adolescent face au secret de famille	127
.I Le thérapeute face aux adolescents	127
.1 Adolescents en crise, le concept de « crise » à l'adolescence.....	127
.2 La rencontre adolescent - psychiatre et ses particularités	128
.3 Le cadre thérapeutique chez l'adolescent.....	129
.II L'attitude du thérapeute face au secret de famille	131
.1 Le secret pressenti	132
.2 Secret confié au thérapeute	132
.3 Fonctions du secret.....	134
a) Les 5 niveaux à interroger selon Imber Black	134
b) L'approche systémique	135
.4 Organisation familiale autour du secret	137
a) Alliance, coalition, triangulation.....	137
b) Sous-systèmes et frontières.....	139
.III La question de la révélation à l'exclu.....	140

.1 Secret confié au thérapeute	140
.2 Intérêt d'un accompagnement de la révélation de la part du thérapeute ?	142
a) Les réflexions sur les positions du thérapeute.....	143
b) Comment révéler un secret de famille ?.....	144
.3 Les risques de la révélation	145
.IV Les 4 Cas cliniques revisités à la lumière de cet exposé.....	148
.1 Anthony 21 ans, hospitalisé 4 semaines, « tel père, tel fils ? »	148
.2 Mélanie 14 ans, hospitalisée 10 jours en pédiatrie, « le secret omniprésent »	150
.3 Gonzague x de y, 23 ans, hospitalisé 2 mois en psychiatrie adulte en 2006 « il errait dans la ville qui porte son nom »	152
.4 Alice, 17 ans, en consultation aux urgences médico psychologique ; « fait-elle partie de la ligue anti tabac ? »	153
CONCLUSION	156
BIBLIOGRAPHIE	158
Références internet.....	163
Filmographie	163
Conférences	163

INTRODUCTION

Adolescents en crise, secrets de famille ; Quelles approches psychothérapeutiques ?

L'idée de ce travail est née de mon intérêt personnel pour une approche familiale des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent. La rencontre d'adolescents (notamment Mélanie en 2007 et de patientes anorexiques : Julie, Désirée...) m'a amené à réfléchir au concept de secret de famille et à son lien éventuel avec la clinique psychiatrique. Cet exposé est donc construit à partir d'expériences cliniques.

Toute famille a ses secrets. De ce fait, les psychiatres sont confrontés un jour ou l'autre aux secrets de leurs patients. C'est un sujet vaste et délicat car il touche à l'intimité, à l'identité, aux valeurs familiales. De nombreux auteurs ont écrit à propos du secret, d'autres ont réfléchi plus particulièrement aux « secrets de famille » dont il est question dans ce travail.

Les lectures et rencontres de Serge Tisseron, Mattéo Selvini, Paul Racamier, Pierre Benghozi, Michel Sanchez Cardenas et Evan Imber-Black, tout comme le film « Un secret » adapté du roman de Philippe Grimbert ont particulièrement influencé cet exposé.

Les psychiatres qui rencontrent des adolescents, le font souvent dans un contexte de « crise ». A cet âge, la souffrance est fréquemment « externalisée », « agie ». Pour Ausloos, 1980¹ : « l'adolescent est poussé à l'action, car il est un temps où l'on a besoin de trouver des solutions aux interrogations qui se posent ».

Le processus de séparation-individuation nécessaire à l'adolescence implique tous les membres de la famille. C'est la famille entière qui est en changement. La présence d'un adolescent constitue un facteur de réactualisation de la problématique familiale. JP Rabreau, 1983, pense que « la crise familiale provoquée par un adolescent met en scène un drame avec au moins sept personnages : un adolescent, deux parents, quatre grands-parents ». L'adolescent interroge la transmission, l'histoire et les valeurs familiales. Les secrets de famille surgissent alors et peuvent venir entraver le processus adolescent.

¹

Les références bibliographiques sont répertoriées par ordre alphabétique page 158 à 163

S'interroger sur le travail psychothérapique avec les adolescents nous a paru intéressant. Le thérapeute peut se sentir embarrassé, fasciné ou paralysé par certains secrets de famille, confiés en entretien. Pourtant, cette confiance apporte toujours des informations importantes sur le fonctionnement psychique individuel et familial...

Nous avons choisi de réfléchir à partir des données actuelles de la littérature, en nous appuyant principalement sur les points de vue psychanalytiques et systémiques. Le fil conducteur proposé est d'aborder les fonctionnements psychiques normaux pour ensuite développer la clinique psychiatrique. La recherche de réponses absolues et de protocoles face aux secrets de famille n'est pas l'objectif de cet exposé. Par ailleurs, la psychopathologie adolescente est volontairement peu traitée dans la thèse, cependant quelques points en lien direct avec ce sujet sont développés.

Dans une première partie, nous relatons quatre cas d'adolescents rencontrés en psychiatrie ; chaque situation amène des interrogations sur les secrets de famille. Nous tentons dans un second temps, de définir ce que l'on entend par secret, famille, secret de famille. Dans une troisième partie, nous essayons d'établir un lien avec la clinique psychiatrique. Enfin dans un dernier temps, des réflexions sur la position du thérapeute et des pistes psychothérapiques sont proposées à la lumière des situations cliniques initiales.

C'est donc chaque situation, dans sa singularité, qui amène des questionnements plus généraux pour dessiner une sorte de clinique du secret de famille à partir des données actuelles et des approches psychothérapiques qui s'y rapportent.

E. Imber-Black, 1993:

« Pourquoi les secrets sont-ils fascinants ? Peut-être parce qu'ils défient toute solution simpliste... »

PARTIE 1 :

Rencontres cliniques d'adolescents en crise

Des rencontres d'adolescents lors de l'internat et des rencontres théoriques ont permis l'élaboration de cet exposé. Les situations cliniques vont servir de base de réflexion et de trame tout au long de cette thèse.

Les adolescents cités ont été rencontrés dans des contextes très variés en milieu hospitalier. Malgré leurs âges différents, ils sont tous à considérer dans une problématique adolescente. En effet, l'adolescence tend à se prolonger selon la plupart des auteurs : actuellement la fin du processus adolescent se situe en moyenne vers 25 ans. Les symptômes présentés par ces patients se rejoignent : ils sont aigus, bruyants et constituent un passage à l'acte lors d'un moment de crise.

Ainsi, 4 situations cliniques amorcent la réflexion :

Anthony, 21 ans, hospitalisé pour la première fois à la demande d'un tiers suite à une tentative de pendaison ; Mélanie, 14 ans, hospitalisée en pédiatrie suite à un épisode d'agitation et hétéro agressivité ; Gonzague, 23 ans, hospitalisé d'office suite à une errance et violence envers les gendarmes et enfin Alice, 17 ans, vue aux urgences médico-psychologiques suite à une Intoxication médicamenteuse volontaire.

Dans ces situations, il existe des interrogations sur la présence d'un secret de famille pouvant être en lien avec les symptômes présentés. Chaque rencontre est singulière et amène des questionnements plus généraux.

.I Anthony 21 ans, hospitalisé 4 semaines en 2008, « tel père , tel fils ? »

.1 L'entretien d'entrée

Notre rencontre s'est réalisée le jour de son entrée à l'hôpital psychiatrique :

Anthony est admis en Hospitalisation à la demande d'un tiers signée par sa mère, suite à une tentative de suicide par pendaison le matin même. C'est un jeune homme brun, assez maigre. Il est ralenti psychiquement, a un bon contact : il a reçu une injection de neuroleptique sédatif aux urgences. (tercian)

Anthony est rencontré d'abord seul :

Ce jeune homme n'a aucun antécédent personnel médical ou psychiatrique. Dans les antécédents familiaux, il évoque le décès de son père par pendaison en 1998. Anthony est en fac de sport et souhaite intégrer la gendarmerie. Cela fait environ deux ans qu'il vit à Nantes avec son amie : Murielle. Depuis un mois, la relation avec Murielle semblait plus compliquée. Elle lui a annoncé trois jours auparavant son souhait de rompre.

Depuis cet événement, Anthony « perd pied » : Il a pris sa voiture dans la nuit pour aller chez sa plus jeune sœur et a eu un accident de voiture sans gravité. Celle-ci l'a hébergé chez elle, pour le soutenir et ne pas le laisser seul. C'est elle, qui l'a retrouvé le matin, après sa tentative de suicide, alertée par un texto d'Anthony. Il avait envoyé un message à toutes ses sœurs avant de tenter de se pendre. Fort heureusement : « le mousqueton de la chaîne utilisée a lâché ». Anthony a été transféré en réanimation puis dans un service d'hospitalisation de psychiatrie de secteur.

Avant la rupture amoureuse, on ne retrouve pas de trouble du sommeil, anorexie, tristesse, anhédonie ou rumination anxieuse orientant vers un trouble anxio-dépressif.

Anthony est accompagné de sa mère et de deux de ses sœurs, toutes trois très inquiètes.

En entretien sans Anthony :

Elles vont d'emblée évoquer la pendaison du père, et le suicide d'un ami d'Anthony en novembre 2008 par pendaison également. Anthony, lui, n'en avait pas fait mention lors de l'entretien. Le discours de ces femmes est teinté de culpabilité, elles ont le sentiment de ne pas avoir mesuré la souffrance d'Anthony. Après avoir eu des explications sur les conditions d'hospitalisation, les trois femmes quittent le service.

Devant ce passage à l'acte semblant réactionnel à une rupture amoureuse, on peut s'interroger sur l'absence de troubles psychiatriques retrouvés, à priori, lors de ce court entretien. Intéressée par ce jeune homme et cette notion de répétition d'une génération à l'autre, j'ai été informée de son évolution dans le service.

.2 La suite de l'hospitalisation...

Des échanges avec le psychiatre qui l'a suivi et les notes prises dans le dossier ont permis la rédaction de la suite de l'histoire d'Anthony.

Anthony passe 4 jours en hospitalisation à la demande de tiers dans un service de psychiatrie adulte de secteur. Il est ensuite transféré dans le service d'adolescents et jeunes adultes en crise de Nantes, (Unité Espace) en hospitalisation libre. Cette levée d'HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) est décidée devant l'absence d'élément dépressif et d'idée suicidaire associée à la critique de son geste. Il accepte la poursuite des soins.

Les jours suivants, Anthony qualifie son geste d'impulsif, sans scénario établi avant le matin. Il décrit en détail : au réveil, très tôt, après une nuit de ruminations sur la rupture, il a ressenti du désespoir et a eu soudain l'idée de mourir. « Je ne voulais pas être un poids ». Il a fait le tour de la maison : a assemblé la laisse du chien, la sangle de son sac à dos ...a écrit des ébauches de lettre pour sa famille et a envoyé des textos d'adieu à ses sœurs. (Il a pensé qu'à cette heure matinale leur portable était éteint). Il a ensuite tenté de se pendre ; le mousqueton a lâché et il ne s'est réveillé que lorsque les pompiers et sa sœur étaient autour de lui.

.3 Histoire personnelle

Dans son histoire, Anthony est le quatrième de la fratrie ; ses sœurs ont 33 ans, 30 ans et 28 ans. Son père travaillait sur un remorqueur à Nantes et sa mère travaille toujours en tant qu'assistante maternelle. Il est né « par surprise », son père et sa mère l'acceptant très bien : c'est le seul garçon de la famille. La famille vivait dans un village de Bretagne.

Dans l'enfance, on ne trouve pas de problème particulier. Anthony se faisait des amis facilement et avait un parcours scolaire classique. La seule particularité retrouvée dans l'enfance est une appréhension très importante de la solitude, antérieure au décès de son père : Il parle d'angoisse d'abandon et de difficulté à rester seul depuis tout petit (trouble à l'endormissement, besoin de porte ouverte, besoin important de réassurance au coucher). Anthony ne voit pas d'où cela peut provenir.

En 98, les parents d'Anthony se séparent. Quelques mois plus tard, le père d'Anthony se suicide. Anthony, âgé de 11 ans, va vivre avec sa mère et sa plus jeune sœur. La mère d'Anthony se remarie avec un homme, père de 2 enfants, un peu plus âgés qu'Anthony, en 2000. L'ensemble de la famille recomposée vit ensemble dans une certaine harmonie.

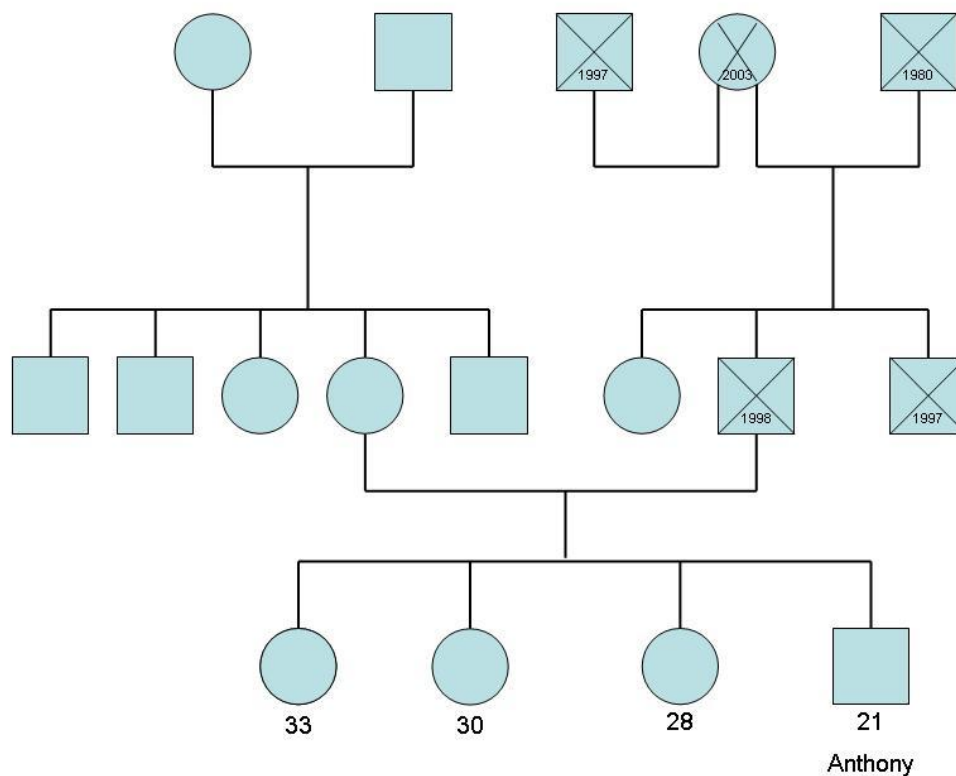
Ce beau-père est apprécié d'Anthony et de ses sœurs. Un de ses ½ frères est clairement considéré comme un modèle pour lui. Pourtant, le couple divorce en 2002. A cette période, Anthony, âgé de 15 ans, rencontre sa copine actuelle : Murielle. Ce n'est qu'en 2004 que leur liaison amoureuse débute véritablement. Après son bac, Anthony s'installe à Nantes avec Murielle et commence des études de « conseiller familial », qu'il arrête au bout de six mois, pour s'inscrire en faculté de sport.

.4 Au niveau familial

Anthony connaît peu le côté paternel de sa famille. De nombreux décès sont survenus : Une seule tante côté paternel est encore en vie. Il n'a plus de contact avec cette tante depuis 98. En effet, en quelques années, les deuils se sont succédés : le grand père paternel, marinier, est décédé d'infarctus avant la naissance d'Anthony, le nouveau mari de sa grand-mère est décédé d'un cancer en 97. La même année son oncle meurt d'un cancer de la langue. En 98, c'est le père d'Anthony qui décède. La grand-mère paternelle succombe à un cancer en 2003.

Du côté maternel, Anthony a toujours des contacts avec ses deux grands-parents (le grand père maternel est un ancien marinier lui aussi), une tante et un oncle. Par ailleurs, la famille nucléaire est en rupture depuis longtemps (avant la naissance d'Anthony) avec 2 oncles. Sa mère est en lien avec son ex beau-père, Anthony garde des relations épisodiques avec celui-ci et ses fils. Par ailleurs, il est très lié à ses sœurs, qui vivent toutes en région bretonne.

On ne retrouve pas d'élément en faveur d'épisodes dépressifs antérieurs, pas de facteur de bipolarité familiale.



Génogramme d'Anthony, 21 ans en 2009

.5 Evolution dans le service

Dans un premier temps de l'hospitalisation, Anthony semble dans la recherche du sens de cette rupture. Cette relation amoureuse est idéalisée ; il s'accable de reproches, essayant de refaire l'histoire encore et encore ; Il connaît son amie depuis l'âge de 14 ans, elle vient du

même village que lui, c'est son « premier amour ». Anthony avait planifié leur avenir : travail, mariage, enfants. Tout semble s'écrouler.

Dans le service, il lui est difficile de rester seul et cela l'inquiète énormément pour la sortie : « comment va t-il faire pour vivre seul dans un appartement ? »

Anthony n'a jamais vécu seul, il vivait chez sa mère avant d'emménager avec son amie, il y a 2 ans. Cette problématique d'angoisse de séparation ressurgit avec la rupture. Il semble avoir une fragilité narcissique ancienne.

Le deuil de cette relation semble faire écho aux deuils probablement non résolus de personnes proches et aux multiples ruptures relationnelles de la famille.

En entretien, et à travers le travail du génogramme, Anthony réalise qu'il a des difficultés à se souvenir de son père qu'il a connu pourtant jusqu'à ses dix ans. Il le décrit comme absent régulièrement en raison de son travail : il était remorqueur à Nantes. Anthony ne se souvient pas de sa voix, de ses propos, de ses goûts... Il ne souhaite pas l'oublier, pourtant Anthony n'a jamais voulu parler de lui avec sa famille. Quand ses sœurs ou sa copine l'évoquaient : « ça l'énervait », il pouvait alors changer de pièce ou couper court à la conversation.

Anthony connaît les circonstances du décès de son père : ses collègues l'ont retrouvé pendu sur un remorqueur. Lors des entretiens, il s'interroge sur les raisons du suicide de son père : « peut être qu'il ne nous aimait pas ? ». Il a écrit une lettre à chaque membre de la famille avant son décès : Anthony a le sentiment d'avoir peu d'éléments dans sa lettre.

Suite à cet événement, la famille a « éclaté », Anthony ne comprend pas pourquoi. Des zones de blancs existent dans l'histoire familiale, Anthony parle de « secret » autour de son père, de « choses qui lui ont été cachées », du fait de son jeune âge. Il plane un certain mystère. A la fin du génogramme, Anthony se dit « prêt à affronter la vérité ».

A ce moment du récit, nous sommes frappés par la répétition d'une pendaison suite à une séparation affective. De plus, Anthony a souhaité écrire une lettre à ses proches avant de mourir comme l'avait fait son père. L'action est non mentalisée par Anthony, elle est impulsive sans préméditation. Elle peut signer un manque de représentation, d'élaboration caractéristique des adolescents.

Dans sa quête identitaire, son père est la figure d'identification masculine, Anthony ne cherche-t-il pas par un agir identique à connaître son histoire, se sentir dans un lien de filiation ?

.6 Entretien avec la mère d'Anthony

Un entretien familial, très attendu par Anthony, est organisé par la psychologue du service et une infirmière référente ; L'entretien avec la famille des patients (mineurs ou majeurs) est systématiquement proposé dans ce service.

Anthony et sa mère sont conviés. Anthony souhaite éclairer son histoire familiale en posant des questions lors de cet entretien, mais dit « avoir peur des réponses ». Il aimerait en savoir plus sur son père. Anthony interroge sa mère, dirigeant ainsi l'entretien. Les interventions des soignantes recadrent, par moment, les propos mais n'orientent pas le discours.

Anthony semble apprendre de sa mère que son père s'alcoolisait régulièrement et pouvait parfois, faire preuve de violences physiques sur sa mère. C'est pour ces raisons, qu'elle l'aurait quitté. Cet homme est décrit comme impulsif et alexithymique par Madame. Anthony ne se rappelle pas de violences physiques; Il se remémore uniquement des disputes parentales au moment de la séparation.

Anthony pense que la mort de son père est en rapport avec le décès quelques mois plus tôt de son oncle dont il était proche... Cette hypothèse reste en suspens, les soignantes supposent qu' « il devait être dans une grande souffrance ».

Anthony pense ne pas connaître son père : personne n'en parle parmi ses sœurs plus âgées. Il a l'impression que son ex petite amie, Murielle, en connaissait plus sur son père que lui. Selon Mme, elle aurait, peut être, entendu des rumeurs dans le village... Murielle a souvent comparé Anthony à son père quand il s'énervait. Anthony avoue, en effet, avoir déjà eu des accès de violence sur des objets mais jamais sur quelqu'un.

Anthony revient sur les lettres que son père a adressées à sa famille et s'interroge sur le contenu des autres écrits. Sa mère dévoile à sa demande le contenu de son courrier : Mr

s'excuse de l'avoir violentée et écrit qu'il « préfère se tuer que de la voir avec un autre homme ». Elle ne connaît pas le contenu des courriers adressés à ses filles ; chacune a « gardé pour elle sa lettre ».

Madame explique, avec émotion, qu'après le décès de son mari, elle n'a pas souhaité parler du passé même à ses filles. Elle voulait se « débrouiller seule ». D'ailleurs personne n'a « montré ses sentiments », il « fallait passer à autre chose ».

Anthony cherche alors à comprendre la rupture avec la famille paternelle consécutive au décès. Sa mère explique : lors de l'enterrement de son père, la grand-mère paternelle aurait insulté sa bru devant tout le monde. Elle s'est opposée à l'enterrement car la parcelle de terre était inondée donc non cimentée. Suite à cette altercation, la tante paternelle s'est rangée du côté de la grand-mère paternelle. Ainsi les relations ont été interrompues et la famille nucléaire d'Anthony, n'a même pas été prévenue lors du décès de cette femme, quelques années plus tard.

La seconde partie de l'entretien est centrée plus sur les angoisses d'abandon anciennes d'Anthony et sur ses relations avec sa mère et ses sœurs. Se réappropriant l'idée des lettres positivement, Anthony termine l'entretien en évoquant l'écriture de courrier qu'il a entrepris dans le service. Cette fois-ci pour renouer avec sa famille, non pas pour rompre.

Cet entretien semble avoir été crucial dans l'évolution d'Anthony lors de l'hospitalisation.

.7 Fin d'hospitalisation

Suite à l'entretien familial, Anthony s'est questionné sur les traits de caractère, la personnalité de son père. Les sous entendus de Murielle : « Tu ressembles à ton père de plus en plus » avaient été vécu par Anthony comme des injonctions au suicide. Peu à peu, il a pu élaborer la dimension d'emprise de l'histoire paternelle sur lui. C'est en l'identifiant plus clairement qu'Anthony peut choisir de se défaire d'agirs identiques.

Pendant l'hospitalisation, une aide médicamenteuse anxiolytique (benzodiazépine) est initialement instituée pour apaiser des manifestations somatiques (maux de ventre) qu'Anthony présente lors d'épisode d'anxiété. Ces angoisses vont de moins en moins

s'exprimer par le corps et peu à peu être verbalisables. Le traitement est diminué progressivement jusqu'à l'arrêt. Par ailleurs, aucun symptôme dépressif ou d'idée suicidaire n'a été retrouvé dans le service.

Anthony expérimente l'extérieur du service plus fréquemment. Des recrudescences d'angoisse de séparation sont alors repérées. Après un mois d'hospitalisation, Anthony a bénéficié d'un passage transitionnel en hôpital de jour pendant 3 semaines pour l'aider à maîtriser ses angoisses.

Depuis sa sortie, Anthony a « repris pieds »: il a changé d'appartement et a continué les cours. Il a montré un léger moment d'effondrement dépressif (de deux semaines) lorsqu'il a surpris Murielle avec son nouveau petit copain. Cependant, Anthony a réussi à s'appuyer sur son entourage (amis, famille) pour rebondir. Il est revu de façon espacée en consultation.

.8 Réflexions

Le cas d'Anthony est très intéressant car il pose des questions fondamentales.

Au niveau diagnostique :

On ne retient pas de diagnostic particulier, il n'y a pas les critères d'un état dépressif majeur, le geste suicidaire semble réactionnel. Le corps est le lieu d'expression privilégié des affects d'Anthony : manifestations somatiques de l'angoisse, attaque du corps...Ce comportement peut refléter une difficulté à intérioriser les affects dépressifs en lien avec la perte d'objet (ici perte de relation amoureuse avec Murielle).

Des failles narcissiques et une fragilité de la sécurité interne sont repérées dès l'enfance d'Anthony par des angoisses de séparation et d'abandon. Il semble avoir installé une relation de type anaclitique avec son amie, proche de la dépendance affective. (On peut faire l'hypothèse que ce mode de relation devait être celui qu'entretenait son père avec l'alcool et avec sa femme.)

Cette tentative de suicide intervient peut-être comme une panne des processus du développement de l'adolescence. Elle semble signer une impasse dans une problématique de

dépendance à l'entourage jusqu'alors peu élaborable. Les soins semblent permettre la relance de ces processus. Cet agir vient, de plus, interroger le suicide paternel et l'histoire paternelle et familiale, entre revendication d'autonomie et nécessité du lien familial.

A propos du secret de famille :

La première interrogation concerne la définition du secret de famille. Peut-on parler ici de secret de famille, de non dit ou de secret de polichinelle ?

En effet, la mère et les sœurs ont-elles eu la volonté intentionnelle de cacher l'histoire du père et du couple à Anthony ? Dans la discussion au sein même de l'équipe hospitalière, les avis divergent à ce propos, nous essaierons de clarifier cela lors de cet exposé.

Anthony présentait probablement ce qu'il a appris lors de l'entretien. Est-ce du déni de sa part, se l'est-il caché à lui-même car c'était trop douloureux ?

Il semble que le fonctionnement repéré soit similaire à celui du secret de famille, on peut s'interroger sur le lien entre le secret de famille et les symptômes présentés.

Dans cette répétition, comment s'opère la transmission agie ? La question de la transmission transgénérationnelle est soulevée.

Ici c'est le patient qui finalement travaille sur le secret puisqu'il en connaît en partie l'existence. En quoi ce travail semble l'avoir aidé ? Quelles approches peut-on avoir en tant que thérapeute autour du secret de famille ?

.II Mélanie 14 ans, hospitalisée 10 jours en pédiatrie en 2007, « le secret omniprésent »

Mélanie est rencontrée lorsqu'elle est hospitalisée dans le service de pédiatrie à la suite d'un épisode d'agitation chez son père. Beaucoup d'éléments restent en suspens puisque la prise en charge a été interrompue, mais cette situation est intéressante pour notre réflexion. Il semble important de préciser que dans l'unité, les patients ont un suivi réalisé par les pédiatres et dans ce cas, un suivi pédopsychiatrique par l'interne de pédopsychiatrie de liaison et un pédopsychiatre référent.

Mélanie n'est pas connue du service. SOS médecin est intervenu au domicile de Mélanie ce qui signe l'importance de la crise familiale. La jeune fille est adressée aux urgences pédiatriques pour une hospitalisation.

Mélanie est grande pour son âge, un peu forte et gauche, elle a un visage marqué par l'acné. Elle parle facilement d'un ton enfantin. Elle explique calmement avoir eu des propos agressifs envers son père et avoir frappé son frère cadet, Jérôme âgé de 9 ans. Elle a des difficultés à expliquer son comportement. Mélanie évoque un mal être depuis quelques mois voire plusieurs années, associé récemment à des idées suicidaires fluctuantes.

.1 L'histoire de Mélanie :

Elle est l'aînée d'une fratrie de deux. Ses parents se sont séparés puis ont divorcé lorsqu'elle avait 9 ans. Mélanie et son frère vivent actuellement chez leur père et n'ont quasiment plus de contact avec leur mère. Initialement, ils étaient gardés par leurs parents de façon alternée. La garde a été attribuée au père, suite à un séjour chez la mère l'été suivant la séparation parentale. Mélanie aurait visionné des films pornographiques avec son grand père maternel lors de ce séjour. La mère présente, aurait manqué de protection. Il n'y aurait pas eu d'autre maltraitance.

Le juge avait alors décidé la mise en place d'une AEMO (aide éducative en milieu ouvert) pour les enfants, AEMO qui s'est achevée quelques mois avant l'arrivée de Mélanie dans le

service. Il n'existe pas d'interdiction de contact des enfants avec leur mère (qui conserve l'autorité parentale) mais Mélanie ne souhaite plus « en entendre parler ». Son père travaille dans la mise en rayon d'un supermarché et est aidé par ses parents pour s'occuper de Mélanie et son frère.

Au niveau scolaire, Mélanie a redoublé le CM1, ce qui correspond à la période de séparation parentale et actuellement ses notes baissent. Elle est en quatrième et souhaite être puéricultrice. Par ailleurs, elle est isolée amicalement : elle a le sentiment d'être utilisée par ses copines « comme un bouche trou » et n'a pas de petit copain.

.2 Les symptômes présentés

Mélanie présente des impulsions qui s'expriment par le corps. Ses difficultés à les différer, marquent des difficultés importantes d'intériorisation. On note un fonctionnement ancien de décharge pulsionnelle dans l'agir :

Elle fugue depuis quelques mois pendant quelques heures, suite à une contrariété ou un conflit. Souvent, lorsque son père a une marque d'affection vis-à-vis de Jérôme ; elle a le sentiment d'être moins aimée que son frère, et part de façon impulsive. Il arrive fréquemment qu'elle aille se réfugier chez ses grands parents paternels. Elle parle de douleur morale mais critique peu les fugues.

Depuis deux ans, elle se scarifie les bras avec des ciseaux ou un compas quand elle « s'ennuie, se sent mal ». Ce moyen d'externaliser l'angoisse, l'apaise ponctuellement. Elle ne peut pas en dire grand-chose. C'est « son secret », dit-elle, à priori pour exprimer qu'elle se scarifie uniquement seule dans une sorte d'intimité.

Elle décrit aussi des moments d'hyperphagies massives quand elle s'ennuie. Elle se sent vide et a besoin de se remplir. Ceci correspond au binge eating disorder avec une prise alimentaire très importante et rapide sans méthodes compensatoires pour perdre du poids. Ces conduites s'apparentent à des agirs incorporatifs répétitifs.

Et récemment, elle est devenue de plus en plus agressive envers son père et son frère. Elle dit ne pas contrôler ses actes. Elle décrit l'impression de ne pas « être elle-même », de ne pas être maître de son destin. Quand elle a un sentiment de vide très angoissant, à ce moment elle est poussée à « faire des choses bizarres, incompréhensibles » qu'elle ne souhaitait pas faire.

.3 L'évolution dans le service :

Lors de l'hospitalisation, les idées suicidaires s'apaisent rapidement, il n'existe pas de syndrome dépressif sous jacent. L'hospitalisation, en elle-même, dans sa fonction contenante et protectrice, semble améliorer les symptômes de Mélanie. Elle présente une hyper adaptation au service. Un traitement par atarax à but anxiolytique est donné à son arrivée et arrêté le surlendemain. Il semble important d'établir avec Mélanie une relation stable, résistante aux attaques et d'aider cette jeune fille à se protéger d'avantage.

L'hospitalisation de Mélanie semble s'être déroulée en trois temps : le premier temps la mise en acte, puis le second temps semble avoir permis un mouvement dépressif plus authentique et une perlaboration ; enfin le troisième temps est marqué par les angoisses liées à la séparation, la peur d'abandon.

a) Dans un premier temps :

Dans les entretiens, elle présente des sentiments très ambivalents vis-à-vis de son père comme beaucoup d'adolescentes : elle a des velléités agressives envers lui et en même temps, se montre en quête de son attention.

La rivalité vis-à-vis de l'affection du père est majeure dans la fratrie. Mélanie est très en colère vis-à-vis de son frère, exprime clairement de la jalousie « c'est le préféré ». Elle a un fonctionnement très projectif : se sent presque persécutée par moment par son frère et ses copines. Elle a le sentiment que son frère, ses copines « se moquent d'elle »

Elle présente des failles narcissiques importantes avec une faible capacité à faire face aux angoisses. Lors de l'hospitalisation, Mélanie est dans une croyance un peu magique pour se

libérer de son mal être : «elle veut dire ce qu'elle pense » à l'hôpital, comme si elle devait faire une révélation pour aller mieux et attirer l'attention ainsi.

Mélanie se présente par moment très immature, collante avec les autres adolescents. Elle paraît un peu en décalage de maturité par rapport aux autres adolescents du service. Elle est dans une forte demande affective.

Par ailleurs, elle présente des céphalées de tension, somatisations en lien probable avec ses difficultés de représentations.

En entretien, Mélanie fait parfois preuve d'une familiarité un peu déplacée. On remarque, par moment, une attitude de séduction adressée aux hommes adultes du service, elle tient un discours flou, sexualisé.

Un soir, Mélanie est surprise par les infirmières dans la salle d'activité du service à chanter au milieu des autres adolescents. Les paroles évoquent de façon floue une agression sexuelle qu'elle aurait subie par un inconnu. Cette mise en scène au piano paraît source d'excitation pour Mélanie.

Revue en entretien, ceci semble correspondre plus à l'expression d'une excitation de l'activité fantasmatique autour des origines et de la sexualité. Cette « agression sexuelle » n'est pas associée dans le discours à des émotions intenses mais ressemble plus à un onirisme qu'à une réelle agression.

Parallèlement à cela, Mélanie nous donne en entretien, des écrits qu'elle avait rédigés chez elle. Ce sont en réalité, des listes d'insultes concernant sa mère avec des fautes de grammaire et d'orthographe assez importantes. Une des insultes écrite à propos de sa mère revient dans le texte : « elle est sexelle ». Elle décrit sur ces pages, le fameux été passé chez sa mère. Les écrits sont confus, mais relatent qu'elle a vu des films pornographiques avec son grand-père et que sa mère s'enfermait dans la chambre avec un homme. Ces équivalents incestueux semblent montrer que le climat incestuel est bien présent dans cette famille.

Le père de Mélanie présente des difficultés à se rendre disponible pendant l'hospitalisation. Une rencontre est organisée : Mr est accompagné de sa mère. Il est alors reçu seul par le pédopsychiatre référent de Mélanie.

Pendant l'entretien, il se montre dépassé, impuissant vis-à-vis de la situation de crise familiale. Il est persuadé qu'« il s'est passé quelque chose l'été suivant la séparation ».

Mr fait part « d'un secret qu'il souhaite transmettre » pour que le pédopsychiatre comprenne ses inquiétudes. Il révèle alors brutalement, l'inceste du grand père maternel sur la mère de Mélanie. Aucune plainte n'avait été posée, ceci aurait eu lieu, avant qu'il ne rencontre son ex femme, lorsqu'elle était adolescente. Les enfants ignorent bien-sûr l'inceste.

C'est ainsi qu'il justifie son attitude très intrusive vis-à-vis de Mélanie. Il l'interroge régulièrement sur un éventuel traumatisme sexuel lors des vacances d'été suivant la séparation. A la fin de l'entretien, Mr demande au médecin pédopsychiatre de garder cela caché à Mélanie.

On peut alors percevoir cette révélation comme le signe éventuel d'une coalition du père avec le thérapeute qui l'a reçu. Nous sommes satisfaits de mieux comprendre la problématique de Mélanie mais nous avons aussi le sentiment d'être un peu piégés par cet interdit associé.

Peut-on voir dans les attitudes de séduction désadaptée et la violence exprimée par Mélanie, comme une sorte de mise en acte du secret familial ? L'attitude de Mélanie ne révèle t-elle pas l'« horrible » secret que Mr voulait cacher ? Par ailleurs, le fort sentiment de Mélanie, d'être trompée dans la relation, d'« être la bonne poire » au collège, n'est-il pas à relier à ce qui est omniprésent dans la tête du père mais qui lui est caché ?

b) 2^{ème} temps de l'hospitalisation :

Mélanie lâche un peu le « faux self » dont elle faisait preuve. Elle peut un peu plus être en contact avec ses affects et mettre des mots sur sa souffrance. Elle a le sentiment d'être « souillée » parfois dit ne pas savoir « qui elle est ». Elle a le sentiment d'être jugée par son père contrairement à ce qu'il ressent à l'hôpital. Pour Mélanie, seuls ses grands parents paternels sont des personnes de confiance.

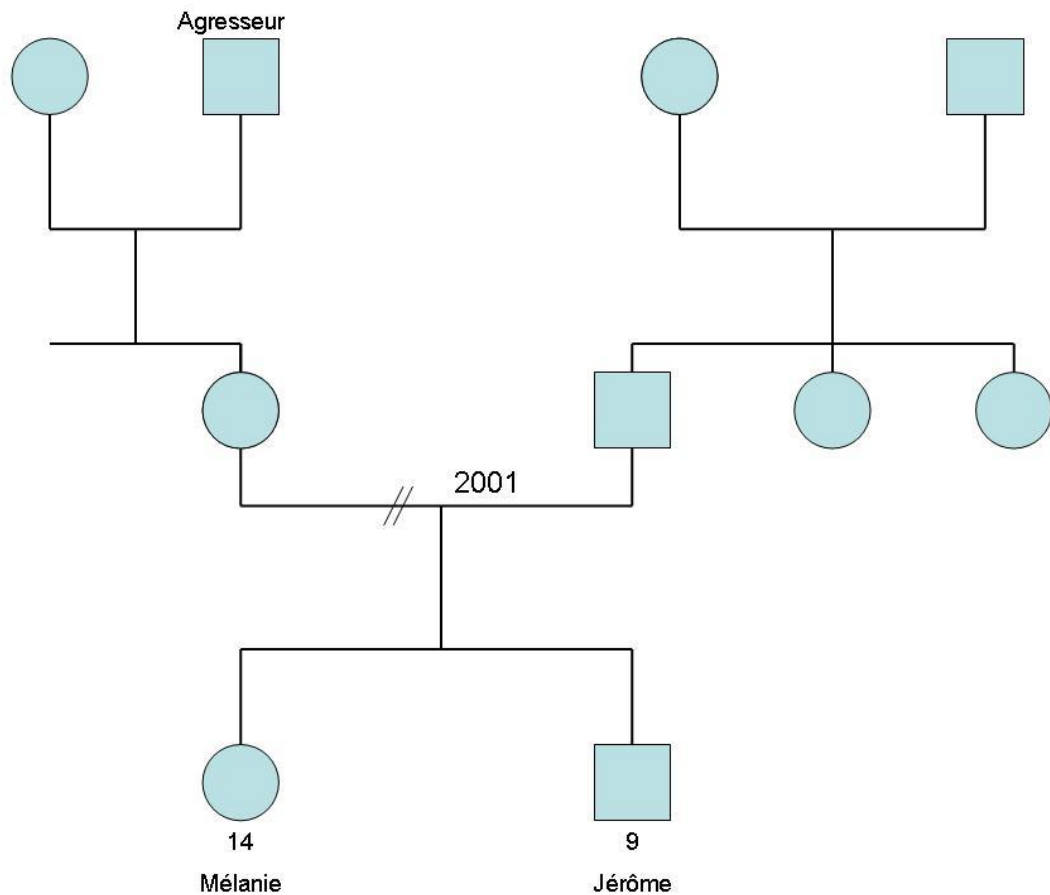
D'ailleurs, la grand-mère de Mélanie accompagne souvent son fils dans le service. Ce père est décrit par les infirmières comme oscillant entre une position proche même très affectueuse avec sa fille et le rejet.

Avec Mélanie, nous tentons la construction d'un génogramme. Son dessin est brouillon, elle a des difficultés à se repérer dans l'architecture familiale. Elle a une vision clivée de la famille : la partie maternelle correspond « aux mauvais » et la partie paternelle « aux bons ». Du côté maternel, elle représente uniquement sa mère et ses grands parents qu'elle n'a pas vus depuis 5 ans.

Du côté paternel, son père est fâché avec une de ses sœurs. Mélanie ne connaît pas les raisons de ce conflit mais cela l'intrigue : « C'est un secret ». Elle pressent un secret et s'interroge sur ce que sa tante cache.



Génogramme réalisé par Mélanie (les prénoms d'origine ont été effacés)



Génogramme de Mélanie, 14 ans en 2007

Suite à l'entretien avec son père, les tensions intrafamiliales semblent retombées, une permission est proposée. Notre surprise a été grande lorsque Mélanie nous raconte les deux jours passés uniquement chez ses grands parents...Son père est fuyant, il ne comprend pas notre étonnement. Il voulait « bien faire pour que ça se passe au mieux et protéger le petit frère ». Il n'a quasiment pas vu sa fille de la permission. Les difficultés de relation familiales semblent bien ancrées. A-t-il peur que Mélanie devienne comme sa mère et lui comme le grand père ?

c) 3eme temps de l'hospitalisation :

Après une permission cette fois-ci avec son père et son frère, les relations semblent plus apaisées, un retour à la maison est envisagé. Dans ce contexte, une demande d'AEMO est réitérée pour cette famille en difficulté éducative.

Cette fin d'hospitalisation est marquée par les craintes abandonniques de Mélanie :

De nouvelles scarifications légères, marquent des angoisses de séparation difficilement élaborables. Par ailleurs, Mélanie est angoissée par la reprise scolaire. Elle émet des menaces suicidaires « je veux me foutre en l'air », si elle ne sort pas le jour où elle l'a prévu.

Le cadre est maintenu, le maintien du lien se fait par des consultations avant d'envisager un relais. En effet, la continuité de la prise en charge et l'engagement dans la durée ne peuvent être réalisés dans le service de pédiatrie par l'interne de pédopsychiatrie.

.4 Les consultations :

En fait, seule Mélanie est revue par la suite. Malgré des invitations réitérées, son père a eu un empêchement à chaque consultation. Mélanie est venue d'abord accompagnée de sa grand-mère puis seule.

Mélanie se sent mieux dans un premier temps : elle dit avoir eu plus d'attention de son père et avoir repris les cours. Puis rapidement, les difficultés relationnelles sont réapparues : disputes avec son frère, qu'elle justifie par le sentiment d'être moins aimée que lui. Elle décrit un vécu d'isolement au collège avec l'impression que les autres « abusent d'elle ». Son humeur est fluctuante.

La grand-mère est très protectrice envers Mélanie et son père, elle justifie l'absence de Mr en consultation. Lors des consultations, la stabilité du lien est sans cesse testée par Mélanie. L'engagement dans la durée est un élément qui semble particulièrement important pour elle.

D'emblée, la limite de mon stage et de la prise en charge du service avait été abordée en consultation. Cependant, la question de la séparation avec les soignants se rejoue inévitablement en consultation. Mélanie est orientée vers le centre médico-psychologique de son secteur.

La dernière consultation :

Depuis la consultation précédente, Mélanie est retournée plusieurs jours chez ses grands parents car son père « l'y a envoyé pour éviter que ça dégénère ». Elle a un fort sentiment de

rejet. La séparation actuelle avec le service semble réactiver des angoisses d'abandon. Mélanie demande si elle peut revenir aux urgences pédiatriques si besoin. L'accueil reste possible dans ce lieu ressource pour elle.

.5 La suite de la prise en charge de Mélanie

Ces données ont été rapportées par le service :

Quelques mois plus tard, Mélanie est ré-hospitalisée dans un contexte similaire à la première hospitalisation. Devant la dégradation de l'ambiance familiale, une poursuite de la scolarité en internat avait été travaillée, ce que Mélanie avait refusé...

Le suivi éducatif a continué, rapidement Mélanie a cessé son suivi pédopsychiatrique dans le service et au centre médico-psychologique. Quelques mois après, Mélanie est placée...

Le frère de Mélanie, Jérôme, est suivi en centre médico-psychologique en parallèle. Son père a sollicité une consultation pédopsychiatrique pour Jérôme car il le pense perturbé par les troubles de Mélanie. Il est inquiet devant son instabilité psychique et physique et son agressivité. Lorsque Jérôme est rencontré les troubles ne semblent pas réactionnels. Il présente un retard psychoaffectif important, une forte inhibition intellectuelle, une confusion très nette des générations...

.6 Réflexions

Au niveau diagnostique :

L'intrication de carences maternelles, de protection, de fonctionnements incestueux et incestuels dans cette famille, rend la problématique de Mélanie et Jérôme complexe.

Les troubles des conduites (fugues, binge eating, scarifications et agressivité physique) semblent en partie, soulager Mélanie et par ailleurs, avoir la fonction d'anti-épreuve en mettant à distance les ressentis ingérables.

A l'adolescence, au moment de séparation individuation, les fragilités narcissiques anciennes de Mélanie semblent s'exprimer par ces conduites. Elle est en difficulté pour utiliser ses ressources internes. Ces agirs pourraient constituer des tentatives de solution comportementales à des sortes d' « affects dépressifs archaïques ».

Pour Mélanie, on peut s'interroger au niveau diagnostique sur une dysharmonie, avec des éléments de fragilités narcissiques et des agirs orientant vers une évolution possible vers « personnalité limite » à l'âge adulte...

Pour Jérôme, les troubles présentés orientent à priori vers une dysharmonie infantile (retard psychoaffectif, intellectuel, architecture de la parentalité non repéré à son âge).

Concernant le secret de famille :

Les interrogations sont multiples :

Quel est le lien entre traumatisme et secret de famille ?

Y avait-il un lien entre les symptômes des deux enfants et le secret de famille ?

Quelle est l'organisation autour du secret de famille ? Les secrets de familles sont-ils plus nombreux dans les familles à fonctionnement incestuel ?

Comment le thérapeute peut-il se positionner lorsqu'il apprend d'un tiers un secret de famille ?

Qu'est ce qui était si dangereux pour le père ?

Y aurait il eu un intérêt pour Mélanie et son frère de travailler autour du secret si cela avait été possible ? Un accompagnement vers la « révélation » aurait-il été bénéfique ?

Peut-il y avoir des risques lors d'une « révélation » non préparée ?

.III Gonzague x de y, 23 ans, hospitalisé 2 mois en psychiatrie adulte en 2006 « il errait dans la ville qui porte son nom »

Gonzague est rencontré lors d'une garde dans les premiers temps de son hospitalisation : il avait alors frappé un autre patient et souhaitait « récupérer ses cartes de crédit pour payer ses dettes ». Cette observation a pu être réalisée grâce à des échanges avec son psychiatre référent et aux notes prises dans le dossier. Il persiste cependant des éléments manquants à l'observation qui date de trois ans.

.1 Le contexte d'admission

Gonzague est admis en hospitalisation d'office suite à des vols de bateaux et squat de maisons abandonnées. Gonzague était, en effet, surveillé depuis 2 semaines par les gendarmes. Errant dans un village du même nom que son nom de famille, il a été interpellé ; il s'est montré alors violent envers les gendarmes.

Dans ce contexte, Gonzague a été examiné par SOS médecin. Malgré une sédation importante administrée (3 ampoules de tiapridal 100 mg, puis 3 ampoules de tercian et 1 ampoule de rivotril en intramusculaire), il reste très agité et agressif. Une hospitalisation d'office est décidée.

A son arrivée à l'hôpital psychiatrique, il a un discours incohérent. Son attitude oscille entre de la crainte et de la prestance. Gonzague ne comprend pas ce qui lui arrive. Le dialogue s'avère difficile.

Les jours suivants, Gonzague est réticent lors des entretiens. Il est diffluent, le cours de sa pensée est difficile à suivre. Il parle français avec un petit accent étranger. Gonzague présente un syndrome dissociatif avec des propos discordants, une diffluence, une froideur affective, des attitudes très énigmatiques. Il n'existe pas, par ailleurs d'éléments délirants francs. Il prétend avoir la double nationalité : Française et Hollandaise et vivre en France en tant que « Sans Domicile Fixe » depuis 3 semaines.

Gonzague se sent incompris par les gendarmes et les soignants. Pour lui : « c'est une sanction bien lourde pour quelque chose qui n'est pas grave ». Lors des entretiens, il répond à côté des questions, bien souvent et avec un temps de latence. Il se place dans une position d'impunité, de toute puissance par rapport à la loi et revendique ses droits fréquemment. Gonzague n'explique pas ses actes, sa logique paraît altérée par moment. Il semble détaché de la réalité.

Son père, contacté par téléphone, confirme les éléments rapportés par Gonzague.

.2 L'histoire de Gonzague

Il est le second d'une fratrie de trois, ses parents vivent en Hollande depuis plusieurs années. Sa mère est Hollandaise. Son père est originaire de la région Nantaise. La famille paternelle est aristocratique : les ancêtres de Gonzague vivaient dans le village portant le nom de la famille, là où Gonzague a été retrouvé errant. D'ailleurs les grands parents de Gonzague sont enterrés dans ce village : le grand-père en 1998 et la grand-mère en 2001. Ce jeune homme a récemment interrompu ses études de journalisme, il vit habituellement dans une résidence étudiante en Hollande.

Dans ses antécédents :

On note une consommation épisodique de cannabis depuis l'âge de 16 ans, des fugues vers 17 ans, 2 hospitalisations courtes en Hollande pour probables bouffées délirantes aiguës ou psychose cannabique (le père décrit lors de ces épisodes des propos bizarres et idées noires chez Gonzague).

La première hospitalisation, à l'âge de 18 ans, succède au décès de sa grand-mère paternelle. Par la suite, Gonzague a réussi à obtenir l'équivalent du bac en Hollande et avait débuté une école de journalisme. Depuis quelques années, Gonzague et son père ont des rapports très distants.

La seconde hospitalisation récente, quelques mois avant son arrivée en France, correspond à la période d'annonce de séparation des parents de Gonzague.

Entre ces deux crises, il a repris le cours habituel de sa vie selon le père. Aucun suivi psychiatrique n'a perduré en dehors des hospitalisations.

Son frère aîné de 26 ans est décrit comme déprimé. Son frère cadet semble bien se porter, il vit encore chez ses parents.

.3 Le premier temps de l'hospitalisation :

Dans le service, Gonzague est d'abord peu accessible, il conteste la mesure d'hospitalisation d'office et n'a aucune conscience de sa discordance. Un transfert en milieu spécialisé en Hollande est interrogé par l'équipe soignante, pour que Gonzague soit entouré de sa famille. Le père, contacté par téléphone préfère qu'il ait des soins en France. Les parents peuvent, en effet, se rendre disponibles pour des rencontres. Ni Gonzague, ni son père ne gardent de bons souvenirs de ses hospitalisations en Hollande.

Malgré l'introduction d'un traitement antipsychotique et d'un traitement sédatif (zyprexa 10 mg et tercian 100 mg si tension majeure), les symptômes psychotiques de Gonzague persistent. Il reste peu coopérant, ses attitudes de prestance écourtent les entretiens, l'alliance est très précaire. Il semble indispensable de travailler avec la famille pour débloquer cette situation.

.4 La première rencontre des parents venus de Hollande

Les parents se montrent soutenant sans disqualification mutuelle face à la situation. Gonzague se met un peu en retrait lors de l'entretien. Leur relation conjugale est pourtant complexe depuis une dizaine d'années: actuellement ils souhaitent se séparer. La séparation effective est prévue deux semaines après l'entretien. Mme compte quitter le domicile conjugal et investir une maison qu'elle a achetée.

Le couple a visiblement de l'argent. Ils aident financièrement leur fils, paient la chambre étudiante de Gonzague. Actuellement, Jacques, le père de Gonzague, se sépare aussi de son entreprise pour se lancer dans un autre projet financier. Mme est journaliste et semble plus stable professionnellement.

Le père a une consommation fluctuante d'alcool et de cannabis depuis des années qu'il assume. Cette consommation semble rentrer dans les critères d'abus pour l'alcool et le cannabis, sans avoir atteint le seuil de dépendance.

Pendant l'entretien, le psychiatre reprend l'histoire de la famille avec l'aide d'un génogramme. Gonzague apprend alors de son père des éléments de l'histoire familiale : Il y a quelques années, Jacques a compris, que celui qu'il considérait comme son frère aîné, Paul, est en fait son demi-frère.

En effet, le grand père paternel de Gonzague avait eu une première union avec une femme fortunée. La mère de Paul était décédée dans un accident d'ascenseur, quelques mois après sa naissance. Quatre ans plus tard, le grand père se remariait avec la grand-mère de Gonzague. Ils eurent quatre enfants dont Jacques, le plus jeune. L'argent de l'héritage de la mère de Paul avait servi au couple à élever les enfants et combler de nombreuses dettes familiales. Paul était traité comme le reste de la fratrie, il lui avait été révélé l'histoire de sa mère lors de son enfance et n'avait alors pas posé de questions.

Le secret avait été gardé par les grands parents et Paul jusqu'au jour où Paul a demandé son bien. Il a exigé sa part lors de son second mariage, criant alors « haut et fort » qu'il avait été spolié. Le secret a donc été dévoilé à la fratrie. Les grands parents ont mis fin à toute relation avec Paul qui a alors été mis à distance du reste de la famille.

Jacques est encore perturbé par cette révélation datant d'une dizaine d'années. Depuis le décès de la grand-mère en 2001, la famille est en conflit pour le partage de l'héritage. Paul réclame plus d'héritage que les autres de la fratrie...

Les parents de Gonzague ont voulu protéger Gonzague de ces histoires familiales compliquées et n'ont pas tenu à ce qu'il soit informé jusqu'à présent. Pendant l'entretien, Jacques a pris la parole principalement, Gonzague est resté en retrait mais semble avoir écouté avec intérêt les propos de son père.

.5 Second temps de l'hospitalisation :

Dans le service, Gonzague a des attitudes fluctuantes : il peut se montrer épisodiquement hermétique. Il a un vécu interprétatif. L'alliance reste fragile. Par moment, Il refuse le traitement antipsychotique et sédatif prescrit depuis le début de son hospitalisation. Il se montre agressif envers les autres patients. Cependant, en entretien, il amorce une critique des événements récents, et semble plus en contact avec la réalité depuis l'entrevue familiale.

.6 La seconde rencontre avec les parents et le frère cadet de Gonzague

Pendant cet entretien, la problématique des dettes est abordée. Il est question des dettes de Gonzague envers l'état Français et certaines banques de Hollande. Cela n'est pas sans rappeler le passé des dettes des grands parents de Gonzague. Les parents s'interrogent sur le bienfait du comblement des dettes de leur fils. Est-ce l'aider véritablement, est-il responsable de ses dépenses ?

Par ailleurs, Jacques évoque un voyage qu'il a réalisé au même âge que Gonzague : Il avait erré dans Paris pendant des jours. A cette époque, il était fâché avec son père et « se cherchait » selon lui. Jacques était alors sans argent, sans travail...C'est lors de cette errance qu'il avait rencontré sa femme actuelle. Celle-ci l'avait aidé à sortir de cet état.

L'entretien familial se recentre sur le sens des symptômes de Gonzague. Son frère est perplexe quant à ces errances ; une phrase de Gonzague le hante « je veux errer dans la commune où sont enterrés mes grands parents dans un tombeau « ad eternam »...

Cette phrase énigmatique semble confirmer la recherche de Gonzague d'entrer en lien avec l'histoire familiale, avec ses ascendants. Vu l'alliance et l'amorce d'un travail familial, la levée d'HO est demandée.

Les dettes de Gonzague semblent interpeller la relation père-fils. Tout se passe comme si l'absence d'élaboration symbolique de la dette de filiation s'exprimait par la dette financière réelle. Dans la famille paternelle aristocratique, la problématique des dettes financières se répètent. De plus, des conflits familiaux anciens non résolus avec un secret sur la filiation de

Paul apparaissent. Probablement que d'autres secrets ou non dits existent dans l'histoire familiale.

Au terme de cet entretien, Jacques semble vouloir continuer ce travail d'élaboration de l'histoire familiale. Il souhaite transmettre ses connaissances à son fils. Le mode relationnel de Gonzague et son père va alors passer de l'opposition et la rivalité, à la coopération : Jacques a pris des photographies de lieux importants du village de ses ancêtres, pour les montrer à son fils et lui apporter des éléments de l'histoire familiale.

La famille est orientée par le service vers une thérapie « constellation de famille » suivant Bert Hellinger en Hollande pour continuer ce qui a été entrepris lors des consultations.

Dans l'unité, les éléments de déni, d'agressivité de Gonzague disparaissent et la discordance régresse. Gonzague va passer de la position de toute puissance à une position de dialogue avec l'autre. Il accepte les règles du service, et se montre aimable tout en situant habilement ses droits régulièrement.

Gonzague paraît peu à peu prendre pied dans son histoire transgénérationnelle et critiquer son errance. Il a permis à son père de reprendre des éléments inachevés de sa propre histoire, de ses liens, ses ascendants.

Il souhaite rester dans la région Nantaise, il est accompagné dans la recherche d'appartement par une association. Par ailleurs, les dettes accumulées doivent être, en partie, remboursées par Gonzague, il est aidé par l'assistante sociale du service. Il semble adapté et réaliste dans son désir de travail et de projet de vie dans la région, sans rupture avec la lignée maternelle.

A sa sortie, il a pour traitement du zyprexa 10 mg et du tercian sur la journée 3 fois 25 mg. Des consultations régulières sont prévues avec son psychiatre au centre médico-psychologique.

.7 Après sa sortie du service:

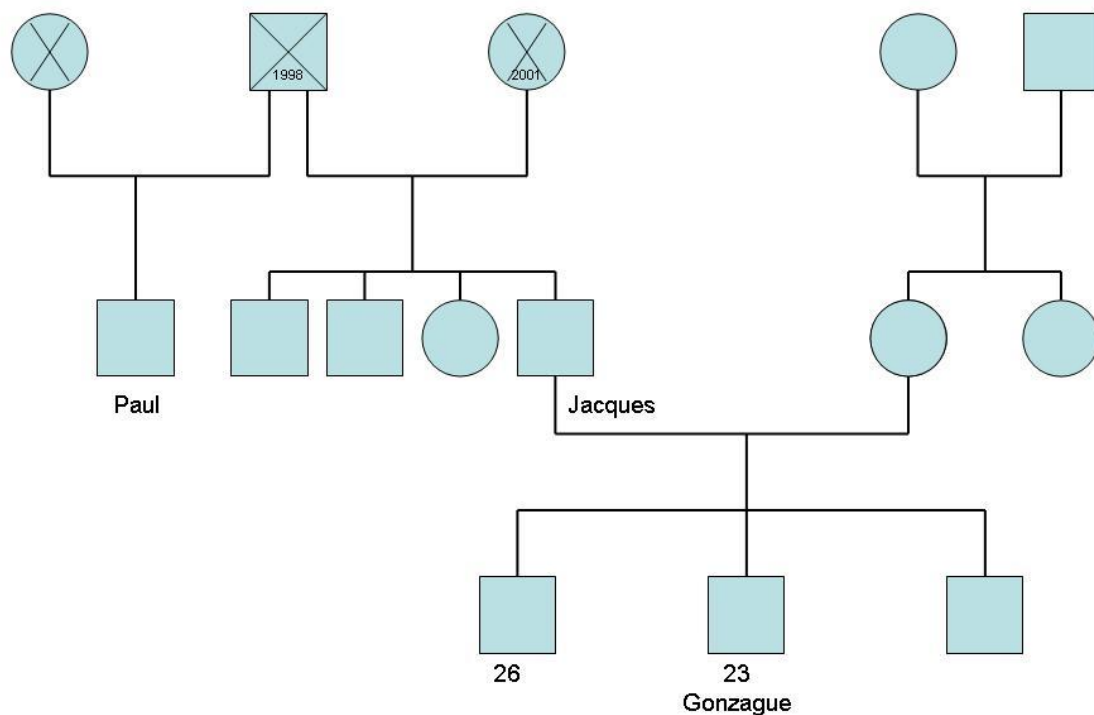
Rapidement, Gonzague a une évolution favorable et le traitement est simplifié en quelques mois à 5 mg de zyprexa . Gonzague souhaite maintenir, quelque temps, le traitement.

Gonzague reconnaît peu à peu ses dettes et a l'idée de les honorer un jour. Il est employé dans la restauration pendant quelques mois puis envisage de reprendre ses études.

Toute la famille est en changement, les parents se séparent puis divorcent mais gardent de bons contacts. Les parents sont rencontrés à plusieurs reprises lors des consultations prévues pour Gonzague. Ils ont par ailleurs débuté une thérapie à l'institut Bert Hellinger.

Avec trois ans de recul, Gonzague vit toujours à Nantes, a repris des études. Il n'a plus de traitement. Le suivi a été interrompu avec le départ en retraite de sa psychiatre.

Un contact récent téléphonique a confirmé, la bonne santé de Gonzague. Son père, Jacques, semble vivre, par contre, une période plus difficile avec abus de cannabis et alcool.



Génogramme de Gonzague, 23 ans en 2006

.8 Réflexions :

Au niveau clinique :

Le premier diagnostic qui apparaît est une entrée probable dans la schizophrénie, en effet, il existe deux antécédents de bouffée délirante aiguë. Cependant, l'évolution des troubles de Gonzague avec une amélioration symptomatique rapide qui se maintient sans traitement, réinterroge le diagnostic. Cet accès psychotique semble aigu et donc plus relever de la bouffée délirante aiguë.

Le sens des symptômes dans le contexte familial est à prendre en compte. Au niveau systémique, Gonzague peut être considéré comme le porteur de symptômes reflétant un dysfonctionnement familial. D'ailleurs, le père rechute lorsque son fils va mieux par la suite.

Au sujet des secrets de famille :

De quel type est le lien symptômes-secrets de famille dans cette situation et en général ?

Gonzague ne vient-il pas réinterroger l'histoire familiale et amener son père à l'élaborer ?

Quelle est la fonction du secret dans cette famille, quelle peut être la fonction du secret dans les familles de façon plus globale ?

Comment le thérapeute peut-il faire quand il pressent le secret ou le non dit familial ?

.IV Alice, 17 ans, en consultation aux urgences médico psychologique (UMP) en 2009; « fait-elle partie de la ligue anti tabac ? »

L'observation est chronologique pour tenter de suivre au mieux le déroulement des deux consultations réalisées aux urgences et voir se dessiner progressivement la problématique d'Alice.

Alice est vue aux urgences un matin : elle y a passé la nuit : la veille à 20 h, elle a pris 25 comprimés d'« atarax » chez ses parents. C'est son frère de 14 ans qui s'est aperçu de son état de vigilance amoindri et a alerté les parents. Ils ont alors appelé les secours. Après la nécessaire surveillance somatique de la nuit aux urgences, l'avis psychiatrique est demandé.

.1 Alice en entretien seule :

Alice est une jolie jeune fille, avec des joues rondes et un léger surpoids. Elle porte un plâtre au poignet droit. Elle fait une petite moue boudeuse ; elle se sent encore fatiguée par les médicaments.

a) Le premier temps de l'entretien centré sur les circonstances de la prise de médicament

Pour décrire le contexte immédiat de l'intoxication médicamenteuse volontaire, elle explique : Hier, elle a appris de son copain, âgé de 16 ans, qu'il fume du tabac depuis 5 mois...

Elle poursuit : elle s'est sentie trahie : « il lui a menti », il lui avait dit qu'il avait arrêté de fumer. Ressentant de la colère et de la tristesse, elle est allée dans la salle de bain (le reste de la famille était devant la télévision) et a avalé les médicaments prescrits pour ses troubles du sommeil, dans l'idée de mourir.

D'emblée le contraste entre cet événement paraissant anodin et son geste grave est frappant.

Pour éviter toute banalisation de ce geste, des explications médicales sur le risque de coma et de mort par la prise de médicaments lui sont données.

A ce moment, la première impression est d'avoir en face de soi une jeune fille immature au niveau émotionnel, dans le passage à l'acte à la moindre contrariété. Puis rapidement, cette impression s'estompe. Son attitude mêle tristesse et colère, les larmes contenues signent une souffrance authentique face à un événement vécu réellement comme une « trahison » : « Ce n'est pas seulement lui qui me l'a caché mais toute sa famille aussi ».

Nous nous interrogeons ensemble devant l'importance de cette souffrance pour un événement comme celui-ci. Peu à peu au fil de l'entretien, s'installe l'impression que d'autres éléments plus importants doivent être en arrière plan.

D'emblée je m'interroge : y a-t-il une utilité pour Alice d'approfondir les hypothèses que nous avons dans le cadre de l'urgence ? L'objectif premier de cet entretien, est l'investissement d'Alice dans un projet de soin, ainsi l'alliance est prioritaire.

Au fur et à mesure de l'entretien, Alice aborde ses réelles difficultés :

Depuis quelques semaines, elle a par moment, envie de mourir. Cependant, elle n'a pas prémédité son acte avant l'appel téléphonique de son copain. Elle ne critique pas réellement son geste : « ça serait à refaire, je le referais ». Deux mois avant, elle avait été vue aux UMP suite à la prise de 4 comprimés d'atarax chez elle. Des coordonnées de psychologues lui avait été données, elle est allée à une seule consultation : « je n'arrivais pas à parler lors de l'entretien » ...dit-elle. Il existe bien une escalade actuelle dans l'agir signée par cette prise de médicaments plus importante.

Ce mensonge fait écho à des secrets dans la famille...

b) L'histoire d'Alice

Alice est élève en terminale scientifique, elle a une relation amoureuse depuis 10 mois. Cette relation semble être importante pour elle, par ailleurs elle a de bons amis. Alice vit chez ses parents avec son petit frère, âgé de 14 ans. Son père travaille de nuit comme ouvrier et est pompier volontaire, sa mère fait des ménages.

C'est seulement depuis deux ans qu'elle va mal. A cette époque, sa mère lui a caché la maladie de sa grand-mère maternelle. Alice poursuit :

« Ma grand mère est morte le 26 octobre 2007, je ne m'y attendais pas. Ma mère travaillait beaucoup quand j'étais petite, c'est ma grand-mère qui s'occupait de moi. »

Ses yeux sont remplis de larmes, sa tristesse est intense lorsqu'elle évoque la perte de cette « figure maternelle ».

Face à la colère qu'elle semble avoir contre sa mère, nous nous interrogeons : Qu'est ce qui a fait que sa mère lui a caché la maladie de sa grand-mère ?

Alice répond d'emblée pour la défendre, « pour me protéger, elle avait un cancer depuis 6 ans, à l'époque j'avais 10 ans, j'étais jeune » « et puis c'était la volonté de ma grand-mère que les enfants ne sachent pas ». Nous apprenons ainsi qu'elle n'était pas la seule exclue du secret mais que tous les petits enfants de la famille l'étaient. Les porteurs du secret étaient donc les adultes.

Avait-elle pressenti quelque chose ? « A 13 ans, j'ai vu qu'elle était fatiguée par moment mais après ça allait mieux, je ne pensais pas qu'elle était malade à ce point ». « Ca n'est que début octobre, 3 semaines avant sa mort, que j'ai appris qu'elle était malade par ma mère, sans en savoir plus ». Alice s'écroule en larmes : « si j'avais su qu'elle allait mourir, je serais allé la voir le 25 octobre, ce jour là, j'ai refusé d'aller à l'hôpital. »

Le reproche adressé à sa mère semble projectif, Alice porte en fait une grande culpabilité de n'avoir pas dit au revoir à sa grand-mère. Après le décès, Alice dit « ne pas avoir réalisé », elle a repris les cours, n'y pensait pas ; « on en a pas parlé ».

Puis quelques mois plus tard, lors des fêtes de fin d'année 2007, elle a ressenti de la tristesse devant l'absence de sa grand-mère. Elle a commencé à s'intéresser moins à l'école, a arrêté la natation qu'elle faisait en compétition plus de 20 h par semaine... Elle a eu de moins en moins d'envies, des idées tristes par moments; A cette époque, Alice a consulté 3 fois, une psychologue (dont elle ne souvient pas le nom) mais qui a été ressource pour elle. Son état s'est amélioré un peu.

Cependant, lors de la période de Noël 2008, les idées noires sont revenues. Des angoisses de mort ont ressurgi pour elle et ses proches. Alice a eu de plus en plus d'insomnies

d'endormissement. Son médecin généraliste lui a alors prescrit de l'atarax à prendre en cas d'insomnie. Depuis 3 mois, elle prend ce médicament chaque soir.

c) La suite de l'entretien

Ce deuil non élaboré surgit de nouveau: depuis plusieurs mois, Alice est extrêmement irritable, rapidement en colère envers sa famille ou son copain. Elle a des difficultés à se concentrer en cours, est souvent fatiguée ; ses notes baissent. Par ailleurs, des conflits ouverts existent entre Alice et sa mère : Alice lui dit qu'elle aurait préféré savoir, l'accuse d'avoir caché la maladie de sa grand mère...Elle pense que sa mère est tendue et triste lorsqu'elle lui fait des reproches. En dehors de ces moments de disputes, la famille ne parle jamais de cette grand-mère.

Alice a des bonnes capacités de verbalisation et d'analyse, ce qui est exprimé en entretien pour la renarcissiser. En effet, son discours est discrètement imprégné d'autodépréciation et il semble important d'insister sur ses ressources.

Jusqu'à présent le père est absent du discours d'Alice. Ce tiers est introduit dans l'entretien par un questionnement ouvert sur ses relations avec son père. « Mon père il est froid, il exprime peu ses sentiments, je ne parle pas beaucoup avec lui. », répond-elle de façon défensive.

Ecoutant Alice énumérer ses symptômes dépressifs en s'enfonçant de plus en plus dans sa chaise, on peut s'interroger sur la présence de personnes ressources pour elle, actuellement et dans le passé.

Selon ses valeurs, elle exprime l'importance de s'en sortir seule, ce qu'elle a d'ailleurs fait jusqu'à présent. L'idée est proposée que ces tentatives de solutions ne semblent plus fonctionner actuellement. Finalement, elle ferait ce qu'elle reproche à sa mère et sa grand-mère...Alice semble étonnée et intéressée par cette idée. Faire différemment pourrait être une piste...

Nous échangeons sur deux orientations de soins possibles : l'hospitalisation ou le suivi ambulatoire rapproché, en orientant largement vers une hospitalisation à Espace (Unité pour adolescent et jeune adulte en crise). Se saisir de cette crise pour avancer, notamment dans la problématique de la famille est mis en avant. Les modalités d'accueil du service sont expliquées pour désamorcer les inquiétudes habituelles. Alice dispose de la plaquette descriptive du service pour y réfléchir. D'emblée, Alice est réticente à l'hospitalisation mais accepte de prendre le temps d'y penser. De toute façon, c'est après l'entretien avec ses parents que la décision sera prise.

Dans ce moment de fragilité identitaire qu'est l'adolescence, on a l'impression que le monde d'Alice s'est écroulé devant un mensonge qui renvoie à un secret blessant pour Alice. Ce secret semble en partie avoir pu gêner le processus de deuil. La question de la confiance au monde adulte est au premier plan. Ce monde dans lequel elle entre actuellement, lui a caché des éléments qu'elle juge importants et plus récemment, le monde adulte (la famille de son ami) a été complice d'un mensonge.

Le travail de restauration de la communication et de la confiance va être nécessaire pour Alice envers son ami, sa propre famille et celle de son ami.

.2 Alice et sa mère en entretien

Fin de matinée, seule la mère est présente, Mr travaille. Mme est très émue, elle évoque d'emblée son sentiment d'impuissance et l'impression d'avoir été seule face à la situation. On sent une forte culpabilité. Mme a bien vu qu'Alice allait de moins en moins bien. Elle confirme l'échec de ce premier contact avec un psychologue « ça n'est pas passé ». Alice montre un visage plus fermé en présence de sa mère, elle marque une petite attitude d'opposition, comme agacée par l'entretien.

Pour Mme, Alice a changé depuis le décès de sa mère. C'était une mort brutale, visiblement la charge émotionnelle associée est encore importante. Tristesse et colère sont exprimées lorsqu'elle évoque son décès ; elle a le sentiment que c'est une « erreur médicale », qu'on lui a caché des choses ... Pourtant, elle sait que sa mère a succombé d'une hémorragie interne

alors qu'elle avait de nombreuses métastases. Son médecin traitant « a trahi le secret »... *L'impression de revivre l'entretien du matin avec la fille s'installe...*

Mme se remémore de façon traumatique le jour du décès : On lui a « interdit » d'aller voir sa mère... Elle est très culpabilisée et s'écroule : elle aurait voulu rester auprès d'elle. Mme a la conviction que sa mère est décédée en souffrant. On comprend alors que le deuil n'est pas élaboré pour Mme, et que les questions de confiance et de secret envers le milieu médical et au sein de cette famille sont cruciales.

Par la suite, Mme évoque douloureusement neuf décès dans la famille paternelle consécutifs à celui-ci. La plupart sont décédés des suites de maladies (dont une cousine éloignée, un peu plus âgée qu'Alice) ; Alice était moins proche de ces personnes selon sa mère. Ceci éclaire la résurgence des angoisses de mort d'Alice. *On peut s'interroger aussi sur l'état psychique du père mais cela n'est pas évoqué à ce moment de l'entretien.*

Mme reprend l'histoire de sa mère sans avoir été orientée. Alice prend alors une moue agacée, la rivalité se fait ressentir. Mme a un fort besoin de s'exprimer. Ceci est respecté avant de recentrer l'entretien sur Alice pour garder l'alliance avec la jeune fille.

La mère de Mme était une enfant non désirée, « Ma grand-mère a été « fille mère » annonce Mme ; « rapidement on l'a mariée de force à un homme plus âgé. Cet homme, le beau père de ma mère, était un alcoolique qui a abusé de ma mère. C'est toujours resté un tabou, ma mère a beaucoup souffert, c'est pourquoi elle s'est mise à boire et elle a eu un cancer à cause de l'alcool. J'ai appris tout cela depuis son cancer. ». En quelques minutes, Mme avait retracé l'histoire des femmes sur quatre générations, avec un secret de famille majeur.

Alice n'a pas de réaction particulière, elle précise qu'elle connaissait déjà cela. Mme justifie : « pour moi c'est très important la parole, de ne pas faire de secret ou de mensonge. C'est comme si on se mentait à soi même. »

L'entretien est alors réorienté vers la patiente. La gravité du geste d'Alice est soulignée en présence de sa mère puis les deux alternatives de soins sont proposées. L'avis de Mme, puis celui d'Alice et celui du père par téléphone sont sollicités avant de laisser les membres de la famille en discuter. Permettre une triangulation et un temps de réflexion semble important.

Les enjeux actuels avec différents niveaux de secrets sont alors mieux identifiés. Par ailleurs, une image dangereuse des hommes est véhiculée dans la famille. Pourtant la triangulation masculine dans ces transmissions féminines semble nécessaire.

Au final, Alice est restée sur sa position initiale et a pu argumenter auprès de ses parents : Mme et Mr penchaient pour l'hospitalisation mais acceptent sa décision. La famille, après discussions, décide d'opter pour un retour à la maison.

Devant l'étayage et la mobilisation familiale qui semble s'opérer, le suivi en ambulatoire paraît possible. Après discussion, nous convenons d'un rendez vous, 3 jours plus tard pour évaluation et orientation vers un suivi.

.3 Consultation 3 jours après :

a) Alice seule

Alice est reçue comme prévu, d'abord seule puis accompagnée de sa maman. Elle esquisse un petit sourire défensif en début d'entretien. Depuis 3 jours, Alice est restée chez elle, un des parents était toujours présent. Elle se sent toujours tendue, elle a des troubles de l'endormissement, elle reste beaucoup seule dans sa chambre.

Depuis la consultation, Alice a revu son petit copain mais n'a « pas retrouvé confiance en lui ». Qu'en est-il de la confiance qu'elle accorde à ses parents ? « C'est mes parents, j'ai quand même un minimum de confiance en eux, je suis tout le temps avec eux ». Quand on interroge Alice sur les changements constatés depuis 3 jours: « c'est pareil ». En fait, les idées suicidaires sont à distance et Alice pense essentiellement à son baccalauréat : Les examens sont dans un mois.

Les bénéfices de sa déscolarisation depuis 3 jours sont alors questionnés : elle s'est d'abord reposée et a eu des rendez vous médicaux pour sa fracture de poignet. Maintenant elle souhaite retourner en cours. Cette reprise scolaire est valorisée lors de l'entretien.

Pendant ces quelques jours, sa tentative de suicide et ses difficultés n'ont pas été évoquées avec ses parents. « Ça l'arrange elle n'a pas envie de leur parler de ça ». Elle se retrouve « seule » avec ses difficultés dans sa chambre, à ruminer. La mobilisation familiale escomptée semble limitée, la nécessité d'une prise en charge rapide pour cette jeune fille et sa famille semble s'imposer. Devant cette souffrance, l'éventualité d'une courte hospitalisation est de nouveau abordée. Alice reste cependant très réticente.

b) Alice et sa mère

Madame se montre d'abord rassurée par des éléments minimalistes : elle est satisfaite qu'il n'y ait pas eu de nouveau passage à l'acte... Mais rapidement elle évoque la tension, l'irritabilité d'Alice empêchant le dialogue.

Des changements éventuels au sein de la famille ont-ils été constatés ? Madame, émue, décrit ses tentatives infructueuses de communication avec Alice. Par ailleurs, elle décrit un désaccord profond avec son mari face à la situation actuelle.

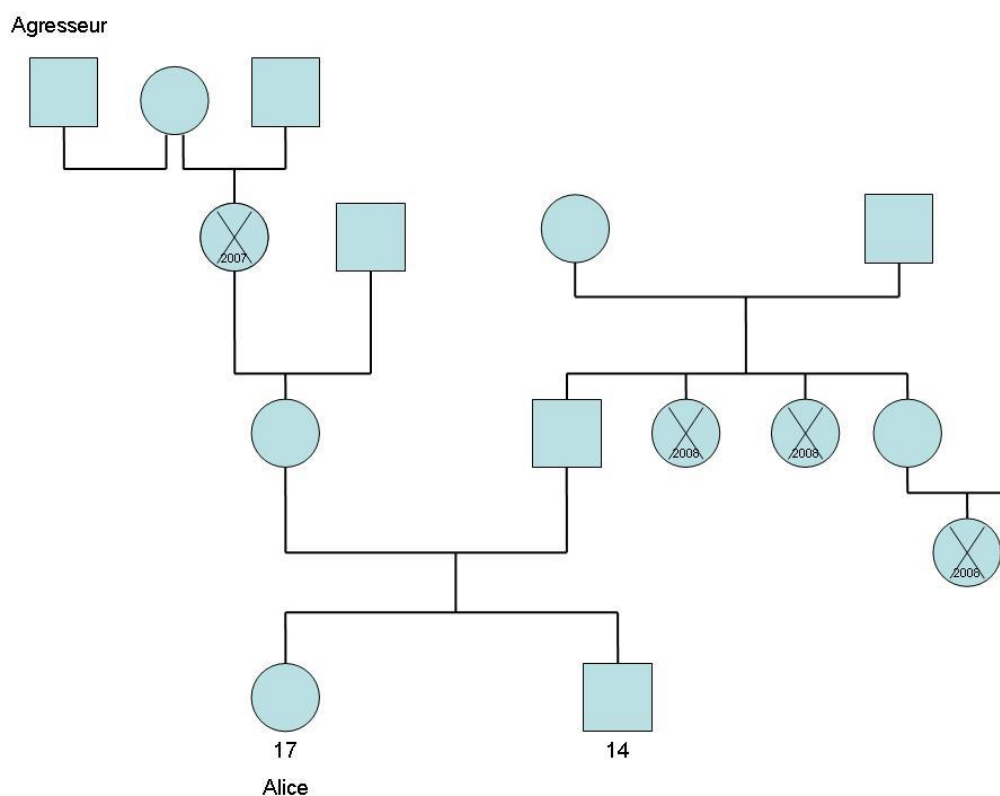
S'en suit une tirade de reproches lui étant adressé : C'est surtout son faible engagement dans les prises de décision familiale qu'elle incrimine... Madame a le sentiment d'être extrêmement seule face à cette situation comme cela a pu déjà avoir lieu dans le passé. Depuis 2 jours, le couple ne se parle plus. Madame a été terriblement blessée par la décision de Monsieur d'aider sa sœur à déménager alors qu'Alice est seule à la maison. « Il dit que sa famille passe avant ».

Selon Madame, son mari souhaite continuer sa vie comme s'il ne s'était rien passé. Il ne veut pas parler de la tentative de suicide à sa famille. Ces propos font souffrir visiblement Alice qui s'apprête à pleurer lors de l'entretien. Sa mère poursuit : « Sa belle sœur a fait une tentative de suicide, il y a quelques années, la famille paternelle en parlait comme d'« une dingue, une folle... » ; C'est une « honte pour eux ». Cette affirmation est recadrée pendant l'entretien : « les tentatives de suicide font peur souvent aux gens qui souhaitent se protéger en en parlant ainsi. En aucun cas, Alice est folle ou dingue, elle traverse un moment de souffrance important... »

Madame reprend en parlant de son mari, il veut toujours « mettre le bouchon sur la soupape mais jusqu'au jour où ça explose »... Cette métaphore permet alors de se recentrer sur Alice qui a actuellement « justement un peu ouvert la soupape », il faut donc s'en saisir. Madame et Alice sourient.

On assiste à une crise familiale, d'ailleurs Madame a aussi évoqué l'anxiété actuelle du fils. La situation d'Alice reste préoccupante même si le risque suicidaire ne semble pas imminent. Continuer comme si de rien n'était, serait le meilleur moyen pour qu'Alice ait l'impression que sa souffrance n'est pas entendue. Dans ce cas, on pourrait s'attendre à de nouveaux passages à l'acte.

Malgré mon intérêt pour cette situation, Alice est orientée vers le centre de consultation de l'unité Espace avec l'idée que la patiente et sa famille soient reçues rapidement et puissent travailler sur l'investissement d'une hospitalisation éventuellement. En effet, il n'y aurait pas de sens à continuer un suivi aux urgences même si il semble y avoir un début d'alliance avec ces deux femmes. La question de la confiance, importante dans cette famille, est à travailler avec un thérapeute qui peut assurer le suivi dans la durée.



Génogramme d'Alice, 17 ans en 2009

.4 Réflexions :

Au niveau diagnostic :

Alice semble présenter un état dépressif majeur dans un contexte de deuil pathologique. Les critères de dépression majeure caractérisée sont présents : depuis plus de deux semaines, il y a une rupture avec le fonctionnement antérieur d'Alice (arrêts des loisirs, chute scolaire...) : elle présente des insomnies, une humeur triste, une anhédonie, aboulie tous les jours... Parfois elle a des idées de mort et a fait deux tentatives de suicide. La mise en place d'un traitement psychothérapique et d'un antidépresseur paraît justifiée.

Au niveau du secret de famille :

Cette situation permet d'aborder les différents types de secrets de famille, les différents contenus, les dommages éventuels secondaires au secret. Elle permet de mettre en lien secret et deuil non élaboré. On peut se poser une question primordiale : A partir de quand un secret de famille est-il pathogène ? On peut s'interroger sur la dynamique familiale en lien avec le secret et l'intérêt de saisir le moment de crise familiale pour un travail autour de cela.

L'ensemble de ces situations plante le décor ; nous développerons notre pensée en partant des définitions et des interrogations posées dans ces illustrations cliniques. Le fil conducteur proposé est de s'appuyer sur des fonctionnements psychiques normaux pour distinguer la clinique psychiatrique en lien avec le secret de famille et terminer par des pistes psychothérapiques.

PARTIE II :

Du secret au secret de famille

Avant toute réflexion, il faut pouvoir se baser sur des définitions : qu'entend-on par secret, famille et secret de famille ?

.I Définition du secret

.1 Le secret dans l'art, le mythe d'Oedipe

Mythe, littérature, cinéma explorent la thématique du secret, car c'est une source intarissable d'inspiration et de réflexion... On devrait plutôt parler des secrets car chacun y va de sa vision du secret et parfois les nuances entre intimité, secret, absence de parole, non dit...ne sont pas bien différenciées. La psychiatrie et la psychologie tiennent par ailleurs, leur fondement dans le secret.

Le mythe d'Œdipe est choisi parmi d'autres, comme une illustration de l'importance du secret dans les légendes et les arts. Œdipe est un roi légendaire de [Thèbes](#), fils de [Laïos](#) et de [Jocaste](#). Riche et tragique, son histoire a largement inspiré les [arts](#) (littérature, musique, cinéma) mais aussi la [psychanalyse](#).

L'histoire d'Œdipe a été revisitée par Guy Ausloos, 1980. Il prétend que sans secret et sans transgression, il n'y aurait pas de mythe. Pour lui : « ce sont les secrets qui vont en quelque sorte organiser le destin ». Dans ce mythe, se succèdent des secrets dans le destin d'Œdipe et notamment des secrets des origines. La malédiction divine engendre les secrets et le drame, Œdipe est condamné à mettre en acte ce qu'il ignore. Rappelons son histoire :

[Laïos](#) et [Jocaste](#), le roi et la reine de [Thèbes](#), sont prévenus par un oracle que s'ils avaient un fils, ce dernier tuerait son père et épouserait sa mère. Ils vont cacher cette information, c'est le premier secret.

A la naissance redoutée de ce fils, Laïos et Jocaste décident de l'abandonner, en prenant soin de lui attacher les pieds. Personne n'est informé de la malédiction ni de la naissance de cet enfant. C'est le second secret.

Un jour, un berger le trouve et le confie au roi de Corinthe qui l'élève comme son propre fils, sans lui révéler qu'il n'est pas son père naturel. C'est le troisième secret.

Il lui donne le nom d'Œdipe qui signifie « celui qui a les pieds enflés ». Œdipe apprend, en consultant [Apollon](#), qu'il est victime de cette malédiction. Il décide alors de s'écarter de sa famille afin d'échapper à son destin. Il garde secrète cette prédiction. C'est le quatrième secret.

Pour échapper à cela, il quitte [Corinthe](#) sans but précis. En chemin, il rencontre un homme avec ses serviteurs. Œdipe tue l'homme, pensant que c'était le chef d'une bande de voleurs (selon d'autres versions, il est question d'un conflit de priorité à une intersection où les chars se croisèrent). L'homme était Laïos, son père biologique.

Lorsqu'il arrive à Thèbes, Œdipe se trouve confronté au [Sphinx](#) qui assiège la ville. Ce dernier lui pose une énigme : "Qu'est-ce qui marche à quatre pattes le matin, à deux le midi et à trois le soir ?" Œdipe répond juste : c'est l'homme. Les habitants, pour le remercier d'avoir débarrassé le pays du Sphinx, en font le roi de Thèbes et lui donnent la main de la reine qui est veuve. Œdipe a donc tué son père, et épousé sa mère comme l'avait prédit l'oracle !

Œdipe et Jocaste vivent heureux pendant de nombreuses années, ignorant leur véritable lien de parenté. Un jour, une épidémie de peste contamine Thèbes. L'oracle de [Delphes](#) annonce que cette épidémie durera tant que le tueur de Laïos ne se serait pas dénoncé. Œdipe alors fait rechercher le coupable, mais il ne tarde pas à réaliser que c'est lui le meurtrier de son père. Jocaste, malheureusement, apprend bientôt la nouvelle et se suicide de désespoir par la pendaison. Quant à Œdipe, il comprend que leurs enfants, [Étéocle](#), [Polynice](#), [Antigone](#) et Ismène sont maudits. Il décide de se crever les yeux et renonce à la royauté.

Pour cette raison, il est chassé de Thèbes quelques années plus tard. Après avoir longtemps erré avec Antigone sa fille qui lui était utile comme guide, il arrive dans un lieu de culte non

loin d'Athènes. C'est là qu'il meurt, juste après qu'Apollon lui eut promis que sa sépulture resterait un lieu sacré et bénéfique pour Athènes.

Ainsi le mythe d'Œdipe montre une succession de secrets. Ici nous en avons compté quatre mais sans doute qu'il en existe d'autres...

.2 Le mot secret

a) Etymologie

Revenons à l'étymologie de ce mot : secret vient du vieux français « segret », venant du latin secretum. Le mot secretum vient de « secerno » qui signifie « séparer, mettre à part ». Ainsi il y a dans ce mot dès le départ la notion de séparation. Par ailleurs, il y a une parenté étymologique entre secret et excrément avec l'opposition entre l'idée de conservation du préfixe « se » et de rejet du préfixe « ex ». (Levy, 1976)

Du point de vue psychanalytique, cette opposition rejet-conservation renvoie par cette maîtrise à une thématique anale sous jacente ... La double valence étymologique du mot secret met en opposition deux notions : garder le bon et évacuer le mauvais. Il est possible de considérer le secret comme un bien précieux ou au contraire comme un élément toxique. Le secret a donc un double aspect.

b) Sémantique

Le secret en sémantique, c'est « un savoir caché à autrui » autrement dit trois notions semblent importantes :

Le savoir : « c'est le savoir de la chose et non la chose elle-même qui constitue le secret. » (A Lévy, 1976) ; ainsi tout peut être secret : des événements, des comportements, des pensées, des émotions...

Ce savoir n'est pas communiqué de façon intentionnelle, il y a différentes façons de refuser de partager ce savoir.

Enfin, le secret est relationnel : « Sans autre, il n'y aurait pas de secret. » AM Mairesse (1988). C'est l'autre qui est supposé avoir de la curiosité ; la dimension relationnelle semble primordiale.

Plus que le contenu, les différents rôles que le secret peut jouer dans la relation à l'autre seront développés par la suite. En effet, l'enfant a compris très tôt comment instaurer une relation privilégiée avec l'adulte. Il dit parfois à l'adulte avec un air malicieux vouloir lui souffler un secret à l'oreille, souvent il susurrera une banalité ou rien du tout. Ça n'est pas le contenu qui est important.

c) Expressions

Le mot secret dans la langue française est utilisé dans de nombreuses expressions. On peut « garder, enfouir un secret ; on peut lâcher, trahir un secret ou être dans le secret, mettre quelqu'un dans le secret, dévoiler un secret ». Nous reviendrons ensuite sur certaines de ces expressions reprises par Serge Tisseron, 2008 : il parle « d'être le gardien du secret et d'être emprisonné par un secret », pour illustrer le passage du secret normal au secret « pathogène » pour le porteur.

Selon A Levy, 1976, les associations de mots autour du secret tournent autour des concepts de « contenu-contenant » et de « rétention-incontinence »

P Boutang 1973, désigne par « table des secrets » trois séries de verbes qui sont fréquemment associées au mot secret. Ils vont se regrouper autour des trois opérations en lien avec la notion de « séparation » : Ces trois entités sont le maintien de la séparation, la communication et la révélation.

Dans les cas clinique évoqués, on retrouve certaines de ces expressions :

La mère d'Anthony dit que : chacun a « gardé secret » le contenu de sa lettre adressé par le père d'Anthony avant son suicide. La notion de rétention d'information, le maintien de la séparation est sous entendue.

Le père de Mélanie, lui, parle « de transmettre un secret » au pédopsychiatre quand il dévoile l'inceste dont a été victime la mère de Mélanie. La notion de communication et de déplacement de la séparation sont présentes.

La mère d'Alice évoque le fait que son médecin traitant a « trahi le secret », il y a là la notion de levée de la séparation, de révélation.

Ainsi nous avons des éléments primordiaux de réflexion dans l'étymologie, la sémantique et les expressions contenant le terme de secret. Pour éviter de penser le secret et, plus précisément, le secret de famille comme uniquement négatif, destructeur, il est important de considérer les deux valences du secret. En effet, le secret est primordial, voir nécessaire pour l'individu. Nous tenterons de définir ce que l'on entend par secret, secret de famille pour essayer d'éviter toute confusion ou simplification.

.3 Le rôle du secret dans le développement psychique

Pour Tisseron, 1996 :

« Le secret est structurant pour notre vie psychique, il est fondamental pour notre équilibre ». Nous allons réfléchir à ce qui fait que les secrets sont fondateurs à la fois de la vie psychique personnelle et du lien avec les autres. Sur le plan théorique, de nombreuses hypothèses sont exposées, sans jamais les considérer comme des certitudes.

a) Secret individuel

Secret, intimité

Le secret est éminemment constitutif de la vie psychique normale, les psychanalystes notamment, y sont attachés. P Lévy-Soussan, 2006, dans « Eloge du secret » affirme cela en s'opposant fermement à ce qu'il appelle la tyrannie de la transparence. Pour lui, il faut défendre le secret car il serait porteur d'une « aura maléfique » de nos jours. Dans son livre, il réhabilite la notion d'intimité et réaffirme le secret comme preuve de l'autonomie de l'enfant et par conséquent condition première de la pensée.

Imber-Black, thérapeute familiale américaine, a écrit « le poids des secrets de famille », 1993 ; dans ce livre elle différencie les secrets ; ainsi elle nomme les secrets individuels: « les doux secrets ou les secrets essentiels ».

Le secret est perçu parfois comme préservant l'intimité de chacun à l'intérieur d'un groupe. Les sociétés parlent de « secret de femme », de « secrets entre les générations ». Autrement dit les secrets peuvent instaurer la différence des sexes et des générations.

Le développement de l'enfant passe par l'acquisition de cette capacité à garder secrètes des pensées à l'intérieur de lui. C'est un signe d'autonomie psychique. Plus qu'une nécessité, c'est un « droit ». Le secret garantit l'autonomie psychique de l'individu et affirme sa liberté personnelle. A Braconnier, 2001, pense que : « nous possédons tous un espace intime, inviolable, qui doit être préservé au regard d'autrui. » Cet espace vital pour le psychisme est l'espace secret.

Le secret a donc à voir avec l'intimité, ainsi il ménage un espace de pensée où le sujet peut élaborer en dehors de tout regard extérieur. L'intime, c'est ce rapport à soi, constitué de pensées très personnelles, voire secrètes, partagées ou non. Un espace psychique intime, c'est une enveloppe protectrice à l'abri de laquelle se développe et vit le self. (C Chiland, 2001)

Par ailleurs, le sentiment d'identité semble lié à la notion de secret, d'intime, de personnel. Le sentiment d'identité peut être décrit comme, le sentiment, qu'a une personne d'être séparée à la fois physiquement des autres par les frontières du corps et de l'espace mais aussi psychiquement ; ceci impliquant que cette personne ait des pensées et des sentiments sur elle-même dont les autres n'ont pas connaissance.

Le droit au secret de Piera Castoriadis-Aulagnier, 1976

Le sujet peut garder des pensées secrètes, non par honte, culpabilité, ou crainte, mais simplement parce que ses pensées confirment son droit à cette part d'autonomie psychique. La préservation de cette autonomie est pour lui vitale. Se préserver le droit et la possibilité de créer des pensées, de penser, exige que l'on se donne le droit de choisir les pensées que l'on communique et celles que l'on garde secrètes.

En effet, s'il est vrai que pouvoir communiquer ses pensées, en attendre une réponse, fait partie du fonctionnement psychique, il est tout aussi vrai que coexiste parallèlement la possibilité pour le sujet de créer des pensées secrètes dans le seul but d'apporter au « je », la

preuve de l'autonomie de sa fonction pensante. « Penser secrètement, fait partie de l'activité de penser ». La possibilité de l'enfant de former et garder des pensées secrètes va lui permettre d'acquérir son autonomie, son « je ».

Cependant, « ... Il faut que penser secrètement ait été une activité autorisée et source de plaisir » P. Aulagnier. La base de ce fonctionnement secret du psychisme semble donc être en lien avec une « autorisation » qui lui est donnée par le milieu extérieur, les parents de l'enfant par exemple. Cette autorisation est celle d'avoir un psychisme à soi, c'est-à-dire de « se séparer ».

Michel Sanchez Cardenas, 1994, ajoute : « la capacité de garder des secrets et celle d'autoriser une certaine autonomie, c'est-à-dire une séparation-individuation psychique, sont cosubstantielles. » Nous verrons que l'acquisition de pensées secrètes est liée en partie à la découverte du mensonge.

Ces secrets individuels correspondent à ce que Paul Racamier, 1995 appelle « les secrets ouverts, aimables et libidinaux ». Ces secrets là, favoriseraient les fantasmes, ils travailleraient en lien entre les individus et les générations...

b) Secret individuel: intérêt dans développement de l'enfant

Le secret selon Freud, Ferenczi, Winnicott

Freud en 1908, dans les théories sexuelles infantiles, démontre le rôle pour l'enfant de la découverte du mensonge de ses parents au sujet de la question des origines. C'est en mentant que l'enfant découvre la possibilité de garder des pensées secrètes. Pour Freud, le premier mensonge est le premier secret de l'enfant. Il témoigne de sa capacité à s'individualiser, à se « séparer » de la pensée parentale, à créer ce qu'il est seul à connaître. En 1919, dans « l'inquiétante étrangeté », on retrouve la notion de secret en rapport avec le refoulement.

Pour Ferenczi, le mensonge permet de restaurer la toute puissance de la pensée. Le mensonge met ainsi fin aux fantasmes infantiles de toute puissance des parents sur l'enfant, et démontre la séparation des imaginaires. Ainsi dans le développement de l'enfant mensonge et secret

semblent avoir des fonctions identiques dans un premier temps. (Marcelli, 2006) Cependant, il vient un moment de l'évolution de l'enfant qui est celui de l'apprentissage social de l'interdit du mensonge. Nous reprendrons la notion de mensonge plus loin dans l'exposé

La dimension winnicottienne du secret est primordiale, pour lui c'est une aire d'illusion. Illusion dans le sens où la création d'un espace permet de procurer du plaisir, de donner une consistance au monde dépassant la réalité brute, de lui donner son propre sens. Winnicott, 1970 développe aussi la notion de Self Secret, en travaillant sur les liens existant d'après lui entre « self, communication et secret ». Un individu communique et y prend plaisir, mais « ... au cœur de chaque personne, se trouve un élément de non communication qui est sacré et dont la sauvegarde est précieuse ... » Il décrit chez chaque personne, « un noyau de personnalité », « un noyau silencieux » qui fait partie du « vrai self » mais qui ne communique jamais avec le monde des objets perçus.

Winnicott insiste sur « l'isolement permanent de l'individu », qui d'après lui, a une grande importance à l'adolescence. La préservation de l'isolement personnel, fait partie de la recherche d'identité à l'adolescence. A cet âge, ce qui est vraiment personnel, doit être défendu à tout prix, sans compromis, « la paix provenant de l'espace intérieur ».

Le secret chez l'enfant

Le bébé dans un premier temps ne se sent pas « séparé » de ses parents. Pendant longtemps, il a la sensation de « faire partie de l'identité de ses parents » même si il est séparé au niveau spatial. Selon Mélanie Klein, la position dépressive qui débute à partir de 6 mois, correspond à une modalité de relation objectale où le bébé perçoit sa mère dans son ensemble, comme un tout séparé du Moi du nourrisson. Il passe d'une relation d'objet partiel à une relation d'objet total. (Segal H, 1968)

Il va développer petit à petit une continuité interne, une constance, qui va lui permettre de se reconnaître lui-même et de se sentir séparé. Selon Spitz, 1971, l'angoisse du huitième mois face au visage d'un étranger correspond au deuxième organisateur du psychisme, signe qu'il distingue le Moi du non Moi. Il va se reconnaître comme une personne proprement dite et accéder à un sentiment d'identité à travers des processus de séparation-individuation. L'enfant

va appréhender la notion « d'intérieur-extérieur » et découvre que l'espace le sépare des autres personnes et choses qui l'entourent.

Stern, 2004, fait le lien entre intrapsychique et interrelationnel, il explique très bien la naissance de l'intersubjectivité. Vers un an, l'enfant peut cacher un objet ; il sait que l'autre ne sait pas où est l'objet caché. A 18 mois, le maniement du langage implique des petits secrets transitoires. Entre 2 ans et 5 ans, se développent des jeux intersubjectifs, l'enfant fait peu à peu la différence entre ce que sait l'un par rapport à l'autre.

Dans les théories sexuelles infantiles, 1987, Freud évoque l'énigme première qui va déclencher le premier conflit psychique et les premières théories concernant la sexualité infantile, c'est la question « d'où viennent les enfants ? ». La découverte du mensonge des parents conduit l'enfant à une seconde découverte fondamentale pour sa structuration : la possibilité de pouvoir lui-même mentir, c'est-à-dire pouvoir cacher à l'autre une partie de sa pensée. « ...pouvoir penser ce que l'autre ne sait pas qu'on pense et ce qu'il ne voudrait pas qu'on pense ». C'est une attaque indispensable à la toute puissance parentale.

Vers 5, 6 ans, l'enfant comprend que l'autre a un esprit différent du sien, il a accès à la théorie de l'esprit au niveau cognitif. L'enfant découvre qu'il a le pouvoir de créer des objets de pensée, qu'il peut être seul à connaître et sur lesquels l'autre n'a pas le droit de regard. «C'est l'un des paradoxes de la pensée : il est nécessaire de cacher ses pensées à autrui pour aller à la découverte des siennes propres, pour construire son Soi. Dans un second temps seulement, l'enfant pourra ne pas s'en cacher. » P.Levy Soussan, 2006.

Il découvre qu'il a un désir propre, éventuellement opposé à celui des parents. Quand l'enfant se rend compte qu'il a des choses sur lui-même qu'il sait et que les autres ne savent pas : des secrets, il est indépendant de ceux qui ne connaissent pas ses secrets. La découverte de ce pouvoir : garder ou divulguer des secrets personnels, dépend de son propre choix ce qui accroît son sentiment d'être séparé et d'être un individu.

« ... Il faut que penser secrètement ait été une activité autorisée et source de plaisir » P Aulagnier, 1976. L'enfant encouragé par les parents va développer un sens de l'individualité et de l'identité du moi. Les parents l'accompagnant vers plus autonomie : manger seul...les expériences interpersonnelles (non secrètes) vont se transformer en expériences personnelles

(secrètes). L'enfant va par exemple, sur le pot d'abord à la demande des parents puis va aller seul aux toilettes.

c) Le Secret individuel et l'adolescent

L'adolescence achève le développement de l'enfant. La psyché doit alors accompagner les transformations du corps. Le secret prend alors une autre place et une autre fonction à cet âge.

Les processus adolescents intrapsychiques

La puberté donne l'accès à la sexualité. Dans les trois essais sur la théorie de la sexualité, Freud décrit la découverte de l'objet sexuel chez l'autre par la pulsion. Les diverses zones érogènes (orale, anale, urétrale) dites partielles vont se subordonner au primat de la zone génitale : on parle d'explosion libidinale et d'éruption pulsionnelle génitale. La puberté conduit à décrire un véritable processus psychique désigné par le terme de pubertaire. « Le pubertaire serait à la psyché ce que la puberté est au corps » (B Gutton, 1991).

Cette explosion libidinale va fragiliser le « Moi » dans son rôle de pare-excitation. Les conflits œdipiens sont réactualisés, l'émergence pubertaire tend à sexualiser les relations de l'adolescent avec ses parents. La menace de l'inceste devient réalisable, il y a un risque de confusion entre fantasme et réalité entre intérieur et extérieur.

(Ce risque semble particulièrement présent chez Mélanie).

L'adolescent va rejeter les objets parentaux, ses bases identificatoires, les imagos parentales. La représentation des images parentales pour l'adolescent a évolué. Il se trouve confronté à l'écart entre une image idéalisée des parents par l'enfance et la réalité de parents avec leurs limites. Le rejet des parents est aussi l'expression d'une désidéalisatation parentale.

L'adolescent, dans la proximité avec ses parents, ressent brutalement un sentiment d'intrusion. La réduction de la distance adolescent-parent est insupportable ; « c'est l'époque où le familial devient volontiers synonyme de repoussant » (P Jeammet, 1994). L'adolescent utilise des comportements d'opposition, passage à l'acte permettant de manier une certaine distance psychique. Il recherche un espace intime séparé et différencié de l'espace familial.

L'adolescence est décrite comme le deuxième processus de séparation-individuation, le premier processus est décrit par Malher, 1980 (relation mère-enfant). L'adolescent doit peu à peu désinvestir ses objets infantiles et en faire le deuil pour pouvoir s'autonomiser. Les différents modèles théoriques s'accordent à dire que le désinvestissement parental est une étape nécessaire aux remaniements identificatoires de l'adolescence. Pourtant l'adolescent a une « contrainte paradoxale » : « c'est au moment où il doit se séparer des adultes qu'il doit s'identifier à eux. » (Ph Jeammet, 1981)

Le point de vue systémique :

La séparation-individuation de l'adolescent dépend aussi de la façon dont s'individualisent les autres membres de la famille. C'est une « co-individuation » selon Stierlin, 1985. De ce point de vue, l'individuation est un processus naturel qui met en jeu un niveau individuel et un niveau relationnel.

On pourrait distinguer deux types d'individuation : « l'individuation avec » et « l'individuation contre ». Dans le premier cas, elle se ferait de façon continue, sans heurts, en accord avec l'entourage. Dans le second cas, qui correspond plus à ce qui se joue lors de l'adolescence, elle se ferait de façon discontinue, en opposition avec les membres importants de l'entourage.

Or l'adolescent doit se séparer de ses parents en s'identifiant à eux pour devenir adulte à son tour. « L'adolescence est un passage au cours duquel le sujet est amené à perdre ses peaux successives avant d'enfiler une peau à lui » (O Mannoni, 1984). La recherche identificatoire adolescente ne peut se faire que dans la lignée familiale : l'adolescent doit se situer dans des liens de filiation. La construction de son identité passe par son inscription dans l'histoire familiale. Nous développerons le concept de filiation plus tard.

L'incertitude identificatoire des adolescents peut parfois entrer en résonance avec celle des parents qui vont avoir tendance à projeter leur propre histoire sur les enfants. (*On peut imaginer que le père de Mélanie projette l'histoire de la mère de Mélanie sur sa fille, par exemple*). L'adolescent va chercher d'autres modèles identificatoires que ses parents, il va être sensible aux rencontres.

Adolescent et secret individuel

A cet âge, le secret a une place particulière. L'adolescent recherche un espace intérieur séparé de l'espace familial. L'espace intime est cher à l'adolescent car il est en lien direct avec ce qui touche au corps sexué, au corps pulsionnel. La préservation de « l'espace secret » semble essentielle à l'adolescence. Le maintien de secrets personnels permet d'établir des limites entre soi et l'autre.

Une rencontre clinique paraît illustrer ceci : celle de Julie, une adolescente de 14 ans, hospitalisée pour anorexie boulimie. Elle avait des sentiments fréquents d'intrusion de la part de sa mère, elle avait réussi à se constituer comme « seul jardin secret » selon ses termes : une activité qui lui appartenait : les vomissements. Elle avait une grande jouissance à pouvoir garder cela pour elle. On peut faire l'hypothèse que les vomissements venaient pour Julie donner un semblant de limites de son espace ... Un aménagement d'autres espaces d'intimité paraissent lui avoir permis, en partie, de se séparer des vomissements pendant un certain temps.

L'adolescence est une période cruciale de questionnement identitaire. Pour Ausloos, 1980 : « il est vital de savoir révéler un secret à l'adolescence, quand l'enfant pose des questions et essaie d'y voir clair ». Si l'adolescent n'a pas de réponses, il risque de s'engager dans une série d'actes pour tenter de décrypter les lois familiales. Il va mettre en scène ces mêmes lois tant qu'il n'arrive pas à les saisir. (*Ceci peut être illustré par Anthony, Mélanie et Gonzague ; chacun met en acte quelque chose de l'histoire familiale non résolue*). Pour Ausloos : « l'adolescent est poussé à l'action, car il est un temps où l'on a besoin de trouver des solutions aux interrogations qui se posent ».

.4 Définitions : Mensonge /secret/secret de polichinelle/non dit/secret de famille

Le refus de communication d'un savoir, d'une information peut se jouer à trois niveaux :

La non communication qui correspond au non dit ; le refus de la demande de savoir de l'autre qui est un silence en réponse à une question ; la dissimulation qui représente le mensonge.

a) Mensonge

Le mensonge est l'énoncé délibéré d'un fait contraire à la vérité, ou encore la dissimulation de la vérité (dans ce cas on parle, plus particulièrement, de mensonge par omission). Le mensonge est différencié par son degré d'intentionnalité en mensonge utilitaire ou mensonge compensatoire. Le mensonge utilitaire est un mensonge pour en retirer des avantages ou s'éviter des désagréments. Le mensonge compensatoire et la mythomanie est un discours tendant à enjoliver la vie, à travers l'image que l'autre est supposé s'en faire. Au maximum cette rêverie compensatoire culmine dans la mythomanie. (Marcelli, 2006)

Dans le terme mensonge, on sous entend la plupart du temps, une volonté de manipuler autrui, et c'est donc la première définition qui est la plus fréquente. Le mensonge est proféré dans le but d'obtenir quelque chose de quelqu'un, dans un cadre réfléchi, intentionnel, sur le long terme. Il est motivé par la personne en elle-même, et se reproduit jusqu'à l'obtention de la chose désirée.

Quand parler de mensonge pour un enfant ?

Le mensonge pose la question de la distinction par l'enfant du monde de l'imaginaire et du monde réel. Mentir permet de chercher les limites de la réalité. Le mensonge apparaît ensuite comme la façon d'altérer sciemment la vérité. C'est vers l'âge de 6, 7 ans, que les règles de conduites sociales prennent leur signification habituellement. Elles sont progressivement intégrées dans les exigences surmoïques. La maturation psychique nécessaire pour ne pas mentir est donc acquise progressivement. (J. Prouff, 2004)

Selon Piaget, l'enfant ne fait pas de distinction vraiment fiable entre vrai et faux avant 6 ans. Entre 6 et 8 ans, le goût de l'activité ludique et de la fabulation d'une part, les incertitudes entre fabulation et fantasmes d'autre part, font qu'il ne distingue pas encore bien le mensonge de l'erreur. Après 7-8 ans, la distinction semble plus fiable, et on peut parler de « mensonge » en ce sens qu'il est intentionnel. (Marcelli 2006)

Nous avons déjà évoqué le rôle fondamental de Freud en 1908. Dans les théories sexuelles infantiles, il démontre le rôle pour l'enfant de la découverte du mensonge de ses parents au sujet des questions d'origines. Pour Freud, le premier mensonge est le premier secret de

l'enfant. L'attitude de l'enfant face au mensonge dépend aussi de la position des parents eux même devant le mensonge, de la valeur qu'ils y accordent.

Comme nous l'avons vu, le mensonge permet de restaurer la toute puissance de la pensée pour Ferenczi. Tausk note que la découverte de la possibilité de mentir confirme la non transparence de l'esprit pour ses proches. Le mensonge met ainsi fin aux fantasmes infantiles de toute puissance des parents sur l'enfant. Le mensonge signe la séparation des imaginaires. Le mensonge a donc dans un premier temps une valeur d'édification narcissique lorsque l'enfant découvre la possibilité de ne pas dire la vérité ; c'est une sorte d'affirmation de soi devant la puissance des parents et de la réalité.

Cependant, ultérieurement dans l'évolution de l'enfant, l'apprentissage social de l'interdit du mensonge se fait. Les parents et les autres adultes valorisent « la vérité ». Le fait de se conformer à cette loi permet à l'enfant de les satisfaire, et de conforter ainsi son narcissisme par la valorisation que cela lui procure.

On peut dire que classiquement l'on oppose mensonge et vérité. Or le concept de vérité est flou, la vérité absolue n'existe pas. Le mensonge est sans doute plus qu'une opposition à la vérité, il pourrait s'apparenter à un mode de communication particulier. Pour cet exposé, c'est le mensonge par omission qui nous intéresse spécifiquement car il est parfois difficile à différencier du secret. On peut le considérer comme un non dit.

Dans le mensonge par omission, il semble y avoir des bénéfices pour le menteur : une mémorisation de ce qui lui convient et une négation de ce qu'il veut qu'on ignore. Le mensonge par omission semble plus difficile à déceler que le mensonge simple. Comme pour le secret différentes raisons peuvent pousser quelqu'un à mentir, certaines sont égoïstes (garder une bonne image de soi, éviter une punition...) d'autres plus altruistes (ne pas faire de peine ou faire plaisir) ...

b) Secret de polichinelle

On pourrait dire que le secret de polichinelle est une forme particulière de secret : c'est un « non secret » selon Daniel Marcelli (1994). Ce secret est paradoxalement connu de tous. Ce serait finalement une absence de secret. Il concerne un comportement ou un événement que tout le monde sait mais que l'on évite d'aborder devant la personne concernée.

Pour Guy Ausloos, 1987, les secrets de polichinelle : « ...ne sont pas des vrais secrets, ce sont des sujets qu'on s'accorde à ne plus aborder ». Lorsqu'un secret est connu, ça n'est plus un secret. Cependant, le secret de polichinelle peut servir de paravent à un autre secret beaucoup plus grave, comme une demi-vérité que l'on expose aux autres pour satisfaire la curiosité et détourner du vrai secret.

c) Le non dit

Le non dit peut être aussi considéré comme une forme particulière de secret. C'est ce qui n'est pas dit. C'est un mensonge par omission, car on a le choix de dire ou ne pas dire. G Ausloos, 1980, différencie les secrets des non-dits par leur mode de transmission. Les non-dits se limitent à la non transmission par le langage verbal, le mode analogique reste possible par le biais du canal paraverbal (rires, sanglots...) et ou du canal non verbal (gestes, postures...) Le non dit illustre bien le paradoxe du secret qui est d'être à la fois enfoui tout en étant exhibé, le détenteur s'arrange consciemment ou inconsciemment pour faire savoir aux autres qu'il sait.

C Delassus (1993) a utilisé une belle métaphore pour illustrer la différence entre secret de polichinelle, non dit, secret :

« En prenant l'image d'une maison, on pourrait dire que le secret de polichinelle est représenté par la peinture d'un coffre en trompe l'œil, le non dit par un coffre derrière une porte indiquant : « ici il y a un secret, mais il est interdit d'entrer », et le secret par une porte murée et vide, invisible et inconnue par les propriétaires de la maison. »

En fonction de ces définitions, nous pouvons identifier comme un non dit la partie de l'histoire paternelle non transmise à Anthony.

d) Le secret

Le secret est « un savoir qui doit être tenu caché à autrui » selon la sémantique ; G Ausloos donne une définition plus détaillée dans son article sur les secrets de famille, 1980 : « C'est un élément d'information non transmis, que l'on s'efforce, consciemment, volontairement, de cacher à autrui, en évitant d'en communiquer le contenu que ce soit selon le mode digital ou analogique. » Le secret serait un mode de relation à l'autre, selon G Ausloos.

e) Le secret dans la famille

Le secret de famille n'est pas que individuel ou intrapsychique. Il ne devient signifiant qu'au moment où il s'inscrit dans un enjeu qui implique autrui, l'enjeu étant de devoir être caché ou au contraire révélé. Le secret implique donc l'autre et un pouvoir sur l'autre. On pourrait dire que les secrets de famille sont un ensemble d'informations connues de la famille mais cachées à l'extérieur, et dont on ne parle pas dans la famille. Il peut s'agir aussi d'informations, comportements ou émotions qui ne sont pas connus de tous les membres de la famille, qui sont partagés de façon inégale entre les différents membres. Ce sont des choses qu'on ne dit pas et qu'il est interdit de connaître. Autrement dit, le secret porte à la fois sur le contenu qui est caché et sur un interdit de dire et même de comprendre qu'il puisse y avoir, dans une famille, quelque chose qui fasse l'objet d'un secret.

Le troisième élément selon Tisseron , 1996, pour parler de secret de famille, est le caractère douloureux du porteur du secret. Cet auteur associe ainsi aux secrets de famille, la souffrance d'au moins un individu contrairement à d'autres auteurs.

Pourtant, on le sait : « Toute famille a ses secrets » (C Delassus, 1993). Ces secrets apparaissent souvent sous forme de lacunes, blancs dans l'histoire familiale et n'appartiennent pas seulement au passé. Ces secrets sont le signe du fonctionnement familial même normal.

.II La famille

Il est important de s'intéresser à la notion de famille avant de développer plus spécifiquement les secrets de famille.

.1 Définition de la famille

a) Définition de l'entité famille

Le mot famille dérive du latin *fama* « la réputation » et *familia*, qui vient lui même de *famulus*, « serviteur ». Dans son acceptation antique, la *familia* désignait à Rome, l'ensemble des gens (parents et domestiques) vivant sous le même toit, sous l'autorité du *pater familias*. Le dictionnaire Le Petit Larousse 2008 définit la famille comme un ensemble formé par le père, la mère (ou l'un des deux) et les enfants.

La signification du mot évolue au cours de l'Histoire et les divers modèles familiaux varient au gré des cultures et des sociétés. Un polymorphisme impressionnant de la famille est répertorié par les ethnologues, les sociologues et les anthropologues, selon des systèmes de classification ou de typologie différents. En effet, la « famille » est indissociable de la tradition, de la culture et du contexte politique, économique et social. C'est pour cela que sa définition est complexe. Il existe donc de multiples façons de définir et de percevoir la famille : selon les membres qui la composent, les liens qui unissent ses membres, le lieu de résidence...

Selon les sociologues, la famille est une institution sociale, un ensemble de personnes unies par des liens de parenté. Il est défini trois liens de parenté possibles:

- L' alliance, qui est la relation par mariage ;
- La filiation que nous développerons ensuite ;
- La germanité, relation entre germain (frère et sœur)

b) Alliance et filiation

Il existe deux formes de relations fondamentales, lorsque nous parlons de famille (Salem 1996) : l'alliance, c'est à dire le mode d'affinité et d'union conjugale, et la filiation, c'est à dire le mode de descendance.

Les variations de l'alliance sont illustrées par les formes d'union monogame (type le plus répandu), polygame (en Orient, en Afrique...) ou polyandre (forme rare, la femme a plusieurs hommes légitimes, par exemple au Tibet).

Les variations de la filiation déterminent plusieurs lignées de descendance : la lignée patrilinéaire, la lignée matrilineaire, la lignée bilatérale, selon que la condition dans le groupe est acquise par voie masculine, par voie féminine ou par les deux en même temps. Quand l'individu appartient au groupe parental consanguin du père, c'est la filiation patrilinéaire qui a lieu en Birmanie, en Grèce... Quand l'individu appartient au groupe consanguin de sa mère, c'est la filiation matrilineaire dans ce cas, les droits se transmettent par les femmes...

c) Famille nucléaire, famille élargie

La famille nucléaire se distingue de la famille élargie (Salem 1996). La famille nucléaire (ou « simple ») se caractérise par une seule union entre adultes et par un seul niveau de descendance : c'est le modèle classique de « papa, maman et les enfants ». La famille élargie (ou « étendue » ou « d'origine ») se caractérise par plusieurs générations, incluant famille nucléaire, grands-parents, arrière grands-parents et les lignées collatérales.

De nombreux facteurs déterminent les formes de relations qu'entretiennent famille nucléaire et famille élargie. Par exemple, la situation topographique de la famille nucléaire par rapport à la famille élargie peut être décrite ainsi : la famille nucléaire néolocale (ou indépendante) réside à l'écart de la famille élargie ; la famille dite incorporée réside proche de la famille élargie ; la famille patrilocale ou matrilocale est incorporée à la famille d'origine du père ou de la mère.

Les rapports entre famille nucléaire et famille élargie ont connu d'importantes variations dans le monde occidental, avec l'influence de l'industrialisation sur la famille traditionnelle. Cette forme de famille patriarcale, par sa composition étendue, assumait des fonctions diverses vis à vis de la société et de ses membres. Elle assurait la protection de ses membres et garantissait des valeurs reconnues comme l'éducation, la religion... La division du travail, au bénéfice d'un patrimoine commun, renforçait les liens à l'intérieur du clan. La hiérarchie y était rigide, fondée principalement sur la différence des sexes et des générations. D'une façon générale, les intérêts personnels des individus étaient subordonnés aux intérêts du groupe familial.

L'ère industrielle, la migration et l'urbanisation vont transformer le mode de vie et les valeurs des familles traditionnelles, influençant la vie familiale durablement : la famille élargie a perdu de son importance au profit de la famille nucléaire.

Actuellement en Occident, la famille nucléaire, à deux générations, en milieu urbain et industrialisé, est devenue le modèle le plus courant. Elle se caractérise en partie par la valorisation de la liberté individuelle. Ce modèle familial peut être considéré comme prépondérant en France.

Des concepts nous semblent importants pour réfléchir la famille, surtout sous l'angle des secrets de famille. Le concept de filiation, un des critères de définition de la famille puis le concept de maillage de Pierre Benghozi (psychanalyste en thérapie familiale) et enfin le concept de système familial sont développés.

.2 Concept de filiation

Pour tout individu, c'est primordial de connaître ses ascendants, sa filiation pour pouvoir se forger une identité. Connaître sa place dans la lignée, dans la famille, son nom, son statut, savoir de qui on est le fils ou la fille paraît être le socle de toute identité. Nous verrons par la suite l'importance de l'absence d'information à ce sujet, ce qui rejoint la notion de secret de famille.

a) Définitions filiation

Dans le Petit robert, la filiation est le « lien de parenté unissant l'enfant à son père (filiation paternelle) ou sa mère (filiation maternelle) ». En anthropologie, tout ce qui touche à la filiation, à la parenté, à l'identité, n'a d'usage que social. L'individu n'existe que par rapport à autrui et à ses lignées ancestrales. La filiation a donc un caractère individuel, mais surtout un caractère collectif : elle marque le passage du corps, du biologique vers le social. (F Héritier-Augé, 1989)

Du point de vue juridique, la filiation est le lien de droit qui unit un enfant à ses parents. En France, la filiation est bilatérale ou indifférenciée, elle vient du côté maternel et paternel. Pourtant l'organisation la plus répandue au monde est la filiation unilinéaire, patrilinéaire ou matrilinéaire.

La filiation se fait sous trois formes en France :

- La filiation légitime, l'enfant est issu de parents mariés ensemble ;
- La filiation naturelle, l'enfant est né hors mariage ;
- La filiation adoptive, c'est le jugement du tribunal qui crée ce lien.

Ainsi même sans avoir « de lien de sang », la filiation est possible dans ce cas particulier.

La filiation repose sur l'établissement de l'acte de naissance et sur la volonté manifeste des parents de considérer l'enfant comme le leur : la notion de reconnaissance de l'enfant est primordiale.

En psychopathologie, le concept de filiation :

J Guyotat a écrit sur la filiation et la transmission, pour lui, le lien de filiation peut être défini comme : « ce par quoi un individu se situe et est situé par rapport à ses ascendants et descendants réels et imaginaires ». Une autre définition pourrait être « la filiation implique le rapport d'au moins trois générations successives reconnues comme telles, et la référence commune à un mythe originaire. A cette double condition, chacun peut se situer dans un ensemble de sujets et se reconnaître comme ayant été engendré et comme capable d'engendrer » (Kaes, cité par Guyotat, 1995). Le sujet se situe comme un maillon de la chaîne des générations.

b) Le lien de filiation

La filiation est biologique, sociale et psychologique et affective. L'identité de la personne comme on l'a vu est étroitement liée au lien de filiation. Il existe trois façons de penser la filiation selon J Guyotat qui sont en interaction les unes avec les autres, pour aboutir à la filiation psychique. Ces trois dimensions représentent trois vecteurs de transmission des ascendants aux descendants : la filiation biologique, instituée et imaginaire.

La filiation biologique :

C'est celle du lien du sang, dans le langage courant. Elle fait intervenir les gènes. C'est la représentation biomédicale de la filiation. C'est un lien de corps à corps qui ne suffit pas à assurer la filiation psychique. Le développement des tests de paternité, des empreintes génétiques... illustre la tendance à valider la filiation par « vérité biologique ». Le biologique primerait sur l'affectif dans cette vision de la filiation.

Le lien de filiation institué :

C'est le lien reconnu qui unit un enfant et ses parents. Cette relation est instituée par la parole, le langage ; par le biais du discours tenu par la famille et le groupe social et par le biais de la nomination. Le nom signe ce lien institué, il marque l'appartenance à une lignée. Le prénom est donné lui aussi mais c'est le nom de famille qui est transmis. Ce lien est aussi institué par la justice en définissant des règles d'appartenance, des règles de transmissions de biens. « En droit Français, les ascendants et les descendants, par filiation ou par alliance, se doivent l'aliment. » L'enfant est désigné dès la naissance par le groupe en étant en lien de filiation avec telle mère ou tel père et cela fait parti de son identité.

Freud avait montré l'importance du nom ; l'identité nominale situe une personne par rapport à autrui et dans le temps. Le nom de famille est un fait social, il symbolise l'appartenance à un groupe et à une lignée familiale. Le prénom semble avoir une valeur moins sociale mais sert à individualiser le sujet. Demander les raisons du choix du prénom aux parents peut s'avérer très précieux en psychiatrie. Dans ce choix, apparaît le désir des parents. Le prénom est « l'essence même de la personne », il est inséparable de l'individu. (JE Tessone, 1988) Le

prénom inscrit aussi l'enfant dans la généalogie : en effet, si le premier prénom est souvent le choix des parents, le second ou le troisième sont souvent ceux des membres de la famille.

Le lien de filiation imaginaire ou affectif

Dans la filiation, il est question de narcissisme, l'ascendant a ce fantasme « de reproduction du même », la filiation ne permet elle pas une sorte d'immortalité de soi ? Ainsi, Michel Soulé, 1986 décrit la filiation comme « l'inscription dans une histoire, l'enracinement dans un passé et la projection dans un avenir qui permet seul de dépasser l'angoisse de la mort ». Etre inscrit dans une filiation, se savoir né d'un désir, avoir été nommé et reconnu par quelqu'un est fondamental pour l'individu. Selon P Verdier, 1986, « j'existe parce que j'ai été reconnu »

c) Le vécu de filiation

Certains auteurs, dont Bernard Golse, 1988, s'intéressent au « vécu de filiation » qu'il diffère du lien de filiation. C'est ce qui fait qu'un individu se sent effectivement et affectivement appartenir à sa lignée, inscrit dans une lignée familiale et transgénérationnelle. Autrement dit, c'est ce qui permet à un individu de transcender le simple statut biologique et de se sentir parent d'un enfant, d'être reconnu à cette place par l'enfant, la famille et la société.

Pour Michel Soulé, 1986 : « le sentiment de filiation est un phénomène psychique qui se construit dans un contexte social ». L'enfant ne peut en effet, se sentir appartenir à une famille, et la considérer comme sa famille réelle, qu'en fonction de l'existence d'une représentation sociale de cette famille. On ne peut pas mettre de côté le registre imaginaire et fantasmatique de ce sentiment de filiation.

Un aspect de transmission est clairement inscrit dans le phénomène de filiation. (B Golse 1988) : il existe une transmission du matériel génétique dans la filiation biologique et une transmission de nom et de bien dans la filiation instituée.

Pour la filiation affective, les mécanismes semblent différents : « la filiation narcissique et le vécu de filiation renverraient plutôt à la transmission d'un non savoir, d'un non objet, d'un manque... » selon René Kaes, 1993. Ceci rejoint le thème du secret puisque ce qui semble se

transmettre est aussi et surtout ce qui n'est pas dit. Le vécu de filiation semble tenir autant de ce que l'on sait objectivement que de ce que l'on ignore. Les notions de cryptes et de fantômes développées par Abraham et Torok, 1978, éclairent cela. Nous développerons par la suite ces notions et l'idée de transmission qui semblent fondamentales dans le cas des secrets de famille.

Le vécu de filiation va progressivement s'installer chez l'enfant et ce, à travers les différentes étapes du développement psychoaffectif. L'enfant va régulièrement vérifier la solidité de sa filiation par le biais de son « roman familial ». En 1909, Freud a décrit le Roman familial initialement comme les fantasmes par lesquels le sujet modifie de façon imaginaire ses liens avec ses parents. Ainsi l'enfant peut s'imaginer d'autres parents que ses parents réels sans y adhérer totalement. L'attitude et le discours des parents sont primordiaux pour renforcer le vécu de filiation. Bien évidemment, la problématique de filiation va être fortement réactivée lors de l'adolescence, moment où se posent les questions de l'identité et des identifications.

Parfois, le vécu de filiation est ébranlé lorsque les géniteurs sont inconnus par l'enfant ou l'adolescent ou qu'ils ont refusé d'être institués comme parent de l'enfant. On parle de secret des origines quand l'enfant ignore son origine telle qu'on peut le constater lors d'une naissance sous x, d'enfant abandonné, d'enfant adopté...

Secret des origines

C'est un secret particulier, complexe qui mériterait une thèse à part entière. Les secrets évoqués dans les cas cliniques ne concernent pas directement les origines ; de ce fait ce type de secret de famille ne sera que cité ici et peu développé volontairement. L'origine concerne la filiation tandis que l'originaire renvoie à tout ce qui concerne les origines et plus globalement ce qui a précédé la naissance.

En quelques mots, l'absence de renseignements sur l'origine semble avoir des répercussions psychologiques et être responsable d'une souffrance affective dans de nombreux cas. En effet ce secret peut altérer chez le sujet son sentiment d'identité. Au niveau narcissique, l'image de soi et de l'amour qu'on lui porte peut être fortement perturbé, allant parfois jusqu'au trouble de la personnalité.

L'enfant qui ne connaît pas ses origines peut avoir un sentiment de non valeur lié à son abandon. Il peut se sentir amputé d'une partie de son histoire et de son intégrité. Ce qui peut être très problématique, c'est de ne pas savoir quelque chose d'essentiel pour soi que les autres savent. L'enfant est alors « toute sa vie à la recherche d'une espèce de clé, qui lui ouvrirait la porte symbolique de son identité, qui lui révélerait le secret » (P Verdier, 1986).

La problématique du secret des origines chez l'adolescent est vaste. L'adolescent questionne plus que jamais ses origines. Il s'agit de savoir d'où l'on vient, avant de se lancer dans son devenir. Pour certains, la fin de l'adolescence est repérée par le fait d'accepter de ne pas tout savoir sur ses origines. Après avoir tenté de tout dévoiler sur ses origines et son éventuel secret, l'adolescent admet de ne pas tout savoir et autorise qu'un voile recouvre à nouveau le savoir sur ses origines. (D Lauru, 2008)

Anthony semble représenter un bon exemple de relance des processus « adolescents » au sens de P Gutton (le pubertaire, 1991). Il semble avoir avancé dans ce processus grâce aux éléments de filiation qu'il a récolté lors de son hospitalisation.

Ceci ne signifie pas que tous les enfants ou les adolescents victimes de secret des origines vont développer des troubles psychiques. Comme toujours en psychiatrie cela va dépendre de la vulnérabilité de chacun, de la qualité des soins apportés à l'enfant par les parents « adoptifs », de l'investissement de l'enfant par ses parents, de la valeur des images identificatoires proposées à l'enfant...

.3 Le concept de maillage

En psychothérapie familiale analytique, l'accent est mis sur l'importance de la transmission. Pour résumer largement : la notion d'objet groupe famille et la perspective psychanalytique du lien ont été développées par la psychothérapie familiale analytique notamment par D Anzieu, R Kaes, S Lebovici .

Lebovici pense que la thérapie ne concerne pas les membres de la famille, comme la somme d'individus en groupe, mais concerne le groupe familial. On considère que l'on travaille sur « un appareil psychique groupal familial ». Le porte symptôme apparaît héritier d'un matériel

psychique familial qui n'a pu être élaboré dans les générations précédentes. Dans cette conception, Il existe une transmission psychique généalogique.

Un concept intéressant a été modélisé au niveau théorico-clinique par Pierre Benghozi en 1994 : le « maillage et démaillage généalogique des liens ». Il théorise ainsi une approche psychanalytique des liens.

Bion, 1965 distingue à propos des pensées de l'enfant, une modélisation qui ne comprend pas seulement l'appareil psychique individuel mais la dyade entre la mère et l'enfant. Les éléments psychiques « bêta », de l'enfant sont élaborés, transformés grâce à la capacité de rêverie de la mère, elle contient les éléments « bêta ». Bion définit ainsi une fonction contenant nommée fonction alpha de l'appareil psychique maternel. Ce modèle permet de repérer un contenant et un contenu psychique.

A partir de là, P Benghozi va modéliser la notion de contenant généalogique groupal familial et communautaire avec une trame et un maillage (l'image métaphorique qu'il utilise est celle du filet) :

Pour lui, la trame généalogique est modulée selon un codage culturel de l'organisation anthropologique de la parenté. Les contenants généalogiques peuvent être représentés comme des « mailles ». En poursuivant cette métaphore, il peut y avoir un trou comme dans un filet ou un accroc avec un démaillage catastrophique (comme dans un bas qui file).

Le maillage généalogique permet l'intégralité et le maintient des contenants généalogiques groupaux, familiaux et communautaires. Le travail de maillage serait assuré par l'aménagement des liens psychiques :

Au niveau vertical, les liens psychiques sont ceux de filiation aux ascendants et aux descendants et au niveau horizontal, ce sont les liens d'affiliation qui caractérisent l'appartenance à un groupe. P Benghozi parle du Lien avec « un grand L » uniquement à propos des Liens psychiques de filiation et d'affiliation.

Ce qui est fondamental, c'est de préciser que le lien est le support de la transmission psychique. Donc toute problématique du lien met en jeu des avatars de la transmission, mais aussi réciproquement, toute impasse de la transmission psychique généalogique va se traduire par une souffrance du lien et une vulnérabilité de la contenance familiale. Le contenant

maillage est donc du lien et de la transmission. Ainsi l'alliance conjugale est une forme de maillage au niveau horizontal, qui entrecroise les contenants généalogiques des familles d'origine de chaque partenaire.

Les recherches de P Benghozi dans l'article « porte la honte et maillage des contenants généalogiques » de 1994, postulent que la honte pourrait constituer l'organisateur généalogique de la transmission du négatif. Nous préciserons le concept de transmission ultérieurement. Il reprend la distinction entre transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle de René Kaes. La pathologie de contenant généalogique, sera développée par la suite en lien avec la clinique.

.4 La famille en tant que système

Les concepts de thérapie familiale systémique apportent une approche intéressante pour notre réflexion:

a) Système, homéostasie, règles

Dans cette conception : la famille, comme tout système vivant, se caractérise par le fait que le comportement de chacun de ses membres est relié aux comportements des autres et à celui de la famille en tant qu'unité. La réalité des liens familiaux est tissée par l'ensemble des influences réciproques qui s'exercent à partir des besoins naturels, biologiques, affectifs, des sentiments, des émotions, des croyances...

La famille serait donc un « système ouvert », qui échange des informations à l'intérieur et à l'extérieur. Toute information provenant de l'intérieur ou de l'extérieur peut influencer l'équilibre de l'unité familiale. Les membres de la famille sont donc fortement interdépendants ; il existe une influence réciproque de façon directe ou indirecte. Les relations familiales sont envisagées selon une causalité de type circulaire. Tout changement survenant chez l'un des membres affecte l'ensemble du groupe familial dans son équilibre et provoque des changements adaptatifs chez les autres membres.

La famille exerce une fonction d'encadrement sur ses membres. Le « métamodèle de l'encadrement » (E Fivaz, 1995) étudie la façon dont le système familial évolue sous l'effet de

l'environnement ou du système thérapeutique. Une des notions clefs de ce modèle est donc qu'un certain degré de constance du champ de force exercé sur le système familial doit être maintenu quand il change et traverse une crise. L'encadrement affectif et éducatif apporté par les parents aux enfants est assimilable à un tel champ de forces. Il semble y avoir la notion de « co-évolution » dans la famille, du système encadrant et du système encadré.

Selon Gérard Salem, 1996 : « une condition essentielle de la fonction parentale est de reconnaître les compétences croissantes des enfants au cours de leur évolution, tout en conservant une stabilité dynamique dans le système familial. »

La famille tend à préserver sa stabilité, sa constance, son homéostasie au moyen de feed-back négatifs. La stabilité nécessaire à la famille, n'est pas toujours la même ; elle dépend de « règles » familiales, de conventions relationnelles, de « rituels comportementaux » respectés au sein de la famille. Il existe des normes familiales, concrétisées sous forme de règles qui régissent le comportement entre les membres de la famille et vis-à-vis du monde extérieur. Les familles développent des rituels comportementaux, respectés entre les membres et vis-à-vis de l'extérieur, qui servent à renforcer les règles en vigueur.

Des frontières représentent les interfaces entre la famille et l'environnement social, et entre les divers sous-systèmes internes : sous-système conjugal, fratrie... Ces frontières peuvent être semi-perméables (à la fois limitantes et perméables), floues (trop perméables) ou au contraire trop rigides.

La famille assume des fonctions centripètes, qui consistent à protéger ses membres, satisfaire ses besoins affectifs, solidariser le système familial, et des fonctions centrifuges qui préparent l'émancipation future des enfants, la séparation...

Chaque transgression des règles de conduites permises par la famille va entraîner une rétroaction négative de la part des autres membres de la famille, c'est-à-dire un comportement adaptatif qui a pour but le maintien de la stabilité. (E Gillieron, 1980). Ces dispositifs de réglage de l'homéostasie peuvent être transmis sur plusieurs générations. Toutefois, la famille ne peut maintenir indéfiniment le même équilibre, car elle risque de devenir « pathogène » pour ses membres. Ce qui nous amène à évoquer les crises.

b) Crises naturelles

La famille traverse périodiquement des crises naturelles (mariage, naissance, adolescence, séparation, vieillesse, décès...), ou phases de déstabilisation, qui l'incitent à remanier son homéostasie et amorcer un changement par des « feedback positifs ». Il s'agit de comportements non seulement adaptatifs, mais aussi capables d'entraîner un changement. Ces moments charnières jalonnent le cycle évolutif de toute famille ; on parle de morphogenèse pour désigner l'aptitude du système familial à évoluer avec le temps. L'évolution d'une famille passe donc par des phases d'équilibre et de déséquilibre.

L'adolescence est très illustratrice de ce genre de crise : l'adolescent, en remettant en cause les limites imposées par les parents, va provoquer une crise « naturelle » et être à l'origine de nouveaux aménagements relationnels. (E Fivaz, 1984 cité par L. Kaufmann 1986) Les conditions de l'encadrement sont plus difficiles, avec moins de contrôle direct mais plus d'écoute, de présence... Les parents doivent négocier de nouvelles règles à l'adolescence.

Ainsi dans les familles dysfonctionnelles où apparaissent des comportements symptomatiques de l'adolescent, la famille peut se retrouver bloquée dans son évolution. L'encadrement thérapeutique va parfois permettre un soutien ou la mise en place de la fonction parentale d'encadrement.

c) Les modèles familiaux en remaniement

Les débuts de la thérapie familiale coïncident avec l'ébranlement sociétal causé par la seconde guerre mondiale (Salem 1996). Les bouleversements démographiques, sociaux, culturels, écologiques de ces dernières années ont déstabilisé la cellule familiale : les enfants sont confiés tôt à la communauté, les grands-parents finissent leur vie isolés ou dans des établissements spécialisés, le divorce et l'union libre favorisent la constellation des familles monoparentales et des familles recomposées.

La typologie familiale actuelle est inédite et diversifiée. Ce qui est frappant c'est le pluralisme de modèles : union libre, remariage, célibat, simple cohabitation, union informelle éphémère, famille monoparentale ou recomposée...

En dépit de cette nouvelle crise à caractère « centrifuge », la famille reste soumise à des impératifs « centripètes » qu'elle ne peut éviter : la législation impose les anciennes lois de filiation et de succession, le code des obligations régit les responsabilités envers les enfants. Les loyautés profondes en lien avec la filiation biologique et au patronyme jouent malgré tout un rôle capital dans la destinée de l'individu.

Les concepts d'alliance, filiation, vécu de filiation, système et maillage nous éclairent sur la notion de famille. Elle est au centre de remaniements mais persiste comme socle de la société actuelle. Le secret dans la famille a été défini, poursuivons notre réflexion en l'analysant en lien avec la clinique psychiatrique.

PARTIE III :

La clinique psychiatrique et le secret de famille

.I Origines du secret

.1 Contenu du secret

Classiquement, on imagine que les secrets portent sur des informations, des faits importants de la vie. Pourtant le contenu n'est pas toujours l'élément le plus important. F Gruyer, 1991, souligne que lors des « révélations » : « le patient désigné se demandera pourquoi on a bien pu lui cacher étant enfant un événement dont, somme toute, ses parents n'étaient pas responsables. » On peut considérer qu'il y a des contenus très différents dans les secrets de famille et des degrés différents de secret.

Revenons à notre définition du secret de famille, selon Tisseron, 1996:

Le Secret porte à la fois sur le contenu qui est caché et sur un interdit de dire et même de comprendre qu'il puisse y avoir, dans une famille, quelque chose qui fasse l'objet d'un secret et enfin le porteur du secret en souffre.

Des écrits et entretiens avec Serge Tisseron sont utilisés à de nombreuses reprises dans notre réflexion. A notre avis, il a réussi à théoriser et intégrer concernant ce sujet complexe une vision à la fois intrapsychique et systémique de cette problématique. La définition qu'il propose exclut donc de la sphère des secrets de famille, les éléments de la vie sexuelle des parents que ceux-ci cachent à leur enfant. Savoir que les parents ont une intimité à l'écart de l'enfant est quelque chose de structurant pour la reconnaissance de la propre intimité de l'enfant.

On ne peut pas faire de liste exhaustive des événements à l'origine des secrets de famille mais certaines thématiques reviennent cependant. Il peut y avoir des éléments d'ordre privés

comme une maladie (*ceci est le cas pour Alice*) ou collectifs comme une guerre ou une catastrophe naturelle, à l'origine des secrets. Par exemple, un événement collectif qui a laissé une trace dans la mémoire collective du groupe, peut avoir néanmoins été vécu par l'un des membres comme quelque chose de personnel et incommunicable. Il peut par la suite être à l'origine d'un secret. (Déportation...)

Selon certains auteurs, les secrets de familles (comme les tabous dans la société d'ailleurs), sont souvent en lien, avec les origines ou la mort : Les secrets touchent à la mort lorsque par exemple c'est une maladie grave qui est dissimulée, des troubles psychiatriques qui sont cachés....Ce sont des secrets des origines, de filiation, dans le cas d'enfant adoptés ou de père naturel inconnu...

Les secrets sont par ailleurs souvent en lien avec la transgression ; on cache bien souvent des événements répréhensibles par la loi : emprisonnement, abus sexuel...

Souvent la question de la culpabilité ou de la honte est à l'origine du secret. C'est d'ailleurs cette même culpabilité ou cette honte qui permettent au secret d'être durable. Pour Tisseron, 1996, la honte est l'affect maître du secret. G Ausloos, 1980 démontre à partir de sa relecture du mythe œdipien que pour lui, c'est la culpabilité et la honte naissant d'une transgression qui maintiennent le secret dans le temps. Le secret s'organiserait autour de la transgression d'une règle. Celle-ci peut être externe à la famille, comme la loi (l'inceste est interdit), ou une règle interne à la famille. Le secret porte donc fréquemment sur un événement réprouvé par la loi sociale ou les valeurs de la famille.

Ces secrets de famille viendraient cacher une blessure narcissique implicite, une dévalorisation de l'image de soi mais aussi de l'image de la famille qu'on veut transmettre. « L'événement honteux incriminé touche parfois à la nature même des images parentales et paraît donc inavouable. » selon G Ausloos, 1980.

Tous ces éléments à l'origine du secret peuvent aussi s'associer, une belle illustration est exposé dans le livre et le film « un secret », basé sur l'histoire vraie romancée de la famille Grimbert : Philippe Grimbert, psychanalyste, relate avec pudeur l'itinéraire d'un secret de famille qui a marqué sa vie. Fils unique, Philippe a toujours été persuadé qu'il avait un frère. Il a une vie tranquille et simple, élevé par des parents dans la France de l'après-guerre. C'est

un enfant chétif qui s'invente un frère fort et merveilleux et nomme la peluche qui l'accompagne Simon.

Or Philippe Grimbert a bien eu un frère décédé, Simon, dont il n'aurait jamais connu l'existence, si une vieille voisine ne lui avait pas raconté sa véritable histoire l'année de ses quinze ans. La propre naissance de Philippe est liée à la mort d'une bonne partie de sa famille. Ses parents étaient beau-frère et belle-sœur avant que leurs conjoints respectifs et Simon, l'enfant du père, ne décèdent dans les camps de concentration.

Le secret porte sur ces morts tragiques, l'existence même de Simon et le lien de parenté des parents de Philippe, ainsi il mêle secret d'ordre privé et collectif. Ce secret de famille est en lien avec la mort, le traumatisme, la transgression, les sentiments de honte et culpabilité probablement ressentis par les parents de Philippe Grimbert.

Pour Tisseron (conférence 2004) : au contraire, la grande majorité des secrets ne sont pas organisés autour d'événements coupables ou honteux, mais autour de « traumatismes » vécus par une génération et incomplètement élaborés par elle. Il peut s'agir de traumatismes privés ou collectifs. Ceci nous amène à développer le lien traumatisme et secret ultérieurement. Dans cette vision, le secret ne serait pas toujours caché volontairement.

En lisant les écrits existants sur le secret de famille, on peut séparer à priori deux types d'éléments à l'origine du secret. Certains contenus sont « secret » même pour le porteur (qui se cache à lui-même ces éléments) ; Ce serait le cas des traumatismes. D'autres contenus sont cachés par le porteur du secret aux autres seulement. (Il peut alors s'en parler à lui-même)

Il semble qu'à l'origine du secret, il y ait un événement, une émotion, une pensée qui est « vécu comme ne pouvant être dit ». Pour Tisseron, 1996 : le secret permettrait « d'éviter de se confronter à une douleur difficile à supporter ».

Dans cette perspective, le traumatisme entre dans la première catégorie de contenu du secret de famille, celle où le porteur « se cache quelque chose à lui-même ». Tisseron considère que le contenu du secret pathogène d'origine traumatique ou non-traumatique, revient par moments à la conscience du porteur du secret. (Un peu comme un flash back traumatique)

.2 Lien traumatisme et secret de famille

Tout événement traumatogène ne donne pas lieu à un traumatisme, de même tout traumatisme ne donne pas lieu à un secret de famille, il peut être élaboré et surmonté. A contrario, le contenu d'un secret n'est pas forcément traumatique pour le porteur du secret comme nous l'avons vu.

Cependant il existe souvent un traumatisme non surmonté à l'origine du secret. Les personnes ayant subi des événements douloureux peuvent pour certaines, en parler à des proches et « s'en parler à elle-même » ; pour d'autres : elles ne peuvent pas « s'en parler à elle-même ». Parfois ces personnes font comme s'il ne s'était rien passé. Les psychanalystes parlent de mécanismes de dissociation traumatique, de sidération, de clivage, de déni, de forclusion pour qualifier cela... Si une personne ne peut pas s'en parler à elle-même, il est évident qu'elle ne pourra pas en parler aux autres. Ceci peut alors constituer un secret de famille.

En partant du grec, le trauma désigne une blessure par effraction et le traumatisme désigne les conséquences sur l'ensemble de l'organisme. Le traumatisme psychique est lui défini comme un phénomène intrapsychique mais sa définition n'est pas consensuelle. Sous l'impact d'un événement traumatogène, soit potentiellement traumatisant, il se produit un état de débordement des capacités d'adaptation du sujet avec inscription d'une trace dans son histoire, plus ou moins symptomatique. Il faut bien distinguer le trauma, qui est un coup porté au réel et le traumatisme qui est un coup porté dans la représentation du réel chez les personnes traumatisées.

D'un point de vue économique, à la différence du stress, le sujet n'est ici pas capable de gérer l'afflux d'excitation. Cet événement est vécu comme une rencontre avec la mort dans un état d'effroi, il entraîne une rupture dans la continuité du temps et dans le sentiment d'existence. Il n'y a pas de médiation par une symbolisation qui protègerait du contact brut lors de la confrontation avec la mort réelle.

Selon F Lebigot, 2001, s'être « vu mort » équivaut à avoir transgressé l'interdit majeur du retour à l'originnaire. Cette transgression pourrait être à l'origine des sentiments de honte et de

culpabilité parfois ressentis par le traumatisé. Ceci pourrait expliquer en partie que cet événement soit tenu secret.

C'est le vécu subjectif du sujet qui paraît le plus important face à un événement : pour une personne, un événement sera traumatique et pas pour une autre. En psychanalyse, le traumatisme résulterait de l'impossibilité de rattacher cet excès pulsionnel à une quelconque représentation. Il y aurait traumatisme quand une expérience est non représentable pour le psychisme, ou encore non figurable. Il n'y a pas d'élaboration psychique.

Cependant un événement peut ne faire traumatisme que des années plus tard. C'est le concept d'après coup développé par Freud. Il emploie fréquemment le terme d'après coup, celui-ci faisant parti de son appareil conceptuel : pour lui, seulement les expériences qui n'ont pas pu être pleinement intégrées dans un contexte significatif sont remaniées dans un après coup. Cette transformation correspond à une réélaboration des expériences antérieures lors de situations où il y a un accès à un nouveau type de signification. Les expériences, traces mnésiques sont ainsi remaniées ultérieurement en fonction des expériences nouvelles. Elles peuvent se voir attribuer un nouveau sens, une efficacité psychique.

Un événement « traumatique » est vécu avec beaucoup de violence ; selon Tisseron, 2009 : cet événement « ...n'a pu être symbolisé, n'a pu recevoir d'inscription qui puisse rendre compte, ce qui le rend impensable, irreprésentable, innommable ». Pourtant une expérience traumatique est associée à un vécu corporel : des émotions fortes, des sensations motrices corporelles ; même et surtout si il y a un manque de représentation ou de mot. Le traumatisme pourra donc dans certains cas, agir par la suite comme un corps étranger qui ne peut pas s'évacuer, et s'exprimer par des sensations corporelles.

La réorganisation post-traumatique reflète les capacités du sujet et de la famille à contenir le trauma et les affects intolérables qui y sont reliés. Elle dépend de facteurs tels que le fonctionnement de la famille, l'âge de ses membres et l'intensité du traumatisme...Le défaut de figurabilité initial de l'événement traumatique favoriserait, par la suite sa transmission.

.3 Cas particulier de l'inceste

a) Le traumatisme sexuel chez l'enfant ou l'adolescent

Le traumatisme sexuel entraîne chez la victime une confrontation au réel de la mort, alors qu'il n'y a pas de représentation psychique de celle-ci. C'est un traumatisme sévère, qui peut être particulièrement destructeur pour le psychisme. Il entraîne souvent une effraction narcissique, une attaque identitaire. (Lopez, 2006)

Pour Ferenczi, 1932 tout ce qui se joue entre un adulte et un enfant qui est d'un autre ordre que la tendresse peut être traumatique. Il parle dans « Confusions de langue entre les adultes et l'enfant », d'une confusion entre la langue de la tendresse de l'enfant et celle de la passion de la sexualité de l'adulte. Le décalage de maturation des protagonistes révèle le caractère dissymétrique de toute relation entre le monde de l'enfant et celui de l'adulte.

Laplanche, 1998, reprend cette idée selon laquelle la séduction vécue dans l'enfance ne se limite pas à sa mise en acte dans l'abus sexuel (séduction restreinte), mais est une séduction généralisée, inhérente à la rencontre dissymétrique entre le monde de l'adulte et celui de l'enfant.

Le traumatisme peut se produire en deux temps (concept d'après coup). C'est le souvenir de l'agression sexuelle qui blesse plutôt que l'agression sexuelle elle-même à l'époque où elle s'est produite. Pour Ferenczi la puberté est le cap à franchir pour qu'un événement occasionne le réveil d'un autre événement réel (survenu dans l'enfance) et sa métamorphose (relecture traumatique).

Pour Hurni et Stoll dans la Haine de l'Amour, 1996, l'abus sexuel est en lien avec l'abus de pouvoir. La violence y a une place centrale. Selon les critères classiques, le traumatisme est de type I, lorsqu'il est unique ; le traumatisme est de type II lorsqu'il est répété ; ce qui est souvent le cas dans l'inceste.

b) L'inceste, un traumatisme sexuel particulier

L'agresseur a cette position particulière d'être de la famille de la victime. L'enfant ou l'adolescent ressent alors encore plus souvent de la culpabilité que dans le traumatisme sexuel réalisé par un étranger.

La victime utilise souvent le déni ou la dissociation contre la peur et l'impuissance, afin de contrôler de façon imaginaire les événements traumatiques. Le fait d'être victime de manière prolongée entraîne des réaménagements défensifs importants.

Il y aurait trois temps à ce processus : la « séduction » puis la « transgression complice » et enfin l'abus. Les abuseurs arrivent parfois à falsifier cette relation violente. Certains, très habiles, inversent la situation et donnent une image très bonne d'eux-mêmes. D'autres, jouent les malheureux qu'il faut consoler. La victime peut alors les protéger...

Pour Rouyer et Girodet, 1993, les familles incestueuses ont des caractéristiques communes : Il y a souvent reproduction sur plusieurs générations ; il existe un dysfonctionnement familial important et l'enfant n'est pas reconnu comme sujet.

c) Inceste et incestuel

De nombreux auteurs dont Racamier en 1995, ont remarqué que l'inceste n'était pas comme un acte isolé. Selon Hurni et Stoll, 1996, l'inceste est « la partie la plus agie d'un ensemble de comportements familiaux qui tous participaient à la même violence perverse. »

C'est le climat qui y est incestuel soit par érotisation dans des comportements anodins ou équivalents d'inceste. Ainsi, l'incestuel fait parfois le lit de l'inceste. Une intimité ou sexualité exhibée des parents, des intrusions répétées lors de la toilette de l'enfant ou de l'adolescent sont des équivalents incestuels. (Gelugne F. 2006) Ce ne serait pas tant le comportement en lui-même que « l'intentionnalité perverse qui le sous tend et le déni qui le scelle » qui est important selon Hurni et Stoll. L'abus par personne interposée pourrait être un autre équivalent d'inceste : l'enfant est dans ce cas abusé sexuellement par une personne

extérieure à la famille, repérée comme quelqu'un à risque, sans que cela entraîne une protection de l'enfant.

Les équivalents d'inceste à apparence banale sont difficiles à percevoir mais certains signes ne trompent pas:

« L'équivalent incestuel est tenu pour tabou » et toute manœuvre d'approche suscite de la crainte, de l'hostilité donc une mise à distance.

Ceci peut donner un éclairage pour le cas de Mélanie où le père en dehors de l'entretien familial de la « révélation », a toujours gardé ses distances avec les psychiatres et éviter tout travail sur les équivalents incestueux.

Par ailleurs, le contre transfert est un bon indicateur lorsqu'il existe des équivalents d'inceste. Les exclus de cette relation mais qui y assistent, présentent souvent une sidération de la pensée ou alors une excitation de l'activité fantasmatique. Cette excitation prend parfois une tonalité obscène dérangeante, semblant suppléer à la carence de fantasmes des acteurs de la relation incestuelle.

En se référant à cette idée, Mélanie et son père semblent être dans le second cas de figure tandis que Jérôme semble avoir la pensée plutôt sidérée.

Dans ces familles, il n'y a souvent pas de place pour l'intimité et le secret individuel, chacun fait l'objet d'intrusions fréquentes. Ce qui domine dans le fonctionnement incestuel d'une famille, c'est la confusion à l'origine de l'effacement des barrières générationnelles.

d) Secrets et inceste, incestuel

P Racamier dans son ouvrage « l'inceste et l'incestuel », 1995, développe la notion d'incestuel. Il traite du secret de famille dans ce cas particulier de l'inceste.

Les secrets d'incestualité seraient des secrets obturateurs, ils occultent les origines. Ils seraient l'inverse de ce que Racamier nomme les « secrets libidinaux » qui permettent fantasme et pensée. Ces secrets d'incestualité constituent au contraire un bloc anti-pensée. Ils seraient le fruit d'un double déni : « ils ne sont pas plus dicibles qu'ils ne sont discrets ».

Ils sont paradoxalement exhibés et cachés. Racamier utilise la métaphore d'une tombe placée au milieu du champ de la famille où il est inscrit :

« ci-git un secret. Pensez-y. N'y touchez pas. Qu'il repose en paix tant que vous resterez en souci. »

Or il n'y a pas de secret d'inceste sans amalgame. Cet amalgame serait une sorte de ciment qui opèrerait pour ligaturer (délirer) et fragmenter (cliver). C'est ainsi que par clivages, dénis et fragmentations les secrets s'installent. De sorte que les tenants des secrets d'incestualité n'en reconnaîtront même plus les origines.

Ce secret, dans son pouvoir excitant et sidérant, va être un instrument spécifique de la séduction narcissique incestuelle. Il diffuserait comme des « ondes de silence », « de non à dire, de non à savoir, de non à penser ». Ces secrets provoquent le silence ou au contraire l'excitation de l'esprit chez le psychiatre par exemple. Ceci est très bien décrit dans « L'enfant de ça » J L Donnet et A Green, 1973.

Face à ces familles, on peut se retrouver sidéré ou être débordé par des pensées anarchiques, des interprétations pressantes...Le risque serait de chercher à tout prix à déterrer le « secret final », celui qui permettra de tout savoir et de tout comprendre...

La transgression est à la base du secret de famille incestueux. La victime de l'inceste est alors comme un mort que l'on cache pour sauver, garder unie la famille. L'amalgame décrit auparavant va exercer une indistinction des générations. Ainsi pour Racamier, tout secret incestuel porte sur les origines.

La double interdiction de penser et de savoir rend intouchable le noyau secret. Le secret est encrypté au sens de la crypte d'Abraham et Torok. On n'y touche plus. Les découpages opérés, en le détachant de ses origines et en dispersant les morceaux, rendent le secret indétectable. L'objet-secret serait narcissique et anal. A ce double titre « serait chéri et honni ».

L'incestuel serait une sorte de « leurre ». Les secrets de polichinelle tels que nous les avons décrits peuvent faire façade au secret de l'inceste. Souvent il y a un secret devant le secret de

l'inceste, et derrière ce secret d'inceste, il y a toujours un secret de deuil selon Racamier. Les secrets de façade peuvent constituer des pièges, car ils sont innombrables et les éplucher semble perdu d'avance...

Ceci est retrouvé en partie dans l'histoire d'Alice : les secrets évoqués par Alice font paravent au secret quasi « incestueux » de sa grand-mère. Probablement que d'autres secrets existent dans cette famille.

Ces secrets sont repérés grâce à l'odeur déplaisante qu'ils dégagent ...ils traversent les âges et les générations sans jamais être ignorés et jamais être reconnus. Ils seraient transmis par engrainement, en prise directe d'une psyché à l'autre, à l'abri de toute élaboration individuelle et collective.

Racamier développe les fonctions de ce secret particulier :

Il aurait une fonction de conservation : La divulgation du secret est considérée comme malfaisante ; l'idéalisation de l'objet perdu est ainsi préservée (le deuil n'est pas fait) ; le narcissisme vulnérable des premiers auteurs du secret est protégé.

Le secret aurait le pouvoir d'« enchaîner » la famille au fil des générations ; Ce lien souderait les membres de la famille ; R Kaës, 1999, a montré que les pactes dénégateurs, fondés sur « la communauté du déni » sont extrêmement solides. Les sujets scellent alors leur accord inconscient selon lequel pour maintenir leur lien et le groupe qui le contient, il ne sera pas question d'un certain nombre de choses. Ce fonctionnement viserait à éviter toute séparation, qui ferait planer une menace de mort sur les membres.

La fonction première du secret est de garantir la pérennité, « la survivance ». La fonction du secret serait ici celle du fétiche. Le fétiche décrit par E Kestemberg en 1978, est un objet circonscrit, parfois un objet-pensée, mais plus souvent un objet matériel. Le secret serait ici à l'intersection de l'objet pensée et l'objet matériel. Mais pour finir ne serait ni pensée ni matière. On le sait tout fétiche est érotiquement investi, le secret incestuel reçoit sa part d'érotisation familiale.

Les secrets incestuels ont des effets complexes, insidieux. Dans ce système des secrets, il n'y aurait pas d'un côté les manipulateurs, bénéficiaires des secrets et de l'autre les manipulés,

victimes. Racamier compare les noyaux incestuels au noyau pervers. Ainsi les membres passifs d'une perversion narcissique peuvent en devenir les membres actifs. Il est difficile souvent de discerner dans ces familles, qui est acteur ou victime. Les secrets d'inceste touchent tous les membres de la famille. D'ailleurs la nature même des transactions incestuelles brouille les pistes.

Dans le film « Festen » du réalisateur T Vinterberg, 1998, le climat dérangeant et violent de l'incestuel intrafamilial est montré. Le fils alors adulte, agressé par le passé, impose à l'ensemble de la famille sa parole révélant l'inceste du père. Tout le long du film, il oblige les membres de la famille à l'écouter, malgré eux, pour qu'ils reconnaissent l'inceste. Cet acte permet une sorte de délimitation de son intimité violée et de l'acte de violence du père. Il permet enfin de limiter cette confusion ambiante. Cependant, la position de la mère est dérangeante dans ce film car elle partage le repas final avec son fils comme si elle était neutre dans la transaction incestueuse. (non complice)

La vérité de l'inceste est donc interdite mais l'incestuel vient s'y substituer. Racamier cite cet adage : « chassez un interdit (celui de l'inceste), ceux de l'incestuel reviennent en foule. » Il est donc interdit de ne pas savoir. C'est la double contrainte de l'incestuel.

Les secrets incestuels se situeraient du côté du préconscient et les mécanismes de défense sollicités seraient principalement des dénis partiels. Il n'y a pas, bien sûr, de pathologie spécifique au secret incestuel, la résultante majeure serait l'absence de fantasmes, rêves ou pensées donc le recours à l'agir.

Comme nous l'avons vu, les secrets ont des contenus complexes et la prudence semble de rigueur dans ce domaine. Le risque serait de s'évertuer à chercher une vérité à l'origine des secrets de famille...

Selon Malarewicz, 2009, citant G Simondon (psychologue et philosophe) : il n'existe que de « réalité construite ». Le passé n'existerait pas en tant qu'absolu mais serait l'objet d'une relecture permanente à la lumière du présent. « Ce serait une lecture présente du passé pour justifier le présent » (Les psychanalystes évoquent cela par le concept d'après coup : la vision rétrospective correspond à une reprise dynamique permanente de l'histoire du sujet par

réélaboration des souvenirs toute la vie). Pour les constructivistes, la réalité est co-construite par les différentes personnes du même système.

Citons Racamier :

« Et lorsque par mégarde, lorsque nous nous évertuons à démêler le vrai du faux dans les secrets incestuels, nous ne faisons rien d'autre que de nous prendre au piège. »

.4 Lien deuil-secret de famille

Ce sujet est vaste, pour éviter de s'égarer, nous le traitons de façon succincte mais il mériterait plus de développement. Le lien est complexe car la mort peut être le contenu du secret mais pas seulement, le secret peut concerner les conséquences émotionnelles ou psychiques de la mort d'une personne pour l'entourage ou même la personne disparue...

Selon Racamier : les décès, disparitions, incarcérations ou internements de personnes proches peuvent provoquer matière à deuil. Mais dans le cas où le deuil n'est pas fait par les proches, « la marche du secret » peut commencer.

Ceci pour deux raisons principales:

La mort a pu paraître suspecte aux yeux des proches, peut être semble-t-elle « ignominieuse » ou criminelle...Même si cela reste du domaine du ressenti par les proches et que la réalité semble toute autre, ceci peut créer un secret. En éludant ce deuil, les proches auront doublement enfoui le disparu. On ne parlera plus jamais de lui ; « la mise aux oubliettes est pire que la mise au tombeau », et cela d'autant qu'elle se perpétue. La mémoire qui se perpétue alors n'est pas celle du mort mais celle du non deuil de sa mort. C'est un véritable vide représentationnel à transmettre.

Dans d'autres cas, la mort ou la disparition a été insupportable pour les proches. Ceci n'est pas supportable pour des raisons qui semblent narcissiques et non liés à priori à la honte. Dans le « Génie des origines », Racamier consacre en 1992 un texte au deuil. Pour lui, la disparition est tellement douloureuse pour certains proches, qu'elle « déchire le tissu narcissique familial ». Le mort au lieu d'être « deuilé » est idéalisé voire divinisé. Plus il y a de mystère autour de la mort, plus la tendance à l'idéalisation semble importante. Ainsi, le

secret autour de cette personne permettrait de le garder « idéal » et semble être une tentative de sauvetage narcissique.

C.Nachin, 1993 parle des fantômes de Abraham et Torok que nous allons développer ultérieurement, ainsi : le fantôme correspond « au travail induit dans l'inconscient d'un sujet par sa relation avec un parent ou un objet d'amour important porteur d'un deuil non fait, ou d'un autre traumatisme non surmonté, même en l'absence d'un secret invouable, avec la réserve qu'un deuil non fait devient par lui-même un secret au fil du temps »

Nous l'avons vu les secrets de famille ont des origines variées et sont en lien, souvent, avec les origines, la mort et des sentiments de culpabilité et de honte. La plupart du temps, le caractère transgressif d'un événement peut être à l'origine du secret. Faire des liens avec les notions importantes de traumatisme, d'incestuel et de deuil paraissait nécessaire à ce point de la réflexion pour éclairer les cas de Mélanie et Alice notamment. Nous allons maintenant nous interroger sur la limite entre le secret de famille et le secret de famille pathogène.

.II A partir de quand un secret de famille est il délétère?

Nous avons l'impression que l'on attribue trop souvent aux secrets de famille un rôle « pathogène ». Nous tenterons de faire la distinction entre secret de famille et secret de famille pathogène, c'est-à-dire potentiellement pourvoyeur de troubles psychiques ou physiques ; même si cette démarche est critiquable. En effet, le secret de famille ne peut pas à lui seul expliquer de façon linéaire des troubles psychiques ou physiques présentés par le porteur du secret ou l'exclu du secret à notre avis. Le lien direct linéaire entre un secret de famille quel qu'il soit et des troubles psychiques (c'est ce qui nous intéresse) est toujours difficile à établir et risque d'être simpliste.

Cependant tenter d'éclaircir cette problématique semble fondamental. Ceci est important pour pouvoir établir une sorte de clinique du secret de famille et ensuite choisir une attitude thérapeutique adaptée face aux différentes formes de secret de famille apparaissant au cours du processus psychothérapique.

En effet, ce n'est pas seulement le contenu du secret qui définit sa « nocivité » mais un ensemble d'éléments complexes. Le secret de famille peut avoir des effets sur les individus ; ils seront différents en fonction de la position du sujet : porteur ou exclu du secret. La balance entre les dommages possibles sur le destinataire d'un secret et la protection apportée par le secret à celui-ci est difficile à déterminer. Certains ont tenté de classer les secrets de famille en fonction de leur « toxicité ».

.1 Porteur du secret

a) Du gardien au prisonnier du secret

La double valence du secret à la fois protecteur et toxique est illustrée par les expressions : d'une part « être le gardien du secret » où le porteur maîtrise le secret, d'autre part « être prisonnier d'un secret » où le porteur est maîtrisé par le secret.

Ainsi à quel moment, on cesse de considérer le secret comme une protection nécessaire pour le considérer comme pathogène pour le porteur et pour les autres ? Lorsque le porteur cesse d'être son « gardien » pour devenir son « prisonnier ». Dans le langage courant, c'est le passage de l'expression « être mis dans le secret », « tenu au secret » vers l'expression « mis au secret ».

Pour Tisseron, 2004, les secrets ne peuvent pas se définir uniquement en termes de relation ou de communication. C'est une organisation psychique consciente ou inconsciente avant d'être une forme de relation. Cette distinction entre le secret comme phénomène relationnel et le secret comme phénomène psychique est essentielle. Il propose d'écrire avec un S majuscule, le Secret en tant qu'organisation psychique et ainsi faire la distinction avec les secrets normaux de la vie courante.

Or l'existence de secrets gardés volontairement dans une famille, ne s'accompagne pas forcément d'une organisation psychique caractéristique du secret chez l'un de ses membres. Pour lui, ce qui caractérise le Secret serait le fait que le porteur soit « coupé en deux au niveau de sa personnalité », autrement dit avec un psychisme clivé. Cette distinction entre le secret relationnel et le Secret comme fait psychique nous permet de mieux comprendre la différence entre les secrets pathogènes et les secrets courants.

b) Effets sur le porteur du secret

Le porteur va être partagé entre intégrer un jour le contenu de ce secret dans son histoire, s'en parler à lui-même, en parler à ses proches ; mais d'un autre côté, il veut s'en débarrasser, faire comme si cet événement n'avait jamais existé. Le détenteur du secret est alors enfermé dans le paradoxe qu'il est à la fois interdit de dire, mais aussi interdit de révéler . Il est prisonnier.

Quand un événement est tenu secret, il divise le psychisme de celui qui le garde. Cette division « secrète » des conduites et des paroles contradictoires et paradoxales pour l'entourage du porteur.

Selon Karpel, 1980, il arrive fréquemment que le porteur ait la peur permanente de voir son secret découvert. Il a donc la nécessité de devoir contrôler constamment le contenu de ses conversations. Ceci peut rendre le détenteur anxieux.

Lorsque l'on parle de Secret, il est possible que le porteur puisse revivre le secret au même titre que le traumatisé revit le traumatisme dans le cas d'un syndrome de stress post traumatique.

Ainsi le Secret, enfermé dans le psychisme du parent, provoque des perturbations de sa communication, notamment avec ses proches et plus particulièrement avec ses enfants. Le clivage du porteur est amené à provoquer chez ses proches des expériences qu'ils sont amenés à cliver à leur tour. L'effet sur le porteur est indissociable des effets possibles sur l'entourage du porteur : un parent qui a en lui un Secret va avoir une perturbation de sa relation avec ses enfants. Ceux-ci peuvent faire des efforts pour s'en accommoder, avoir des troubles psychiques qui par la suite perturbent leur relation avec leurs propres enfants, et ainsi de suite sur plusieurs générations.

Pour Zempléni (1976) le secret peut subsister sans se signaler...Il désigne par « sécrétions » ou « sécrétudes », l'ensemble des processus plus ou moins involontaires, par lesquels le secret est exhibé à l'entourage sans être communiqué ni révélé. Des signaux laissent ainsi échapper des informations.

.2 Particularités du langage et étrangeté du porteur du secret

a) Particularités du langage

Abraham et Torok, 1978, ont montré l'importance du travail des mots et du langage du porteur de secret particulièrement lorsque le contenu du secret est un traumatisme. Le porteur peut émettre des indices concernant le secret, au travers des allusions ou coïncidences phonétiques.

Selon eux, le porteur a une « crypte » dans son psychisme. C'est-à-dire que le porteur perd un objet narcissiquement indispensable. L'incorporation de l'objet va remplacer les habituelles et nécessaires identifications, venant constituer une « crypte » dans le psychisme du sujet.

La paroi interne du sujet selon Abraham et Torok contiendrait les mots du secret. Issus des transformations linguistiques, ils constituent de véritables messages codés, qui affleurent au préconscient-conscient, et introduisent la notion qu'« il y a quelque chose que l'enfant ne doit pas savoir ».

Ils ont identifié quatre types de transformations des mots du secret :

- Les homonymes, dont la prononciation est identique à celle des mots du secret, mais comportant un sens différent.
- Les paronymes, dont la phonétique est proche de celle des mots du secret.
- Les allosèmes correspondent à d'autres sens des mots du secret, mais qui ne seront jamais prononcés et apparaissent dans les rêves, fantasmes, passages à l'actes ou symptômes.
- Enfin les cryptonymes sont les mots remplaçant les allosèmes dans le discours du sujet, n'ayant en apparence aucun rapport phonétique ou sémantique avec le mot interdit, mais ayant une de leurs significations latérales.

Selon C Nachin, 1993 les cryptonymes sont transmis par les ascendants et ont « à la fois la fonction de gnomes surveillant la crypte et la fonction de messages estropiés de son contenu, mais en véhiculant en même temps l'exigence de la nescience concernant leur origine dramatique. » (La nescience étant l'état de celui qui ne sait pas, qui n'a pas de savoir).

b) Comportements étranges

Le porteur du secret présente fréquemment des incohérences dans ses comportements et dans ses réactions affectives dues au mécanisme de clivage de son psychisme : La souffrance psychique du parent est alors perçue par l'enfant mais souvent totalement déniée ; Par exemple le parent peut avoir un accès de colère lors de la prononciation de certains mots, il peut interdire à l'enfant d'exprimer certaines émotions. Une sorte de communication paradoxale s'installe avec de nombreuses distorsions communicatives.

Parallèlement au clivage du porteur, le porteur peut aussi faire preuve de projection sur son entourage. Le porteur peut identifier certains de ses proches aux incorporas contenus dans son psychisme, jouant ainsi avec eux la scène traumatique. Inconsciemment, le parent provoque chez l'enfant, les émotions et les comportements correspondant à des pensées qu'il a rejetées hors de lui-même, processus pouvant se répéter de génération en génération.

Selma Fraiberg, 1999, dans « fantômes dans la chambre d'enfant », évoque ces « visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents » et qui « ne sont pas invités au baptême », elle fait référence au mécanisme d'identification à l'agresseur » décrit par Anna Freud. Il s'agit d'éléments non intégrés dans la personnalité du sujet, tels que des affects refoulés, qui refont surface à son insu, dans la relation établie avec l'enfant. Le parent projette sur l'enfant la souffrance qui a été sienne par le passé, en le faisant souffrir à son tour, en identification à l'individu persécuteur de son histoire.

Selon cette idée, on peut faire une hypothèse pour le cas de Mélanie : Sa mère en devenant maltraitante vis-à-vis de sa fille, a pu rejouer la relation violente entretenue avec son propre père à l'adolescence. Elle perpétuerait aussi l'absence de protection maternelle, en identification à sa propre mère, qui n'avait su protéger sa fille de son mari incestueux. On peut avoir en arrière pensée, le risque que Mélanie reproduise à son tour ce lien de violence avec ses propres enfants...

.3 Suintement du secret et la feintise

Serge Tisseron, 1996 a développé ces concepts à la suite des travaux d'Abraham-Torok et Nachin, ils éclairent les effets possibles des secrets de familles.

a) Les suintements du secret

Nous l'avons évoqué, le propre du secret n'est pas seulement de ne pas être dit avec des mots ; d'autres canaux de communication sont victimes de cet interdit : l'expression analogique par le canal paraverbal et non verbal est tentée d'être contrôlée par le porteur du secret.

Mais ces canaux sont plus difficiles à maîtriser ; souvent ces formes d'expression (par des gestes, le ton de la voix ou la mimique par exemple) ne sont pas congruentes. Ceci correspond à ce que Tisseron nomme les suintements du secret. (2004)

Ces suintements du secret peuvent être aussi bien des lapsus, des comportements étranges ou des mots répétés... Ces expressions paraverbales ou non verbales sont des symbolisations imparfaites de l'événement caché. Ces gestes ou mimiques... sont coupés de toute traduction verbale explicite.

Ainsi la division dont fait preuve le porteur d'un Secret « secrète » des conduites et des paroles contradictoires ou paradoxales pour l'entourage. Ceci est particulièrement perturbant pour un enfant.

Dans le film *Mystic River* (2003) du réalisateur Clint Eastwood, l'un des protagonistes adulte, agressé sexuellement dans son enfance, raconte à son enfant une histoire. A un moment de la scène, les paroles lues à l'enfant ne sont plus congruentes avec l'émotion du lecteur (exprimée par le ton de sa voix, son regard, ses mimiques du visage). Le père exprime de la terreur alors qu'il lit une histoire enfantine qui se déroule dans la forêt. Cette émotion est liée à son secret : son agression lors de l'enfance dans un bois.

b) La feintise

Ce mot désigne au mieux la situation d'un enfant confronté aux suintements du secret selon Tisseron. Ce terme du douzième siècle, n'est quasiment plus utilisé actuellement. Ce mot employé, entre autre, dans les romans de la table ronde, désignait la ruse par laquelle une

personne prend la place d'une autre afin de se faire passer pour elle. La feintise crée donc un statut d'ambiguïté de la croyance. Des messages contradictoires sont envoyés, la personne en face ne peut pas se référer à un système de croyance unique.

L'enfant confronté à un Secret semble être dans la même position, il ne sait pas quel statut attribué à ce qu'il perçoit. Ainsi, il semble qu'un parent porteur d'un Secret peut sans le vouloir et même sans s'en apercevoir, perturber un enfant.

Les mots « suintements, feintise et Secret » renvoient à la même chose, mais de trois points de vue différents :

Le point de vue objectif, qui serait celui d'un observateur, serait de remarquer les clivages et symbolisations partielles à travers les « suintements ».

Le point de vue phénoménologique, qui serait ce que le proche éprouve au contact du Secret serait la « feintise ».

Le point de vue métapsychologique, serait le clivage du porteur responsable des suintements et également le clivage, tout autre, qui s'installe chez l'exclu du secret (l'enfant par exemple) face aux suintements. Ceci serait le « Secret ».

.4 Exclut du secret

a) Effets sur les proches

En 2001, J Y Hayez distingue des effets spécifiques au secret et des effets aspécifiques ; nous traitons d'abord des effets spécifiques. Sous l'effet d'un Secret qu'il pressent, la personnalité d'un adulte ou d'un enfant peut être amenée à se cliver comme nous l'avons évoqué. Cette personne apprend à fonctionner avec un psychisme divisé : d'une part, elle est obligée d'apprendre à repérer l'existence du secret douloureux par les multiples indices de manière à ne pas risquer de confronter, trop brutalement, le porteur à cette zone douloureuse de sa personnalité. D'autre part, elle est obligée de faire comme si ce secret n'existait pas. Souvent il plane une ambiance pesante entretenue par le maintien du secret.

b) Effets chez l'enfant

Un tel clivage peut avoir des effets immédiats sur un enfant par exemple. Il peut apprendre à cacher ses sentiments, ses pensées. Il peut se replier sur lui-même. Ce repli peut dans certains cas favoriser les activités intellectuelles, dans d'autres cas, l'inhibition par perte de confiance en soi. Puisque l'enfant ne contrôle pas les secrets du parent, il peut être amené à créer des secrets qu'il va maîtriser. Ainsi des secrets de famille anodins peuvent en cacher d'autres plus importants...

L'enfant perçoit la souffrance de son parent et que celui-ci semble vouloir lui cacher. L'enfant peut se questionner et s'engager dans différentes attitudes psychologiques :

Le petit enfant va avoir tendance à imaginer qu'il est lui-même responsable voire coupable de la souffrance de son parent. Cette pensée correspond à l'illusion de la toute puissance infantile. Le jeune enfant se croit l'origine ou la cause de ce qu'il perçoit chez les adultes qui l'entourent. Il peut donc, face à la souffrance inexpliquée d'un parent, se culpabiliser.

L'enfant plus grand va souvent faire des hypothèses face à la souffrance ressentie et l'interdit associé ; il peut s'imaginer que ses parents sont coupables d'actes terribles que ceux-ci voudraient cacher. Dans ce cas il peut perdre confiance en son entourage, se sentir insécurisé et ressentir de la honte.

Enfin, l'enfant devant un secret peut perdre confiance en ses propres capacités, notamment si ce qu'il a remarqué est nié par les parents. Dans certaines situations, il ne fait plus confiance à sa capacité à voir, entendre comprendre ce qui l'entoure. Il a souvent dans ce cas, une blessure narcissique importante et un fort doute sur ses capacités.

Ainsi S Tisseron, décrit 8 réactions possibles des enfants face à un Secret (conférence 2009) : certains vont se sentir coupables ou honteux, d'autres insécurisés et bizarres comme nous l'avons vu. D'autres vont prendre différentes voies favorisées par la confrontation de l'enfant avec un Secret:

Lorsque ses questions sont considérées comme des transgressions, l'enfant risque de censurer son désir de savoir. (G Diatkine 1984) ; il peut développer des troubles de l'apprentissage.

Il peut au contraire se rassurer en adoptant un certain conformisme.

L'enfant peut fabriquer par ailleurs des secrets à son tour.

Enfin, il peut élaborer des fantasmes à visée explicative du secret. Ceci stimule sa capacité créative : « ... une intense activité fantasmatique tant consciente qu'inconsciente, se trouve investie à boucher les trous, à réparer les fissures et à rapprocher les pièces de cette mémoire familiale éclatée » Tisseron (1993)

La dernière voix, celle de la création, semble avoir été prise par Hergé selon S Tisseron, 1992 : dans « Tintin et les secrets de famille », il met en lien les secrets de famille d'Hergé et son travail artistique très productif dans l'épopée de Tintin. D'ailleurs, les intrigues de la bande dessinée sont analysées par Tisseron avec l'éclairage des secrets de famille supposés dans la famille d'Hergé : Le capitaine Haddock aurait, selon Tisseron, un ancêtre non reconnu par son propre père. Le chevalier Hadoque, ancêtre du capitaine, serait un bâtard de Louis XIV, tout comme le père d'Hergé serait peut-être né d'un père doté d'une haute situation sociale, ne l'ayant pas reconnu, et ne s'étant manifesté à lui que par des signes discrets et ambigus mais néanmoins répétés dans le temps. Un secret avait toujours plané sur la véritable origine du père d'Hergé.

On pourrait considérer l'ensemble de ces effets sur l'exclu du secret comme les effets spécifiques du secret dans la distinction faite par J Y Hayez, 2001. Les effets négatifs aspécifiques selon Hayez sont les projections négatives qui sont faites sur l'enfant et l'utilisation de cet enfant comme un moyen de réparation.

L'exemple de Mélanie pourrait constituer une bonne illustration des projections négatives : Mélanie serait de ce point de vue, victime de projections importantes de la part de son père, elle semblerait être porteuse de représentations et d'affects qui concernent plutôt sa mère.

.5 Rapport dommage –protection

Selon C Lorio et G Vella, 2004, deux psychiatres italiens, le secret peut être une manière de protéger l'exclu du secret mais en même temps causer des dommages et de la souffrance. Ils proposent d'explorer dans l'article « Secrets et système familial : protection ou préjudice », la nature relationnelle du secret dans le système familial. Ici l'analyse est celle de la relation, elle est extra-psychique. Les relations familiales sont examinées pour tenter de discerner quand et

comment les secrets deviennent nuisibles. Ils proposent in fine, une classification des secrets en fonction de leurs effets nocifs.

a) Les intentions protectrices du secret

Le rôle protecteur des secrets est souvent mis en avant pour légitimer leur fréquence dans les familles. Les intentions du porteur peuvent être celles-ci ; même si nous nuancerons ces propos ultérieurement dans notre réflexion. Il apparaît que, quelles que soient les intentions du détenteur du secret, garder un secret semble pouvoir être nuisible d'une manière ou d'une autre pour le destinataire. Cette motivation bienveillante, à but exclusivement protectrice peut engendrer des dommages chez l'exclu du secret.

Dans la famille de Gonzague par exemple, Gonzague est considéré comme « fragile », c'est pourquoi ses parents ont cru bon de le protéger en gardant secret des informations sur la famille paternelle. Cette attitude est justifiée par les parents par le risque supposé lors de la révélation...

b) Les dommages

Selon ces auteurs, l'importance des dommages causés dépend essentiellement du poids du secret dans une relation donnée. Ce n'est pas le contenu du secret qui présume de la nocivité du secret car, bien souvent, le détenteur et le destinataire du secret lui attribuent une valeur très différente. Le poids du secret varie d'un individu à l'autre et d'une relation à l'autre. Ainsi, il est possible que le porteur du secret considère que taire le contenu est une forme de protection, alors que l'exclu ressent au contraire comme nuisible le maintien du silence.

Faire une évaluation correcte du poids du secret paraît donc complexe car il est fonction de nombreuses variables. Mesurer de façon fiable le degré de nocivité du secret paraît quasi impossible. Une mesure directe du poids du secret sur une relation est difficile à déterminer. La nature même du secret oblige l'observateur à adopter des formes indirectes d'investigation. Ces indicateurs indirects peuvent apporter des informations sur l'effet d'un secret sur une relation spécifique.

c) Rapport dommage-protection

Selon Lorieo et Vella, plus l'effet protecteur d'un secret est marquant, plus sa composante nocive tend à diminuer. Même si priver un individu d'un savoir auquel il a le droit constitue un dommage pour lui, parfois cet effet est largement compensé par la quantité de bénéfices que cela apporte au destinataire.

Pour ces deux auteurs, le rapport dommage-protection dépend fortement du facteur temps, des cycles de vie et des événements de vie: ainsi il peut être adéquat de révéler telle chose à un temps donné alors que cela serait inopportun à un autre moment... La fin de l'enfance est un moment souvent choisi par les familles pour parler des secrets.

d) Le secret dans la relation

Le degré d'importance d'un secret dans une relation semble observable en fonction de sa place dans la communication centrale ou marginale. Un moyen de mesurer son importance, serait de compter la fréquence où le secret est évoqué directement ou indirectement au sein des interactions entre le détenteur et l'exclu du secret.

La place accordée au secret dans une relation peut être aussi évaluée de façon indirecte par une restriction de la communication dans des domaines extérieurs au secret. Paradoxalement, plus le secret a une place centrale, plus les relations extérieures au secret semblent réduites. Le secret deviendrait le sujet essentiel de toute communication (directe ou indirecte) dans une relation ou un système familial. Parfois, tous les échanges sont extrêmement restreints dans ces familles. On peut parler de communication amorphe ou de barrière de caoutchouc selon Wynne 1958, 1965.

Le détenteur du secret a recours à des stratégies de révélation et dissimulation dans la relation avec le destinataire. L'allusion et l'évitement sont fréquemment utilisés ; ces deux moyens activent l'intérêt et suscitent de la frustration et de la déception suffisante pour intensifier le désir de savoir. Souvent, ceci passe par une communication paraverbale ou non verbale. Ce phénomène est aussi entretenu par le comportement du destinataire du secret qui montre de

l'intérêt et de la sensibilité pour le secret. La relation du porteur du secret et de l'exclu serait donc orientée vers le secret co-construit par les deux protagonistes.

Il arrive que la tendance à communiquer de façon allusive soit si forte qu'une atmosphère particulière s'instaure, faite de paroles en suspens et de flou. La relation semble inconsistante, vague sans contacts réels entre les intervenants. Les membres de la famille se parlent cependant les mots prononcés sont dépourvus de sens alors qu'ils ont du sens pris séparément.

Wynne (1965) a décrit ce mode de communication particulier comme un chaos cognitif collectif : « Dans ces familles, chaque phrase prononcée individuellement, séparée de son contexte transactionnel, peut paraître assez normale, de telle sorte qu'habituellement, on ne pose pas de question sur la rationalité de ces déclarations spécifiques quand on les considère isolément. Cependant, l'ensemble de la séquence transactionnelle semblera totalement bizarre, décousu, fragmenté. On retrouve ce genre d'échange dans certaines familles notamment de psychotiques. »

La relation se centre sur le secret quand le retrait de parole, les stratégies de révélation-dissimulation, la centralité du secret et la restriction des zones de communication extérieures deviennent prépondérants. Les relations semblent exclusivement « nourries » par le climat du secret. Tout tourne alors autour de ce qui peut ou ne peut pas être dit... Si la famille entière est impliquée dans ce processus, les relations ne survivent qu'en apparence seulement.

Certains vont jusqu'à mettre en évidence des configurations interactionnelles dysfonctionnelles en lien avec la nocivité du secret. Lorieiro et Vella, 2004, considèrent trois éléments comme des signes de gravité :

Ainsi, si le secret implique des membres de générations différentes, ceci correspond à une violation des hiérarchies intergénérationnelles et constitue une place importante du secret dans la relation de la famille.

Si certains ont recours à des constructions de fausses réalités pour garder le secret, des croyances supplémentaires se développent.

Les multiples stratégies de révélation-dissimulation utilisées activent la relation basée sur le secret.

L'importance attribuée au secret est très variable selon les individus, elle est éminemment subjective. Il est difficile de prédire quel secret sera lourd pour une personne ...Pourtant c'est cette importance attribuée à un secret qui correspond souvent au dommage qu'il produira. Finalement, l'effet nocif semble moins correspondre à l'importance objective du secret mais plus à ce qu'il représente subjectivement pour les participants. Ce n'est pas le secret en lui-même qui compterait de ce point de vue, mais l'importance qu'on lui attribue. L'exagération d'un savoir « d'ordre supérieur » peut créer la même relation asymétrique qu'un secret réellement important.

On peut obtenir par exemple un effet similaire avec un secret inventé ; le porteur induit l'exclu à supposer la présence d'un secret qui n'existe pas en réalité, et obtiendrait ainsi une réaction d'intérêt de l'exclu. Le patient peut souvent avoir recours à cela dans la relation thérapeutique : il prétend posséder des informations particulières qu'il pourrait révéler à son thérapeute. Parfois ces éléments s'avèrent d'importance réduite pour les objectifs thérapeutiques, et semblent être à contrario un moyen permettant de gagner plus d'attention et d'engagement de la part du thérapeute.

.6 Classification des secrets de famille en fonction de leur nocivité pour l'exclu du secret

Loriedo et Vella, 2004, tentent de définir différents types de secret, en lien avec les dommages qu'ils entraînent, et leurs conséquences...

a) Secrets nocifs

Selon leur définition, les secrets nocifs sont ceux qui produisent des dommages sans préciser le type de dommage et la sévérité. Ainsi, ils peuvent être divisés en trois sous catégories : les secrets pathogènes, toxiques et dangereux. Cette distinction est forcément un peu simpliste et difficile à appliquer car un même secret peut produire des effets et dommages variés. De plus, un même dommage peut être causé de différentes façons, simultanément chez plusieurs

membres de la famille, ou à différents moments chez les mêmes personnes ou dans les mêmes relations.

b) Secrets pathogènes

Ce sont des secrets nocifs qui entraînent l'émergence de symptôme ou de maladie. Ce type de secret induit des dommages qui provoqueraient indirectement ou directement des problèmes médicaux et plus particulièrement psychiatriques selon les auteurs. Les troubles doivent être clairement en relation avec le fait de garder un secret. Nous développerons par la suite cette problématique du lien symptôme-secret qui est compliqué voire impossible à établir le plus souvent.

c) Secrets toxiques

Ce terme serait utilisé pour les secrets qui n'induisent pas ou n'ont pas encore induit de symptômes. Cependant, ils produisent des dommages significatifs dans les relations ou chez les personnes qui y participent. Cette définition exclut les secrets pathogènes qui provoqueraient des pathologies physiques ou psychologiques. Ici le terme « secret toxique » est utilisé dans un sens différent de celui d'Imber- Black (1993). Pour elle, le secret toxique « engendre des symptômes débilissants et l'érosion de la fiabilité relationnelle ».

Dans la définition de Loriedo et Vella, 2004, les conséquences du secret vont affecter le détenteur, le destinataire ou les deux. Les interactions dysfonctionnelles, évoquées précédemment contribuent à activer ce type de dommage.

d) Secrets dangereux

Les auteurs reprennent le point de vue d'Imber-Black en ce qui concerne le secret dangereux. C'est un secret conçu pour couvrir une action illégale ou criminelle qui risque de mettre en danger la vie ou la sécurité d'une personne du fait de sa gravité. L'identification des secrets dangereux est essentielle, il faut que le thérapeute adopte alors une position claire et prenne des mesures concrètes rapides pour protéger les victimes. Dans cette thèse, ce type de secret n'est pas développé. Il peut s'agir d'un secret de maltraitance sur enfant, de projet de suicide,

de projet d'agression...Souvent le recours à la loi est nécessaire pour la protection de la personne.

Ces catégories sont claires mais, en pratique, parfois complexes à définir. Cependant, elles permettent au thérapeute de situer à quel secret de famille, il semble avoir à faire et ainsi, évaluer la nocivité de celui-ci.

.III La transmission du secret de famille

L'une des fonctions essentielles de la famille est la transmission. Les psychanalystes et thérapeutes de la famille analytique ou systémique s'y sont intéressés, et ont élaboré des concepts différents à ce sujet. Initialement, le concept de transmission était mal accepté par les psychanalystes. Pour eux, ce concept semblait extérieur au psychisme, interpersonnel. Ce sont les théories systémiques qui ont abordé cette question au départ pour étudier la manière dont les générations communiquent entre elles, respectant ou non la barrière intergénérationnelle...

Or le paradoxe du secret de famille est qu'il se transmet de génération en génération, même et surtout, s'il n'est pas exprimé verbalement. Comment un non dit, un vide, une lacune peut se transmettre et avoir des conséquences sur plusieurs générations ? En reprenant les concepts de transmission inter et transgénérationnelle, ainsi que les travaux de psychanalyse, notamment de Abraham et Torok puis les travaux systémiques, nous allons tenter d'y répondre.

.1 La transmission transgénérationnelle et intergénérationnelle

Nous avons effleuré ces concepts au sujet de la filiation et du concept de maillage de Pierre Benghozi. La circulation des secrets dans les groupes de la famille, interroge les modalités de transmission des secrets. « De quelle façon se transmet cette chose qui ne se dit pas, ne se sait pas, qui n'est pas représentée et n'est pas représentable ? » (S Hefez, 2001).

Transmettre vient du latin trajet. A l'origine, le mot vient d'un processus de modèle biologique. De nombreux auteurs ont travaillé sur le concept de transmission, nous ne

pouvons pas tous les citer ou aborder toutes leur hypothèses. Nous avons choisi d'évoquer les travaux qui nous semblent les plus éclairants pour la transmission du secret de famille. Nous allons tenter de comprendre l'idée d'une transmission du secret à la lumière de concepts analytiques et systémiques. Comment se fait cette transmission, par quelles voies se fait-elle ?

Freud en 1919 présentait que « ... des processus psychiques se transmettent d'une personne à l'autre de sorte que l'une participe à ce que l'autre sait, pense et éprouve...constant retour du semblable, répétition des mêmes traits, caractères, destinées, actes criminels dans plusieurs générations ». Il évoquait la possible transmission du secret : « les secrets sont des choses qui non partagées par la parole avec un autre, reviennent telles des âmes sans sépulture hanter les vies humaines ». Pour Freud le secret a à voir avec le refoulement, quelque chose qui aurait du demeurer caché et qui est réapparu. Ainsi, il était le précurseur des réflexions ultérieures sur le transgénérationnel.

Evelyne Granjon a distingué en 1989:

L'intergénérationnel désignant « la transmission d'éléments bien élaborés, assimilables par le psychisme du destinataire et qui viennent alimenter sa croissance et son fonctionnement ». On transmet en le sachant ou à son insu.

Le transgénérationnel, défini comme « la transmission inconsciente d'une génération à la suivante de fonctionnements psychiques insuffisamment élaborés et qui sont susceptibles d'entraver le développement et l'harmonie de la personnalité du sujet destinataire ».

Ainsi la confrontation parentale à des événements douloureux qui ont fait traumatisme par exemple, peut entraver leur capacité à ressentir, penser et agir et par transmission transgénérationnelle se propager. Ceci serait majoré par le secret de famille qui désorganise les liens de filiation. Les phénomènes transgénérationnels seraient donc toujours de l'ordre de l'hypothèse. (Ils concernent ce que l'on transmet à son insu.)

Des travaux sur la transmission font l'hypothèse d' « une transmission en positif » en prenant appui sur le concept de l'accordage affectif développé par D Stern (1989) et la théorie de l'attachement de J Bowlby (1969). Volontairement nous ne les traitons pas ici mais ces concepts sont à citer car ils apportent un point de vue encore différent.

Serge Lebovici a réalisé une réflexion riche sur la transmission inter et transgénérationnelle, la filiation et l'affiliation. Lebovici va progressivement s'opposer dans ce domaine à la perspective trop cognitive et génétique selon lui, d'auteurs comme J. Bowlby et I. Bretherton. En effet, il a intensément développé, et ce jusqu'à la fin de sa vie, des concepts comme ceux de « génogramme psychique », d'« arbre de vie » ou de « mandat transgénérationnel » qui sont venus fonder et centrer sa pratique des consultations thérapeutiques. Serge Lebovici aimait à rappeler cette phrase de Freud, reprise du Faust de Goethe : « Ce dont tu as hérité de tes pères, conquiers-le afin de pouvoir le posséder. »

Le concept de « mandat transgénérationnel » ce serait le mandat d'un enfant, résultant des deux filiations maternelle et paternelle. L'enfant s'organise au point de croisement de ces deux filiations. Cette notion de mandat est basée sur l'idée qu'il existe pour tout individu un « génogramme psychique ».

B Golse (1999) fait l'hypothèse de l'existence de trois niveaux de transmission :

Sur le plan de l'attachement, le transgénérationnel pourrait se concevoir comme une transmission de patterns, et ainsi rendre compte de répétitions au fil des générations

Au niveau des liens, le transgénérationnel pourrait être intégré dans le cadre des interactions affectives et fantasmatiques, le concept d'accordage affectif est alors au cœur de la transmission.

Au niveau relationnel, le transgénérationnel prend appui sur la question des identifications et des projections.

En 2007, Serge Tisseron veut alerter sur le terme trompeur de transmission qui pourrait laisser croire que la transmission se fait à l'identique ou bien dans un seul sens. Or les enfants transmettent eux aussi à leurs parents.

Il propose le terme d'« influence transgénérationnelle » à la place de ce qui est souvent appelé transmission. Cette influence transgénérationnelle décrit l'influence irrépessible du psychisme parental, au travers des manifestations verbales, affectives, sensorielles et motrices, sur l'appareil psychique de l'enfant. L'enfant va effectuer un travail d'appropriation active, de digestion de ces influences. Or le terme « influence » évoque pour Tisseron un peu trop les premiers travaux de Freud. Il préfère donc nommer « ricochets », les processus par lesquels s'opèrent les influences inconscientes entre générations.

Tisseron s'est donc intéressé aux mécanismes mis à l'œuvre dans la constitution des secrets de famille et aux effets sur plusieurs générations successives. Il a constaté que trois générations sont souvent nécessaires à la production de symptômes qui conduisent à la consultation de pédopsychiatrie.

.2 L'apport particulier d'Abraham, Torok, Nachin et Tisseron

Leurs concepts éclairent le lien secret-deuil et secret-traumatisme, par ailleurs ils conceptualisent pour la première fois ce qui se joue à chaque génération lors d'un secret de famille. L'œuvre princeps d'Abraham et Torok: « l'écorce et le noyau » a été rédigé entre 1959 et 1975. Nous reprendrons le cas de Mélanie pour illustrer ces concepts.

a) La première génération, celle des « non-dits », de l'indicible, porteuse d'une crypte

Pour étudier ce qui se passe chez le porteur du secret et comprendre la pensée d'Abraham et Torok, on doit repartir du concept d'introjection de Ferenczi 1909. Ce processus est celui qui fait passer, sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets.

Maria Torok développe l'introjection de Ferenczi : pour elle, ce mécanisme permet « d'étendre au monde extérieur les intérêts primitivement autoérotiques, en incluant les objets du monde extérieur dans le Moi », réalisant ainsi « un élargissement du Moi ». Il s'agirait d'un processus progressif, visant la croissance et non la compensation. L'incorporation est opposée à l'introjection. L'incorporation serait un fantasme, où l'objet est introduit à l'intérieur de soi, de façon instantanée et magique, accompagné des pulsions dont il était investi. Ainsi elle oppose le processus d'introjection « opérant au grand jour » à l'incorporation cannibalique, de l'ordre du fantasme, qui agit « sous le sceau du secret et vise à rassurer le Moi ».

Quelques années plus tard, Nicolas Abraham, s'associant aux travaux de Maria Torok, reprend deux concepts :

L'introjection serait conçue comme « une communion de bouches vides ». Les premières introjections s'effectueraient grâce aux expériences du vide de la bouche, doublées de la présence maternelle qui possède le langage.

A l'opposé, l'incorporation correspondrait à la réalisation « d'une œuvre de bouche pour une autre ». L'incorporation intervient en urgence face à une impossibilité d'accomplir une œuvre de bouche (« parler à autrui de ce qui vient à manquer »), aboutissant, de ce fait, à la réalisation d'une œuvre de bouche, imaginaire, cannibalique, qui dénie l'existence d'un problème.

S Tisseron, 1996, reprend cette notion d'incorporation lorsqu'il y a défaut d'introjection. En l'absence de mise en mots, l'expérience douloureuse peut être incluse au sein du psychisme, sous forme de « fossile, définitivement fixée et non modifiable ». Il parle de « fantasmes d'incorporation », là où le « sujet se représente la mise à l'intérieur de son psychisme de l'expérience pénible sous la forme d'une mise à l'intérieur de son corps d'un élément ou d'un personnage de cette relation ». Ainsi l'incorporation consisterait selon lui en un état clivé du Moi.

Nous avons développé ceci précédemment dans la partie de la réflexion sur les effets du secret sur le porteur. Destiné à être temporaire, ce clivage chez le parent peut cependant persister et par le biais du suintement et de la feintise, créer un clivage chez l'enfant. Le fameux Secret tel qu'il est défini par Tisseron.

Abraham et Torok, 1978, ont introduit le terme de « crypte » pour définir un type particulièrement sévère d'incorporation. Ceci correspond à « ce qui se passe toutes les fois qu'un sujet est lié par un secret à un autre, mais qu'il se trouve devoir renoncer à tout espoir de le partager, ou d'en être délié, par la disparition, c'est-à-dire le plus souvent le décès, de l'autre protagoniste de la situation ». Il se constitue alors une crypte, une enclave psychique dans l'inconscient de l'individu, dont la fonction est d'isoler la souffrance psychique.

L'impossibilité à réaliser le travail de deuil, indispensable à l'introjection de toute perte, est liée à la valeur idéale de l'objet perdu et à l'existence d'un secret honteux le concernant. La perte ne pouvant s'avouer en tant que perte, l'objet perdu se voit incorporé dans le psychisme de l'individu, constituant un véritable « corps étranger » intra psychique. Le sujet se trouve

alors identifié à cet objet incorporé, réalisant ce que ces auteurs nomment « l'identification endocryptique ». Il essaie de garder l'autre vivant en lui, comme vivant à ses dépens dans une partie clivée de son Moi, incorporation qui s'avère fermée et définitive, à la différence de l'incorporation simple.

Ceci ne serait pas une action sur le mode refoulé classique (résultant de la tension entre désir et interdit), Abraham et Torok parlent de « refoulement conservateur ». Ce mécanisme isole l'événement et l'ensemble des images et sensations qui lui sont liées, dans le psychisme du porteur du secret. L'événement ne peut être expulsé en dehors du sujet, puisqu'il constitue une expérience essentielle, ni même assumé publiquement, car associé souvent à de la honte et de la culpabilité. « L'effacement de l'événement traumatique est impossible, tout autant que son deuil » et ceci contamine la vie relationnelle.

Par la suite, ces auteurs parlent du « fantôme » qui serait la transmission de la crypte d'une génération à la suivante. Ils définissent le fantôme comme « une formation de l'inconscient qui a pour particularité de n'avoir jamais été consciente (...) et de résulter du passage de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant ». Le fantôme est étranger au sujet qui le porte, puisqu'il correspond à une formation de l'inconscient d'un autre, venue s'encrypter dans l'inconscient du dépositaire du secret. Il ne reste pas inerte ; il fonctionne comme un ventriloque, venant hanter le sujet, à l'origine d'une dramatisation répétée.

Abraham et Torok résument la théorie du fantôme comme « le travail de l'inconscient du secret inavouable d'un autre(...) Sa loi est l'obligation de la nescience (...) Sa manifestation, la hantise, est le retour du fantôme dans les paroles et actes bizarres, dans des symptômes... » Ils poursuivent en précisant qu'« un dire enterré d'un parent devient chez l'enfant un mort sans sépulture. Ce fantôme inconnu revient alors depuis l'inconscient et exerce sa hantise, en enduisant phobies, folies, obsessions. Son effet peut aller jusqu'à traverser des générations et déterminer le destin d'une lignée ».

C. Nachin, 1993 a étendu cette définition « au travail induit dans l'inconscient d'un sujet par sa relation avec un parent ou un objet d'amour important porteur d'un deuil non fait, ou d'un autre traumatisme non surmonté, même en l'absence d'un secret inavouable, avec la réserve qu'un deuil non fait devient par lui-même un secret au fil du temps ».

Au total, le fantôme habite le caveau intra-psychique constitué par la crypte et représente une inclusion, une incorporation, par la génération suivante d'une sorte d'enclave psychique, présente chez le porteur du secret.

A la lumière de cette théorie, l'errance de Gonzague dans le « caveau » familial peut être une illustration agie du fantôme en lui de la crypte présente chez son père (le secret de l'origine de son frère).

Pour le cas de Mélanie : on peut faire l'hypothèse que la première génération est représentée par la mère selon ces concepts. On peut supposer que la mère de Mélanie a incorporé l'événement traumatique, que représente l'inceste, dans une crypte intrapsychique, qu'elle a ensuite transmise sous la forme de fantôme à Mélanie et son frère Jérôme. Cette transmission involontaire à l'enfant va se faire au travers des perturbations de la communication que nous avons pu évoquer précédemment (langage et comportement étranges, feintise, suintements du secret).

**b) La seconde génération porteuse du fantôme : « l'indicible »
devenu « innommable »**

L'enfant n'est souvent pas capable de prendre de la distance par rapport aux distorsions communicatives et incohérences comportementales parentales, tout en percevant la souffrance sous-jacente que le parent tente de dissimuler. Par opposition au clivage localisé du Moi du parent, le clivage chez l'enfant affecte dans certains cas l'ensemble de la personnalité. Face à l'existence d'un indicible perçu chez le parent, il se crée en miroir chez l'enfant une lacune psychique, correspondant au « fantôme » décrit par Abraham et Torok. Ceci vient répondre à la crypte du parent, réalisant ainsi une sorte de complémentarité psychique, d'après Tisseron.

On se retrouve face à ce que certains auteurs ont appelé l'« innommable » puisque le secret ne fait plus l'objet d'aucune représentation verbale : le contenu du secret est ignoré, seule son existence est pressentie.

La lacune ainsi créée peut être ensuite colmatée par des symptômes, constituant à la fois une tentative d'auto guérison, mais également de réparation de l'image intériorisée du parent souffrant.

L'enfant est naturellement très attentif à la santé psychique de son parent, dans une quête de guérison permanente pour s'assurer de leur amour indéfectible. Avec l'âge cette tendance s'estompe. Mais quand le parent a vécu un traumatisme grave, l'enfant le perçoit et va avoir tendance à surinvestir la position d'enfant thérapeute de son parent. Il peut alors se polariser tellement sur la recherche de solutions pour le parent, qu'il entrave son fonctionnement psychique personnel. Le travail du fantôme se réalise alors dans l'inconscient de l'individu... et peut produire des symptômes.

Ceci correspond à la confrontation d'un enfant à l'existence de l'« indicible » chez son parent ; mais il arrive que le parent soit d'emblée confronté à un événement vécu comme « impensable », et de ce fait non figurable.

Ceci semble être le cas de Mélanie :

La mère de Mélanie n'a probablement pas pu se représenter l'événement traumatique, constitué par l'inceste, à priori. La génération suivante, Mélanie et son frère, se trouve plongée dans l'« impensable ».

c) La troisième génération : la génération de l'impensable

Le travail du fantôme s'exerce aussi à la génération suivante, c'est-à-dire aux petits enfants du porteur du secret indicible. Il induit l'apparition d'une faille, une lacune intra-psychique chez l'enfant, face à l'absence de réalité de l'événement inaugural dans le psychisme du parent ayant été confronté à l'indicible. A ce stade il n'existe plus de complémentarité psychique entre l'enfant et le parent comme à la génération précédente.

Serge Tisseron explique qu'« aucun contenu psychique parental ne vient plus maintenant soutenir la mise en forme lacunaire de l'univers symbolique de l'enfant » 1996. En effet, tandis que son parent aurait manifesté de l'émotion ou de la confusion devant tout ce qui a trait à son secret, l'enfant du porteur, à l'âge adulte, réagit dans les mêmes circonstances par un retrait. C'est ce qui se produit également lorsque l'enfant est confronté à un événement impensable vécu par son parent, et qui sera l'origine du secret ; dès lors, les distorsions communicatives s'avèrent d'autant plus marquées.

Aussi, selon Abraham et Torok, l'absence parentale répétée face aux sollicitations de l'enfant, visant à éveiller le souvenir de l'événement, peut entraîner des troubles psychotiques, semblant plus fréquent chez les enfants de parents porteurs d'un « impensable ».

Tisseron conclut que « l'indicible » d'une génération se transforme en « impensable » pour la génération suivante, avec des conséquences pouvant être importantes pour la descendance. Et cela d'autant plus si cet « impensable » est en même temps fortement investi d'émotions. Le secret peut entraîner alors chez l'enfant l'exclusion d'un événement de ses capacités de représentation. L'événement exclu peut se trouver amalgamé à des fantasmes et des angoisses archaïques, également non figurables. L'enfant reçoit ainsi les représentations de l'« impossible à penser ».

Parfois la chaîne des transmissions peut être interrompue par le renoncement d'un descendant du porteur du secret, à avoir lui-même des enfants. Au-delà de la troisième génération, il semblerait que les effets d'un secret de famille finissent par s'estomper et s'intégrer sous la forme de traces résiduelles dans les traits de caractères et les choix existentiels de chacun.

d) Les travaux d'Abraham et Torok, Nachin et Tisseron , une théorie du lien social

En résumé, lorsque le contenu du secret est traumatique, on peut faire la théorie suivante selon ces auteurs :

Si l'élaboration psychique d'un traumatisme ne se fait pas à une génération, il en résulte un clivage partiel chez le sujet, qui devient alors porteur d'une crypte, constituée par l'événement indicible.

La deuxième génération compose avec ce clivage partiel, en installant un clivage concernant cette fois l'ensemble de son psychisme et devient porteuse d'un fantôme : le contenu du secret est alors ignoré, seule son existence est pressentie. L'événement est innommable.

A la troisième génération, l'événement devient impensable, l'existence même du secret est ignorée et c'est fréquemment à ce stade qu'apparaissent les symptômes motivant une

consultation. L'enfant peut exprimer alors dans ses symptômes non pas un conflit interne mais le conflit d'un autre dont il serait « habité comme un château hanté par un fantôme »
Mairesse 1988

Cette approche est contestée par certains psychanalystes car elle n'est pas une théorie des instances psychiques mais elle se veut être « une théorie du lien social ». Elle est reprise dans les travaux de P Benghozi qui se dit « psychanalyste du lien ». Ceci fait le pont avec les théories systémiques : on pourrait dire que la perturbation du fonctionnement psychique de l'enfant, sous l'effet de l'influence transgénérationnelle d'une expérience parentale insurmontée, ne renvoie pas à une augmentation ou une diminution de pulsion de vie ou de mort, mais à des perturbations des expériences de communication.

.3 Autres conceptions psychanalytiques de la transmission du secret

En 1981, Alain de Mijolla dans les « visiteurs du Moi » évoque les identifications de l'individu à des personnages de son histoire qui ont été refoulées. Ces identifications peuvent s'exprimer par des bizarreries comportementales, des symptômes, des rêves, voire des œuvres artistiques.

R Kaës et H Faimberg écrivent « transmission de la vie psychique entre générations » en 1993 ; cet ouvrage prend appui sur les travaux de Freud sur la transmission de la vie psychique entre les générations.

R Kaës dégage la conception Freudienne d'un sujet qui serait héritier, serviteur et bénéficiaire de la vie psychique de ceux qui l'ont précédé. Il différencie la transmission transpsychique et intersubjective : ce qui se transmet entre les sujets n'est pas du même ordre que ce qui se transmet par les sujets, en utilisant la médiation de l'objet et l'expérience de la séparation. Ce qui importe, selon lui, est l'acte de transmettre, plus que le contenu de ce qui est transmis.

Il reprend la distinction transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle. La transmission intergénérationnelle où il y a un écart entre les générations permettant la métabolisation du matériel psychique qui est à la fois reçu par une génération, transformé et transmis à nouveau à la génération suivante. La transmission transgénérationnelle où il y a un télescopage des générations.

Faimberg reprend et développe ses travaux sur le télescopage des générations et sur la généalogie de certaines identifications. Il considère son étude comme la suite logique des travaux d'Abraham et Torok. Pour Faimberg, le concept de « télescopage des générations », 1988, correspond à la capture identificatoire de l'enfant par ses parents internes, dont il assume l'histoire. L'enfant adopterait par identification, les défenses des générations précédentes, comme le déni des affects. Ce processus d'identification narcissique aux parents intériorisés pourrait empêcher l'individuation de l'enfant. Il appelle « télescopage des générations » la condensation de trois générations. Faimberg étudie le télescopage des générations tel qu'il apparaît dans les identifications inconscientes des patients, révélées dans le transfert.

Selma Fraiberg (1999) évoque les fantômes de la chambre d'enfant qu'il faudrait non pas tuer, mais humaniser pour leur redonner sens et enfin les mettre en mots, dans un climat interactif contenant.

P Benghozi, 2007, reprend « l'Ecorce et le noyau » plus récemment dans une perspective psychanalytique du lien. Pour lui, « l'impensable, l'innommable, l'indicible et l'inavouable familiale sont là des expressions de la transmission transgénérationnelle de l'empreinte non révélée du négatif, dont le patient « porte la Honte inconsciente » assure en dépôt l'héritage familial. » Il reprend les deux types de transmission généalogique : inter et transgénérationnelle selon R Kaes.

Le porte symptôme aurait une fonction de mémoire, il serait porteur d'une transmission du « négatif » selon la métaphore photographique, c'est-à-dire non révélée.

En référence aux travaux de Bion (1965, 1979) sur la dynamique contenant/contenu psychique ; Benghozi propose une distinction entre la transmission de la trace et la transmission de l'empreinte :

La trace concerne la transmission du contenu psychique. Elle est une marque inscrite et peut s'estomper jusqu'aux limites de l'effacement. La trace est une inscription en positif. L'empreinte est un message en creux, en négatif comme la crypte. Elle serait l'expression du support lui-même, comme l'empreinte laissée par des pas dans la neige. Elle modifie le cadre

contenant lui-même. Ce matériel psychique familial présent-absent, non révélé, qui n'a pas été métabolisé, symbolisé est transmis à travers les générations.

Pour Benghozi, le niveau transgénérationnel de l'indicible et de l'inavouable tel qu'il peut se manifester par des « trous de contenant généalogiques » peut être encore abordé en travaillant les attaques du cadre thérapeutique. Benghozi reprend la célèbre phrase de P. Watzlawick : « On ne peut pas ne pas transmettre, comme « on ne peut pas ne pas communiquer » »

Le matériel psychique non élaboré ne peut pas, ne pas être transmis, il est incorporé diffracté, dans l'appareil psychique groupal familial, d'une façon qui serait non accessible à la production de fantasme, et au refoulement.

Selon la diffraction des loyautés généalogiques, chaque descendant serait porteur d'une « loyauté généalogique, part décomposée de cet héritage psychique familial, comme la lumière blanche à travers un prisme de cristal se diffracte décomposée en longueurs d'ondes. ». Le patient porte symptôme assurerait la diffraction de loyautés généalogiques au sein de la fratrie, il assurerait une fonction mémoire de l'impensable familial. La honte pourrait constituer « l'organisateur généalogique » de la transmission du négatif dans cette perspective.

Pour lui, il est important de distinguer le Lien de la relation (que l'on confond en clinique). Par exemple, un Lien peut être clair entre un fils et son père alors qu'une relation peut être conflictuelle : ils se reconnaissent l'un comme père de son fils et l'autre comme fils de son père mais il peut exister une conflictualité grave.

« La transmission est au Lien, ce que la communication est à la relation » dans cet aphorisme, il existe une différence d'objets qui distingue les thérapies familiales de type analytique et les thérapies familiales dites systémiques selon lui.

.4 Les apports systémiques sur la transmission du secret

Les théories systémiques ont d'abord réfléchi à cette question pour étudier la manière dont les générations communiquent entre elles, respectant ou non la barrière intergénérationnelle...La transmission va être traitée ici avec l'éclairage des concepts de « systèmes mémoires », «dettes de loyauté » et du « mythe familial ».

a) Les systèmes de mémoire

Une grande partie du développement de l'enfant passe par la constitution de sa propre mémoire issue de la transmission d'informations provenant de son groupe familial et du groupe social. Miermont distingue deux formes de mémoires familiales en 1988 :

Les mémoires mortes ou phylogénétiques permettent l'installation des comportements relationnels comme les comportements d'attachement... Les mémoires vives permettent l'organisation de l'identité des membres de la famille et leur individuation. Elles peuvent être responsables de la transmission de certaines attitudes culturelles.

« Ces deux formes de mémoire sont toutes deux constitutives d'une mémoire intergénérationnelle, et assurent la transmission culturelle par l'intermédiaire des apprentissages individuels »

b) Loyauté, dettes de loyauté

Bowen, Boszormenyi-Nagy et Andolfi sont des thérapeutes qui ont développé les thérapies familiales intergénérationnelles. Boszormenyi-Nagy s'est intéressé tout particulièrement à l'impact des loyautés intergénérationnelles sur l'apparition de symptômes.

Le concept de loyauté est un des concepts clés de Boszormenyi-Nagy, il peut être compris à deux niveaux différents : au niveau systémique et au niveau individuel. La loyauté se compose de l'unité sociale qui dépend de la loyauté des membres du groupe. Ce groupe compte sur la loyauté de ses membres et les pensées, les motivations de chacun des membres en tant qu'individu.

Il y a l'idée de justice familiale : quand la justice n'est pas faite, cela se traduit par l'exploitation des membres de la famille les uns par les autres et l'injustice... La fuite, la vengeance, voire la maladie ou l'accident répétitif peuvent se produire. C'est comme si des comptes familiaux étaient tenus à jour ; on peut parler de « grand livre des comptes de la famille » où on voit si on a des dettes, des obligations, des mérites...

Loyautés invisibles et dettes de loyauté

Pour Boszormenyi-Nagy, (1973) des dettes de loyauté guident donc les relations entre les membres de la famille ; elles existent en regard d'une dette reçue en héritage ou d'une dette liée à la culpabilité. Des problèmes de loyauté vont découler les dynamiques relationnelles qui vont contribuer au maintien du secret de famille. Ces dettes ou ces mérites se transmettent de génération en génération par l'intermédiaire du « livre des compte de la famille ».

Selon Boszormenyi-Nagy, on ne peut éviter la tyrannie de ses obligations en évitant le créancier. Une fuite devant les obligations familiales peut imprégner toutes les relations humaines de l'individu. Le sujet porterait alors une culpabilité diffuse et floue sans objet. Il peut devenir paralysé par une « culpabilité existentielle amorphe et indéfinissable ».

Dans cette perspective, chaque individu ne peut résoudre ses problèmes tant qu'il ne peut compter sur un ordre juste, sur des relations interpersonnelles loyales. Il existerait dans les familles des rôles complémentaires, aidant-aidé, soignant-soigné...« Il n'y a pas de famille sans une fondation sous-jacente de solidarité et de loyauté intrinsèque originaire, avant la naissance des enfants. »

P Benghozi, 2007, reprend le concept de loyauté quand il parle de « la diffraction des loyautés généalogiques » : chaque descendant serait porteur d'une « loyauté généalogique, part décomposée de cet héritage psychique familial, comme la lumière blanche à travers un prisme de cristal se diffracte, décomposé en longueurs d'ondes. ». Le patient porte symptôme assurerait la diffraction de loyautés généalogiques au sein de la fratrie, il assurerait une sorte de fonction mémoire de l'impensable familial.

Il existerait deux missions, qui seraient préconsciente chez le sujet :

Les missions de développement : elles garantissent le développement du groupe par l'expansion sociale, le renforcement de la cohésion affective. Elles sont inconciliables avec le port d'un fardeau familial, il est alors déplacé sur d'autres membres de la famille.

Les missions sacrificielles : elles sont indispensables en termes d'économie affective à la survie de la famille, elles sont responsables de la transmission de l'effet traumatique. En effet,

un des individus porteur du fantôme, est désigné comme victime par le système familial pour acquitter la dette, issue de la « sur-culpabilité » consécutive au deuil inaccompli.

Boszormenyi-Nagy parle « d'ardoises pivotantes » pour désigner les dettes à régler par les générations suivantes. Le sujet désigné adopte alors un rôle autodestructeur, à l'origine d'un nouveau traumatisme familial. Il n'y a pas systématiquement de répétition à l'identique mais ceci risque de perpétuer le cycle...

c) Délégation

La notion de dette de loyauté est étroitement liée au concept de « délégation ». Stierlin est psychanalyste et thérapeute familial, il a réfléchi à la transmission. Il évoque l'« individuation relationnelle », processus qui dure toute la vie et qui est en changement constant. A chaque étape, l'individuation avec et l'individuation contre sa famille auront à être conciliées de façons nouvelles. Il y a un système de comptabilité des familles qui est complexe ; ce n'est pas simplement du « donnant-donnant ». Les attentes et les valeurs de la famille sont transmises.

Stierlin (2007) invente le concept de délégation en 1982:

Delegare en latin a deux significations importantes : envoyer et confier une mission ou un mandat. Un individu d'une génération se voit attribuer, à son insu, le rôle et la fonction d'un membre secrètement caché d'une génération précédente : le secret de famille est alors entretenu d'une génération à une autre. Pour Stierlin, il faut tenir compte du contexte social en place pour comprendre ce qui est transmis.

d) Répétition et syndrome anniversaire

Anne Ancelin Schützenberger développe dans son ouvrage « aïe, mes aïeux » (2000) la question de la transmission transgénérationnelle et notamment des répétitions et des « syndromes anniversaire ». Son travail clinique vise à repérer « les répétitions familiales, pour les arrêter si besoin ; les dégâts des secrets, pour les réparer et les transcender » : Freud et Ferenczi avaient déjà noté des répétitions familiales. En analyse transactionnelle, la psychanalyste F Englisch va même jusqu'à affirmer qu'on se repasse « la patate chaude » (the hot potatoe) d'une génération à l'autre pour s'en débarrasser, comme dans un système clos.

Les concepts d'Abraham et Torok que nous avons explicités, sont une des bases du travail d'Anne Ancelin Schützenberger. Sa vision s'appuie sur la clinique, c'est une thérapeute qui exerce une psychothérapie intégrative. Elle reprend aussi les travaux de Boszormenyi-Nagy : Lorsque les gens répètent sans arrêt la même attitude, qu'ils ne changent pas, qu'ils sont fixés dans leur rôles ; c'est que la « fixité des rôles sert les besoins du réseau des obligations familiales ».

Hilgard a écrit en 1953 sur le syndrome anniversaire ; A Ancelin Schützenberger s'est appuyée sur ses travaux pour développer en pratique le syndrome anniversaire. Elle utilise ce qu'elle appelle le génosociogramme pour pointer des éléments importants de la vie du sujet : « pertes d'objet d'amour, coïncidences de dates et d'âge, répétition... Le syndrome anniversaire peut être une naissance, un mariage ou une mort arrivés à une période (âge ou date) « anniversaire » d'un événement marquant pour la famille ou la personne. Cela peut être l'anniversaire de moments difficiles (deuil...) ou moments heureux (naissance, mariage...).

Pour Ancelin Schützenberger, l'inconscient « a bonne mémoire », il aime les liens de famille et marque les événements importants du cycle de vie par répétition de date ou d'âge : syndrome anniversaire. En 1996, Tisseron prétend que le secret de famille favorise la répétition d'une situation d'une génération à l'autre. On peut imaginer qu'il existe des mécanismes de projections chez le détenteur du secret. Le porteur peut par exemple, identifier certains membres de son entourage à d'autres personnes qui font, elles, partie intégrante de la situation cachée. Il peut projeter une représentation et l'affect qui lui correspond sur un de ses proches, selon « une logique inconsciente de résolution », qui peut aboutir à une répétition.

M Lani-Bayle, psychologue, dans son livre intitulé « Les secrets de famille », 2007 débute par évoquer une anecdote : Un jour elle a fait une chute à vélo en glissant sur des rails ; sa mère a alors fait le lien avec une chute identique dans la même ville par un des ancêtres de M Lani-Bayle. Cette répétition est retrouvée à différentes générations.

Lani-Bayle évoque les « croyances » autour de cela : il est vrai que l'on peut toujours trouver un ancêtre si l'on cherche bien, qui a été confronté dans une situation semblable à un autre... Elle pense qu'il faut relativiser l'impact des ancêtres et de la répétition. Elle tente de démontrer cela avec des calculs de probabilité en remontant à plusieurs générations,

rapidement le nombre d'ancêtres devient important au dessus de la quatrième génération antérieure. Selon elle, « la prophétie en matière humaine est fâcheusement autoréalisatrice » et il faut donc s'en méfier.

Boszormenyi-Nagy pense que l'élaboration de la « loyauté est déterminée par l'histoire de la famille » et par le type de justice que cette famille pratique et par les « mythes familiaux ». Or l'existence d'un secret de famille nécessite la mise en place dans la famille de règles qui protègent le secret voire d'un moyen de contrôle visant à empêcher sa révélation...

e) Mythe familial

Des règles familiales implicites sont transmises d'une génération à une autre, on parle de mythe familial. Ce mythe n'est pas un phénomène individuel mais groupal. Le mythe familial est un concept introduit par Feirreira en 1963 puis développé en 1966 :

C'est l'ensemble de croyances partagées par les membres du groupe familial. Les valeurs familiales peuvent être d'ordre culturel, religieuse, morale...ces valeurs cimentent le mythe familial.

Feireira définit le mythe comme l'image interne que la famille a d'elle-même, qu'elle veut et pense fournir à autrui, même si cette image ne se confond pas avec la réalité. Le mythe familial ne se confond pas avec l'image sociale que la famille en tant que groupe oppose aux étrangers de la famille. Du point de vue systémique : le mythe assure une certaine forme d'homéostasie familiale.

Les mythes familiaux sont présents dans toutes les familles et semblent même nécessaires.

En 1995, Neuberger décrit différents types de mythes qui sont fortement utiles à repérer dans les familles que nous voyons en consultation. Parfois ils s'expriment sous forme de phrase idéale prononcée par la famille : « dans notre famille on a rien à cacher »... « Dans notre famille tout le monde est uni »...

Voici différents mythes assez classiques :

Le mythe de normalité : les membres s'attachent à vouloir montrer cette image, alors qu'il peut y avoir dans la famille, des personnes avec des conduites sociales hors norme : toxicomanie, délinquance....

Le mythe d'harmonie : les membres de la famille présentent une image de bonheur et d'harmonie. Il peut pourtant y avoir dans ces familles de la violence...

Le mythe de richesse : il peut être présent alors qu'il existe des dettes importantes.

Le mythe du salut : la famille peut être sauvée par l'intervention d'une personne puissante qui rendra le bonheur à la famille...

Le mythe de rédemption : un des membres est à l'origine du malheur ; il est désigné comme source du malheur et doit se faire disculper.

Le mythe peut servir le groupe pour assurer l'homéostasie familiale au détriment de l'équilibre psychique individuel. Le mythe entretient une pseudo réalité ; il a pour fonction de nier une réalité douloureuse. Ainsi son fondement rejoint celui du secret. Les mythes familiaux ne sont pas toujours pathogènes, chaque famille a ses mythes ; c'est un élément constitutif de la famille.

Du point de vue psychanalytique : le mythe peut être vu du côté du conscient et de l'inconscient. La référence au mythe définit les contours du groupe d'appartenance. Ainsi, le mythe participe à délimiter l'intérieur et l'extérieur du groupe.

Comme nous l'avons dit, la question de la vérité ne se pose pas dans le mythe. La vérité constituerait ici le rapport à une croyance, à une conviction. Dans la mesure où cette croyance à un ensemble de valeurs est partagée avec d'autres, elle devient organisatrice du groupe. Ainsi, le mythe familial structure le fondement identitaire de l'appartenance. Il a une fonction contenante pour les membres d'appartenance à ce groupe.

Certains auteurs pensent donc que le mythe est à la famille ce que les mécanismes de défense du Moi sont à l'individu. Le mythe aurait pour effet de préserver les relations, en conservant intacte l'image que la famille se fait d'elle-même. (A Ferreira cité par G. Salem, 1996)

Le mythe familial peut être nourri par le secret. Parfois le mythe constitue une représentation commune avec un « secret partagé » qui agit comme une protection lorsque les tensions et les difficultés intra familiales sont susceptibles d'altérer les relations établies. La famille vit le mythe sans forcément en avoir conscience. Selon G Schmidt, 1994, il deviendrait lisible par les membres de la famille que s'il est attaqué de l'extérieur ou remis en question par

l'évolution de la famille elle-même. Les secrets seraient les garants de l'homéostasie familiale en même temps qu'ils peuvent entretenir des mythes familiaux.

Le mythe devient « pathogène » lorsque le fonctionnement de la famille se rigidifie et que la famille devient prisonnière de son mythe. Mara Selvini-Palazzoli (1983) évoque le mythe familial comme un moyen de figer chaque individu à une place inamovible dans un groupe familial rigidifié. Les valeurs familiales peuvent exprimer de façon idéalisée des règles relationnelles de la famille.

On pourrait dire que le secret est au mythe ce que le symptôme est à la maladie ou au dysfonctionnement.

.IV Lien clinique et secret de famille

.1 Analyse du secret de famille

Dans la perspective d'affiner la clinique du secret de famille, nous continuons l'analyse de celui-ci. Nous avons développé la classification du secret de famille en fonction de sa nocivité éventuelle en détaillant les dommages possibles. Il faut préciser le type de secret de famille auquel on est confronté, les personnes concernées par celui-ci et par la suite le lien qu'on peut faire entre la présence d'un secret de famille et les symptômes présentés par le sujet.

Selon Karpel (1980), il existe différentes catégories de secrets en fonction des personnes concernées par le secret:

- Les secrets individuels : le détenteur est une seule personne de la famille. Par exemple, un père est le seul de la famille à savoir qu'il a une maîtresse.
- Les secrets internes à la famille : au moins deux personnes de la famille ont connaissance du secret. Par exemple, les parents peuvent être les seuls de la famille à savoir qu'un de leurs enfants a été conçu par procréation médicale assistée.
- Les secrets partagés : il s'agit d'un secret pour l'extérieur de la famille uniquement.

Mattéo Selvini, psychologue, fils de Mara Palazolli Selvini écrit en 1997 l'article « secrets familiaux : quand le patient ne sait pas ». Il tente avec ses collaborateurs d'analyser le secret de famille à partir d'une étude menée par le Centre pour l'Etude de la famille de Milan. Il distingue trois critères qui doivent guider la thérapie vers une levée ou non du secret : l'analyse des personnes directement impliquées par le secret de famille, établir un lien clair entre méconnaissance de la réalité familiale et souffrance du patient et enfin traiter la révélation éventuelle du secret dans un sens auto réflexif de la part de chaque membre de la famille. Nous reprendrons ces critères ultérieurement.

Nous avons pu avoir des échanges riches avec Mattéo Selvini : depuis cet article, aucune étude de ce type n'a été réalisée par le centre. Il y a eu d'autres études réalisées que nous citerons ensuite, elles sont essentiellement américaines. Cependant, aucune étude aussi intéressante n'a, à notre connaissance, été réalisée sur les exclus du secret qui présentent des symptômes.

De 1988 à 1992, 26 secrets sont connus dans 21 familles entrées en thérapie dans ce laps de temps. Dans ces situations, les secrets sont individuels ou internes ; le patient est exclu du secret avant de développer des symptômes. Les secrets ont des contenus variés : violences subies par un parent, relation extraconjugale, maladie mentale ou physique, incarcération d'un membre de la famille ... Les faits concernent directement les parents du patient ou le patient. (Seul un secret remonte à la troisième génération dans cette étude.)

Le vécu du détenteur du secret retrouvé dans ces familles est celui de honte, de négation de la souffrance ce qui confirme que nous avons déjà développé dans le paragraphe sur les effets sur le porteur du secret de famille. Le vécu de l'exclu du secret qui est porteur de symptômes est détaillé dans ce travail : l'illusion et l'idéalisation sont retrouvées chez le patient ; on retrouve par ailleurs chez celui-ci une certaine contradiction, de la confusion et une dépréciation de soi jusqu'à l'auto-disqualification.

.2 Relation symptôme-secret

Mattéo Selvini a donc écrit un article qui permet d'amorcer notre réflexion. Cet auteur tente de faire le lien entre secret et symptômes présentés par le patient. Le cas d'Antonio,

schizophrène est utilisé dans cet article. Mattéo Selvini reprend l'hypothèse de la genèse multifactorielle (biologique, familiale et sociale) des symptômes. Dans les facteurs familiaux, l'hypothèse d'un processus trigénérationnel de transmission de la souffrance est soulevée.

.

Selon l'étude, la présence de plusieurs facteurs de risque au niveau familial de façon simultanée apparaît comme essentielle au développement de symptômes. Cependant, ces facteurs familiaux ne peuvent produire à eux seuls des phénomènes psychotiques en l'absence d'un facteur ultérieur de stress extérieur à la famille. Dans notre partie sur les approches psychothérapeutiques nous reprendrons les éléments de cet article concernant l'intervention sur les secrets de famille.

Imber-Black (1993) décrit quatre modalités différentes, susceptibles de se développer entre symptôme et secret de famille : le symptôme peut être lui-même un secret, le symptôme peut reproduire de façon métaphorique le secret, il peut être destiné à distraire l'attention du secret ou être la conséquence d'un secret (ce qui est probablement le plus difficile à établir...). Avec des illustrations, nous allons détailler la pensée d'Imber-Black.

a) Les symptômes peuvent constituer le contenu du secret

En effet, le porteur du symptôme ou les autres membres de la famille peuvent garder secret ce symptôme. Souvent ce sont des symptômes ou maladies mal vus socialement ou selon les valeurs familiales. Ce sont des symptômes somatiques (comme le cancer, le sida...) ou des symptômes psychiatriques (notamment l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles du comportement alimentaire, des tentatives de suicides...)

Le père d'Alice souhaite garder secret les tentatives de suicide et le mal être d'Alice. Le contenu de ce secret serait alors l'état psychique et le comportement suicidaire d'Alice qui semblent être associés à de la honte dans cette famille. En effet, la mère d'Alice parle de sa belle famille ainsi : « Sa belle sœur a fait une tentative de suicide il y a quelques années, la famille paternelle en parlait comme d' « une dingue , une folle... » ; C'est une « honte pour eux ». Cependant, le fait d'en faire un secret peut majorer le sentiment de honte que peut ressentir Alice et ses parents.

Par ailleurs, cacher ces comportements peut favoriser le refus d'Alice ou de l'entourage à faire appel aux ressources possibles pour gérer le symptôme...D'ailleurs le père d'Alice a évité de venir aux entretiens...Ces secrets rendent parfois difficile, voire impossible une bonne évaluation médicale et la mise en place de soins...

b) Les symptômes reproduisent métaphoriquement un aspect du secret

Un symptôme peut représenter de façon métaphorique les fortes émotions liées au secret. Un membre de la famille a alors la charge d'exprimer des troubles personnels et systémiques produit par un secret. Le comportement symptomatique peut révéler, sous une forme plus ou moins explicite les secrets de famille. Citons Serge Tisseron, 2009: « Puisqu'il est toujours interdit de raconter un secret, il n'est jamais interdit de le mettre en scène... »

On peut voir certains symptômes de Mélanie comme des métaphores du secret de famille. En effet, on remarque, par moment, une attitude de séduction adressée aux hommes adultes du service, elle tient un discours flou, sexualisé. Ces attitudes sexualisées, notamment envers son père peuvent être perçues comme une métaphore de l'inceste dont a été victime sa mère.

De même, les errances de Gonzague dans le village où sa famille paternelle a son histoire, les vols et les dettes accumulées peuvent constituer des métaphores du secret de l'histoire familiale cachée...

c) Les symptômes sont destinés à distraire l'attention du secret

Les symptômes ne suscitent pas toujours un sentiment profond de honte qui induirait à les cacher. Au contraire, dans certains cas, ils offrent aux familles et aux individus un sujet de discussion « neutre » et sécurisant. Ainsi, la fonction de dissimulation de certains symptômes peut rejoindre la fonction du mythe : maintenir l'homéostasie familiale en constituant une zone non douloureuse d'accord et de réduction des tensions, en lien avec des contenus susceptibles autrement d'activer des conflits que la famille serait incapable de gérer.

Une illustration clinique peut être le cas de Désirée, patiente anorexique depuis plus de 10 ans ; Je l'ai rencontrée lors d'une de ses hospitalisations dans l'unité spécialisée dans les

troubles du comportement alimentaire de Nantes. Cette jeune adulte était, comme souvent dans ce type de problématique, devenue le principal centre d'intérêt et de discussion de ses parents. Sa mère se présentait comme dépressive et son père démuni face à cette situation. Ils avaient décidé, l'un et l'autre, de reprendre leur fille de 30 ans à la maison.

Il y avait un vide représentationnel impressionnant chez Désirée ; les nombreuses hospitalisations avaient permis une élaboration psychique restreinte ; elle était figée dans quelque chose qui la dépassait... Probablement que l'homéostasie familiale tenait à ce « sacrifice »... Les entretiens avec les parents avaient fait allusion à des probables abus sexuels subis par la mère ; mais le sujet n'avait pu être abordé. La mère de Désirée a tout de suite nié l'existence même de cela. On peut faire l'hypothèse, entre autres bien sûr, que l'anorexie de Désirée pourrait être un symptôme « écran » d'un secret de famille intouchable.

d) Les symptômes, conséquences d'un secret

Dans les parties précédentes de l'exposé, nous avons évoqué certains symptômes qui peuvent être la conséquence d'un secret de famille ; chez le détenteur, le contrôle permanent pour protéger le secret ; peut créer de l'anxiété et à long terme une humeur dépressive... Les destinataires peuvent présenter des symptômes sur plusieurs générations comme nous l'avons vu mais la relation directe est difficile à établir. Le destinataire pressent le secret et par les mécanismes cités auparavant peut exprimer des symptômes. (par le biais des cryptes, fantômes...) Les symptômes possibles sont variés : névrotiques ou psychotiques. La gravité des symptômes dépend d'un nombre important de facteurs bien évidemment: vulnérabilités, environnement...

Les éléments psychotiques peuvent apparaître, sur un terrain de fragilité préexistante, et d'autant plus que l'adolescent se retrouve face à des messages énigmatiques et que le secret est totalement dénié selon Imber-Black, 1993. La tentative de mise en sens de ce qui est ressenti est alors difficile et peut s'effectuer de façon délirante.

Diatkine, 1984, parle pour la génération de l'impensable (souvent la troisième génération) d'inhibition intellectuelle car il y a une interdiction de penser. La plupart des auteurs

s'accordent à penser que les symptômes et surtout ceux qui sont chroniques, apparaissent à la troisième génération du secret.

Les passages à l'acte des quatre adolescents que nous avons rencontrés paraissent correspondre plutôt à une réponse à l'angoisse laissée par le vide (lacune intra-psychique), liée au secret d'un autre :

Mélanie décrit très bien cette impression angoissante de vide voire même d'accomplir des actes incompréhensibles... Les passages à l'acte peuvent être perçus comme des moyens de reprendre le contrôle d'elle-même et de sa destinée.

Les agirs sont souvent sur un mode agressif envers soi même ou autrui. (tentatives de suicide pour Anthony et Alice ; agressivité physique pour Mélanie ; errance, bizarreries, vols pour Gonzague).

Didier Drieu décrit en 2004 le concept de traumatophilie à l'adolescence comme un « besoin de traumatisme », s'inscrivant dans un contexte de filiation essentiellement narcissique. Les troubles du comportement adolescent sont vus comme des répétitions de trauma qui peuvent être en lien avec des secrets de famille dans les générations antérieures. Selon D. Drieu cette provocation de la répétition des figures traumatiques favorise l'effacement des barrières générationnelles et l'incestualité.

L'ensemble de ces outils cliniques peuvent aider le psychiatre à analyser le type de secret de famille auquel il est confronté. C'est à partir de cette analyse qu'il peut adopter une position ; Celle-ci va être différente suivant les thérapeutes, les familles... Notre réflexion se poursuit à ce niveau.

PARTIE IV :

Le thérapeute d'adolescent face au secret de famille

.I Le thérapeute face aux adolescents

.1 Adolescents en crise, le concept de « crise » à l'adolescence

Le mot « crise » est évoqué dès que l'on parle d'adolescence dans le langage courant. Ce concept est parfois source de confusion, pensé par certains comme nécessaire à l'évolution par d'autres comme pathologique. En fonction du modèle de compréhension, la crise est définie différemment et appartient plus ou moins au domaine du normal ou du pathologique.

Nous reprenons la définition donnée par Marcelli et Braconnier, 2004 : « la crise est un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable ; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes »

La symptomatologie de la crise peut être diverse, faite de passages à l'actes, de conduites d'oppositions, de conflits. « A cet âge, le corps constitue un moyen de communication et est un véhicule privilégié d'expression des conflits et des souffrances. » Y. Jacquet, 1998

En eux même ces symptômes ne sont pas significatifs d'une pathologie. *C'est ainsi que les symptômes présentés par Anthony, Mélanie, Gonzague et Alice sont les révélateurs de crise.*

La crise d'adolescence décrite par Kestenberg en 1980, débute avec la « surprise » de la puberté pour l'adolescent. Il ressent alors un moment de gloire auquel succède un moment d'angoisse. L'avenir dépendra des possibilités d'aménagement de cette angoisse. Selon Kestenberg, le déroulement normal de la crise se fait en deux étapes. La première est celle de la déception qui pousse au-delà des possibilités. La seconde est celle du passage de la déception à la conquête : conquête de soi, au travers d'un objet...Ceci devient possible quand l'adolescent a retrouvé le temps d'attendre et donc de fantasmer.

La crise pathologique s'observerait pour cet auteur, lorsque « la puberté et l'adolescence auront été non seulement critiques, mais traumatiques par le fait qu'elles auront soit sidéré le Moi, soit pour le moins, l'auront suffisamment bouleversé pour qu'il puisse retrouver et faire usage de ses mécanismes de défense antérieurs à cette situation nouvelle, et recourir à, et s'ancrer dans des fantasmes ».

Le thérapeute va donc souvent rencontrer l'adolescent suite à des signes indirects de « crise ». Dans notre titre de thèse, ce mot est volontairement utilisé car il ne préjuge pas du caractère normal ou pathologique de celle-ci.

.2 La rencontre adolescent - psychiatre et ses particularités

La rencontre de l'adolescent avec le psychiatre a cette spécificité qu'elle est souvent motivée par l'entourage. Des troubles du comportement alertent la famille qui accompagne l'adolescent vers un psychiatre. Ainsi ces « voies indirectes » de la crise : plaintes somatiques, inhibitions, troubles du comportement, conduite d'échec représentent un « appel à l'attention de l'adulte » selon P Jeammet, 1989. D'ailleurs, les adolescents cités dans cette thèse, ne formulent aucune demande d'aide directe et explicite de consultation avant leur passage à l'acte. C'est pour chacun d'eux, un agir qui les amène aux soins.

Le thérapeute va représenter d'emblée un double aspect aux yeux de l'adolescent ; il est à la fois susceptible de l'aider mais potentiellement dangereux. Cette présence du thérapeute est en soi paradoxale, elle constitue une menace pour l'autonomie naissante de l'adolescent, qui cherche à se dégager des images parentales. Or, toute relation thérapeutique implique une forme de dépendance, même si l'objectif est d'en dégager le patient. P Jeammet, 2007, pense que « l'adolescent oblige ceux qui s'occupent de lui à un effort constant d'adaptation pour trouver la bonne distance relationnelle : être suffisamment présent sans devenir contraignant ou intrusif, faciliter les changements sans induire de dépendance ».

L'investissement de l'adolescent est, la plupart du temps, rapidement intense. Comme l'adolescent ne reconnaît pas spontanément sa souffrance, il va l'attribuer souvent à des causes extérieures, notamment ses parents ou le thérapeute. Ainsi, le transfert est

fréquemment massif et il faut accepter qu'il soit initialement négatif. La conduite d'opposition observable chez les adolescents, qui peut aller jusqu'à de l'agressivité, semble offrir un bon compromis entre le désir de proximité et le besoin de différence, selon P Jeammet, 2007.

Lorsque l'adolescent est silencieux, le thérapeute peut porter la demande et se placer selon certains, en position d'« écoute inversée », c'est-à-dire confier à l'adolescent son propre ressenti face à son silence. Selon Malka 1999, « Il faut répondre à un appel silencieux par une écoute à voix haute ». C'est dans un but défensif que le silence est installé, ainsi si le thérapeute est perçu comme trop intrusif, l'adolescent ne cesse de tenter d'établir des limites et des frontières.

Il faut que la rencontre avec l'adolescent permette d'établir un lien suffisant pour la thérapie.

.3 Le cadre thérapeutique chez l'adolescent

La création de l'alliance thérapeutique est cruciale en thérapie ; elle va dépendre de nombreux facteurs... Il semble que « pour créer une alliance thérapeutique de bonne qualité, l'adolescent doit être conscient du fait qu'il a besoin d'aide » Laufer 1981 cité par Marcelli et Braconnier, 2008. Il faut donc avoir un « objet commun de pensée » et s'unir dans un engagement mutuel.

Selon M Sanchez-Cardenas, 1994, le thérapeute participe activement au développement de cette alliance thérapeutique et ce, par le biais de sa capacité d'empathie. Chacun va avoir sa façon personnelle de s'engager vis-à-vis de l'adolescent. En effet, toute psychothérapie reste « autoréférentielle », le travail psychothérapique est donc toujours arbitraire.

La prise en charge d'adolescent a cette particularité qu'il faut sans cesse s'adapter au patient et à son investissement. Du point de vue psychanalytique, Kestemberg, 1971, évoque l'existence d'un certain nombre de pièges contre-transférentiels, représentés par l'investissement narcissique du thérapeute, la rivalité avec les parents de l'adolescent, la négligence de la réalité externe, les mouvements du thérapeute oscillant entre de la séduction ou la réparation.

M Elkaïm, 2004, a une approche systémique, il conçoit la thérapie comme une tentative de « construire des intersections de constructions du réel qui aident les gens à changer ». Le concept de résonance qu'il a inventé semble important à développer :

Dans sa conception, le thérapeute fait parti du système thérapeutique. L'analyse de la fonction de résonance du thérapeute est primordiale selon Mony Elkaïm. Le thérapeute vit des émotions : de l'irritation, de la colère...face aux comportements de l'adolescent et de la famille. Du point de vue analytique, l'analyse du contre transfert du thérapeute est important pour la thérapie. Mony Elkaïm propose d'élargir cette analyse du vécu du thérapeute au contexte actuel.

Pour lui, le vécu du thérapeute par rapport à son histoire personnelle ne constitue que la partie « apparente de l'iceberg », l'autre partie est représentée par la fonction actuelle dans la situation thérapeutique. Le vécu du thérapeute se référant à son histoire et amplifié parce qu'il a une fonction dans le contexte actuel, est appelé résonance. La résonance n'est pas l'empathie, le contre transfert ou le vécu en miroir. Autrement dit, le thérapeute doit donc s'efforcer de comprendre son vécu non seulement en le référant à son histoire propre, mais aussi en analysant sa fonction actuelle par rapport au patient, ou à la famille qu'il rencontre.

L'alliance à créer paraît primordiale pour tous les thérapeutes d'adolescent. Elle est complexe car elle se construit avec l'adolescent mais aussi avec ses parents : L'alliance thérapeutique se définirait par la possibilité d'un accord entre thérapeute, adolescent et parents, d'une part sur la reconnaissance d'un problème et sa nature, d'autre part sur les moyens à employer afin de tenter de le résoudre. (Marcelli, Braconnier 2008). Il semble important pour qu'une alliance se mette en place, que chacun des participants : adolescent, parents et pas seulement le thérapeute, ait une certaine capacité à éprouver une empathie minimum pour la souffrance des autres, et que chacun puisse accepter et respecter que l'autre possède sa propre zone de secret.

En consultation, le thérapeute s'identifie à l'adolescent, aux parents de façon successive et alternative. Les mécanismes d'identification font appel aux représentations du thérapeute de son adolescence, de ses images parentales... Ainsi, le thérapeute doit veiller à accorder une place à chacun, dans ses propres représentations et dans le processus thérapeutique.

Ainsi, on peut penser de façon schématique que le thérapeute est « bloqué » s'il n'a qu'un seul allié ; il peut au contraire mettre en place un cadre thérapeutique s'il a deux ou mieux trois alliés. En quittant la relation duelle, il prend sa fonction de tiers. Cette position tierce, fortement intéressante, est bien différente de la position d'un substitut parental.

En effet, la relation purement duelle avec l'adolescent est dangereuse. La place d'un superviseur ou la thérapie bifocale (entretien de l'adolescent par un thérapeute et entretien de l'adolescent et sa famille par un autre thérapeute) peuvent permettre une meilleure gestion du transfert massif. A l'image de l'adolescent, le thérapeute peut être en difficulté pour trouver la bonne distance relationnelle. Les sentiments d'abandon et d'intrusion sont fréquents chez l'adolescent. Seule une distance adaptée va permettre au thérapeute d'être en empathie et d'aider l'adolescent.

Ainsi, face à l'adolescent, le thérapeute doit composer avec ses résonances, en s'identifiant alternativement à l'adolescent et aux parents, de façon à avoir une alliance suffisante pour un travail psychothérapique. L'adolescence est un moment de changement du système familial, les règles, les alliances et frontières se réaménagent. Ainsi, les secrets de famille se constituent ou sont révélés souvent lors de l'adolescence ou d'une grande étape de la vie de la famille.

.II L'attitude du thérapeute face au secret de famille

Après avoir analysé le secret de famille, il semblerait que la question n'est pas tant de savoir s'il existe ou non un secret de famille, ni s'il faut le révéler ou pas, mais plutôt de savoir quels rapports le patient et la famille entretiennent avec le secret, quelle fonction il occupe tant au niveau intrapsychique qu'au niveau intersubjectif. Le secret de famille est intéressant en thérapie car il donne toujours des indices sur le fonctionnement intrapsychique et familial du patient.

Mairesse, 1988, disait ces propos éclairant : « Il n'y a pas de secret, de trésor caché à découvrir et à révéler en tant que tel, mais tout secret fait intervenir une relation à l'autre, plus importante que ce secret lui-même et c'est pourquoi le respect du secret nous paraît tout aussi important que son dévoilement. »

.1 Le secret pressenti

Le thérapeute peut pressentir un non dit ou un secret de famille par des silences, une ambiance pesante ou des allusions... En fonction de la situation, il peut travailler sur ce ressenti. Certains interviennent de façon plus active et facilite l'évocation redoutée. Selon JY Hayez, 1999, certains thérapeutes posent directement la question « j'ai l'impression que quelque chose vous pèse, et que vous ne vous permettez pas de dire ». D'autres sont plus allusifs « Parfois on n'aime pas aborder certains thèmes, on a peur de ne pas être loyal... ». Il semble important de ne pas « forcer » à une révélation mais d'évoquer la représentation du secret éventuel et les conséquences d'une évocation ...

.2 Secret confié au thérapeute

Au sein des entretiens avec l'adolescent ou sa famille, le secret de famille peut être révélé au thérapeute par les uns ou les autres de façon spontanée.

« A partir du moment où le cadre de consultation proposé est tel qu'il y a des temps où les membres de la famille sont vus séparément et des temps où ils sont vus ensemble, il est impossible d'éviter que certains secrets soient confiés, puisque par la configuration même du cadre, nous permettons à chaque membre de la famille d'avoir des secrets avec nous » Sanchez Cardenas, 1994.

Certains auteurs se sont interrogés sur l'intérêt pour le porteur du partage de son secret avec une autre personne :

Deux études américaines ont été réalisées en 2001 pour tenter d'évaluer les bénéfices de la confiance d'un secret pour le porteur. Les porteurs sont séparés en 2 groupes selon leur motivation lors de la révélation. Un groupe recherchait dans la confiance, un nouvel « insight », c'est-à-dire une sorte de mise en sens de l'événement tenu secret; L'autre groupe recherchait une décharge d'émotions négatives (catharsis). Les conséquences de la confiance sont évaluées selon une échelle de « positive affect » et « negative affect ».

Ces études portent sur des paramètres complexes: les personnes possèdent des secrets de types très différents, les motivations : insight versus catharsis sont forcément réductrices, de plus les conditions de la confiance sont très diverses et non discriminées, enfin les conséquences sont

difficilement évaluables ainsi. Kelly et son équipe concluent en nuanciant l'idée d'un bénéfice obligatoire pour le porteur suite à la confidence: ceux qui étaient dans la démarche de mise en sens (new insight) semblent se sentir mieux après la révélation ; ceux qui souhaitaient une catharsis, semblent se sentir moins bien après la révélation...

La confidence faite au thérapeute, intervient parfois lorsque le détenteur se sent honteux ou coupable de garder ce secret. Parfois, c'est l'anxiété pesante qui plane sur lui par la peur d'être découvert et des conséquences, qui le poussent à en parler. La confidence peut venir soulager cette souffrance et être perçue, dans ce cas, comme un signe de confiance envers le thérapeute. La confidence peut être un essai de rompre la « loi du silence » et amorcer une tentative de rétablissement du dialogue familial. Elle peut induire ainsi une alliance privilégiée avec le thérapeute.

Dans d'autre cas, la confidence peut être réalisée aussi pour avoir une emprise sur le thérapeute et la relation thérapeutique. *On peut penser à la situation de Mélanie : Son père associe à la révélation l'interdit d'en parler à la patiente. Lors de cet entretien, il crée une coalition avec le pédopsychiatre et en même temps il maintient le secret de famille et fige la prise en charge.*

Le secret n'est pas embarrassant en soi, mais la façon dont il est utilisé en consultation peut être gênante pour le thérapeute. Il pourrait s'agir d'un « cadeau empoisonné » (selon JC Benoit, 1988). Le thérapeute peut alors se sentir embarrassé voire paralysé ou piégé. *Ceci s'est produit lors du suivi de Mélanie.* Or le recueil des secrets fait partie de l'acceptation des mouvements transférentiels des familles. Nous développerons dans la suite de l'exposé les notions d'alliances et coalitions... Pour éviter de se sentir piégé ou fasciné par les secrets nous allons réfléchir aux enjeux du secret dans la thérapie.

La notion de réserve et de prudence du thérapeute est importante lorsqu'un secret est confié. Il faut tempérer ses réactions et se méfier de « passage à l'acte ».

Le détenteur ayant fait du thérapeute son dépositaire, a besoin de sentir une certaine neutralité, bienveillance de la part de celui-ci. Pour J.A. Serrano, 1983, il paraît nécessaire qu'existent des conditions de respect et de tolérance de la part du thérapeute pour « l'espace de secret familial ».

Selon J.Y. Hayez, 2001, le thérapeute garde tout son pouvoir de décision et doit conserver une certaine sérénité et une certaine distance afin de ne pas immédiatement être envahi par l'idée qu'il faut absolument être transparent dans la famille. La réflexion sur la position du thérapeute en faveur ou non de la révélation du secret de famille est pour l'instant mise de côté, nous y reviendrons dans la suite de l'exposé.

Lors d'une confidence au thérapeute, il semble important d'interroger sur :

- ce que représente le secret pour le détenteur ;
- ce que représente le fait de garder pour lui le secret
- et enfin ce que représente le fait de l'avoir dit au thérapeute.

En effet, ce n'est pas le secret en lui-même qui compterait, mais l'importance qu'on lui attribue. Ainsi, il paraît important d'analyser le secret de famille tel que nous l'avons décrit précédemment : personnes impliquées, type de secret, poids du secret...

Le thérapeute, alors centré sur ce qu'il vient d'entendre, encourage le patient à réfléchir sur les représentations qui entourent le secret. Il est primordial de s'intéresser aux rapports que la famille entretient avec le secret, à la fonction qu'il occupe tant au niveau intrapsychique pour l'individu, que pour la famille. C'est à partir de ces éléments que le thérapeute peut travailler autour du secret sans se sentir pris au piège.

.3 Fonctions du secret

Les fonctions du secret, fonctions pour le patient, dans la famille et dans la consultation s'avèrent primordiales car elles aident à comprendre les processus individuels et familiaux mis en jeu. M. Sanchez-Cardenas, 1994, pense que « Plus un secret est pathogène, plus il témoigne d'une souffrance familiale, et plus il est nécessaire à cette famille. »

a) Les 5 niveaux à interroger selon Imber Black

Evan Imber Black, 1993, situe le secret de famille dans un cadre multidimensionnel à cinq niveaux qui s'influencent entre eux. Ainsi, elle précise « Face à un secret, j'invite toujours mes patients à explorer le contexte général dans lequel s'inscrivent leur vécu et les décisions

qu'ils doivent prendre ». Elle décrit cinq niveaux à prendre en compte : le contexte socioculturel et politique, les systèmes de croyances, la configuration de la famille élargie, l'étape du cycle de vie de la famille, et enfin le niveau individuel. Nous développerons ensuite plus particulièrement l'aspect familial.

Selon le contexte socioculturel et politique, certains thèmes sont tabous à une période et à un lieu donné. Dans les années 1960, les auteurs conseillaient aux parents d'enfant adopté de ne pas révéler à l'enfant ses origines... Actuellement, les conseils seraient contraires. Au gré des époques, des contextes la société va influencer la création de secret de famille sur tel ou tel thème.

Les systèmes de croyances jouent un rôle décisif selon Imber-Black. L'église a par exemple, à une certaine époque, essayé de cacher des faits qu'elle estimait nuisible pour le grand public...

La famille élargie avec ses configurations intergénérationnelles, les croyances et les scénarios autour des secrets ont un rôle important. Beaucoup de secrets sont aussi liés au stade de développement et à l'étape du cycle de vie de la famille...

Enfin au niveau individuel, le secret a son importance. Parmi les fonctions des secrets de famille, on retrouve : La notion de pouvoir ou de régulation des relations à l'autre. Par ailleurs, l'autoprotection ou la protection des autres membres est une des fonctions souvent retrouvées.

b) L'approche systémique

Le secret crée une zone de non communication. Il va, dans la plupart des cas, augmenter l'entropie (diminuer le désordre) du système car autour de lui va se créer une « aire de stagnation relationnelle » sans possibilité d'échanges avec le système extérieur (Boszormenyi-Nagy, 1973). Une piste de travail en psychothérapie est une réflexion commune sur la possibilité ou non de partager, de faire circuler les informations dans la famille. Cette réorganisation du système où l'ordre est recherché, se fait par une rigidification des règles lors de l'adolescence d'un enfant (crise naturelle).

La fonction primordiale du secret est le maintien de l'homéostasie familiale (JC Benoit 1988) : « En termes de communication, le secret, moins dans son existence que pour ce qu'il n'organise pas autour de lui d'échanges et d'interactions, assure et maintient l'homéostasie familiale » Le secret peut, donc, comme le symptôme, concourir dans certains cas, au maintien de l'homéostasie familiale. Or l'homéostasie s'avère utile au fonctionnement familial la plupart du temps mais peut concourir à des dysfonctionnements lorsqu'elle se maintient de façon excessive.

Le mythe familial peut être validé par le secret de famille, pour maintenir une certaine homéostasie. La présence d'un adolescent constitue toujours un facteur de réactualisation de la problématique familiale. JP Rabreau, 1983, pense que « la crise familiale provoquée par un adolescent met en scène un drame avec au moins sept personnages : un adolescent, deux parents, quatre grands-parents ». L'adolescent est contraint de prendre une place dans le mythe familial, les rapports transgénérationnels vont donc se réorganiser. Lors de chaque étape de la vie, les mythes familiaux doivent pouvoir se modifier.

Cependant le mythe peut, dans certains cas, empêcher la famille de s'adapter à la réalité externe. Le mythe a souvent une fonction contenante vis-à-vis des angoisses de séparation. Lorsqu'il perd de son évolutivité, il peut s'opposer à tout mouvement de séparation psychique de chacun des membres. Les processus de séparation psychiques nécessaires à l'adolescence, vont donc avoir des rapports complexes avec le mythe familial. C'est au moment où le mythe est interrogé que des secrets de familles surgissent : pour renforcer le mythe ou le remettre en cause.

L'adolescent qui a une attitude déviante par rapport au mythe familial, peut révéler le secret en l'agissant. *On peut penser à Gonzague, par exemple : il accumule les dettes et se conduit comme un indigent alors que la famille cultive le mythe de la respectabilité et de la richesse.*

Le mythe devient « pathogène » lorsque le fonctionnement de la famille se rigidifie et qu'elle devient prisonnière de son mythe. Mara Selvini-Palazzoli (1983) évoque le mythe familial comme un moyen de figer chaque individu à une place inamovible dans un groupe familial rigidifié. Les valeurs familiales peuvent exprimer de façon idéalisée des règles relationnelles de la famille.

Ainsi, il est intéressant d'interroger les mythes familiaux, les loyautés et délégations (déjà développées dans la transmission du secret). Ces éléments apportent des hypothèses sur les fonctions du secret. Finalement ce n'est pas tant le secret qui nous intéresse mais la fonction auquel il est subordonné. Pour Mony Elkaïm, 2004, il est bon de veiller à ce que le système devienne assez flexible pour se passer de la fonction du secret de famille. Ainsi, le travail thérapeutique s'attache à flexibiliser les règles d'un système confronté au risque de changement.

.4 Organisation familiale autour du secret

Le thérapeute peut se trouver suite à une confiance, dans un double lien. Il peut, malgré lui, être associé à une partie de la famille en tant qu' « allié » contre les autres membres de la famille. Les approches systémiques ont apporté des concepts intéressants pour comprendre l'organisation familiale autour du secret. Les concepts d'alliance, coalition, triangulation et frontières vont être importants à développer.

a) Alliance, coalition, triangulation

Dans l'organisation des interactions dans la famille, il existe schématiquement: l'alliance ou la coalition. Autour du secret, il peut se créer l'une ou l'autre.

L'alliance est une relation d'affinité entre deux personnes, basée sur la sympathie, l'intérêt commun. On parle par exemple d' « alliance parentale » lorsque des parents se mettent ensemble pour favoriser le développement de leur enfant. Certains secrets de famille permettent de renforcer des alliances entre ceux qui partagent le secret. Ces alliances reposent sur le pouvoir qu'apporte la détention du secret et le fait de savoir qui le détient et qui est exclu.

La coalition désignerait une solidarité de plusieurs membres contre, au moins, un membre de la famille. Cette configuration en coalition est différente de l' « alliance » qui se fait « pour » aider quelqu'un ou pour l'encadrer. Dans la famille, il existe une hiérarchie. La coalition est généralement déniée mais explicite au niveau comportemental.

Selon Caplow, 1968, il existe différentes formes de coalition :

- conservatrices, qui ne dérangent pas la hiérarchie
- révolutionnaires, qui troublent la hiérarchie, par exemple si deux frères forment une coalition contre les parents ;
- illégitimes, lorsqu'il y a une coalition entre deux membres de la famille appartenant à deux générations différentes.

Jay Haley parle de « triangle pervers » (Haley, 1981) lorsque les coalitions sont intergénérationnelles et qu'elles sont niées tout en étant évidentes. Le caractère pathologique résiderait dans la répétition de ces coalitions, même lorsque l'objet de cette coalition varie.

Bowen, 1972, a constaté que chaque fois qu'un système familial dépasse un certain seuil d'angoisse, un processus relationnel caractéristique, qu'il nomme triangulation tend à se mettre en place. Autrement dit, la relation duelle devient instable et est remplacée par une triade. Le processus de triangulation implique une dyade, plus un tiers, cette personne extérieure joue alors le rôle de confidente. Dans une famille, plusieurs triangles se forment et se dissipent de façon récurrente. Ainsi, les secrets forment souvent des triangles durables dans une famille.

Caplow consacre sa réflexion à une des caractéristiques propre aux triades selon lui : la tendance naturelle à créer des coalitions de deux éléments contre le troisième. Il pense par ailleurs, que le troisième élément a un effet catalyseur : sa présence modifierait la relation des deux autres. Le tiers aurait trois fonctions possibles : être médiateur et empêcher un conflit ouvert entre les deux autres éléments ; il peut faire pencher à l'avantage d'un autre le conflit ou il peut enfin provoquer le conflit pour servir ses intérêts.

Cette tierce personne permet souvent de dévier sur elle une partie de la tension existant entre les deux autres. Lorsque la tension devient trop forte également pour le troisième élément, celui-ci cherche un nouvel « outsider » avec lequel créer un nouveau triangle qui s'ajoute à une chaîne de triangles progressifs intriqués entre eux. La triangulation implique généralement les membres d'une famille sur plusieurs générations et peut inclure des gens extérieurs (thérapeutes...)

La révélation d'un secret introduit le thérapeute comme tierce personne dans la relation qui liait l'exclu et le porteur du secret. Ainsi, il y a constitution d'une triangulation, qui permet à la dyade relationnelle d'être dépassée. Mais cette triade sous-entend la possibilité de coalition de deux éléments contre le troisième...

b) Sous-systèmes et frontières

L'approche structurale apporte quatre autres concepts essentiels pour appréhender l'organisation de la famille autour du secret : la structure, les règles, les sous-systèmes et les frontières. De ce point de vue, la structure familiale correspond à une sorte de « canevas pré-organisé » des interactions familiales en fonction des règles, alliances... Mony Elkaïm (1995) Les règles régulent les comportements des membres de la famille face au secret de famille. Ainsi, il existe des règles universelles et des règles spécifiques dans la famille.

Les sous-systèmes se construisent au sein du système familial de manière temporaire et modifiable. Ils sont constitués d'un individu, d'une dyade, d'une triade. Les frontières limitent les sous-systèmes et protègent ainsi leur différenciation dans le système. Elles maintiennent l'autonomie et la compétence acquises par les sous-systèmes. Ces frontières peuvent être semi-perméables (à la fois limitantes et perméables), floues (trop perméables) ou au contraire trop rigides.

Autour du secret, il est intéressant de voir le type d'interaction familiale : les familles « normales » ont des frontières claires bien délimitées ouvertes à l'influence d'un sous-système. Les familles enchevêtrées ont des frontières floues et mal délimitées ; les familles désengagées sont caractérisées par un fonctionnement rigide, l'action d'un individu donne lieu à peu d'interactions. Ainsi, la carte inventée par Minuchin représente visuellement et schématiquement l'organisation de la famille selon ces concepts. Celle-ci est évolutive.

L'adolescence du patient est un moment de réaménagement de la contenance du groupe familial. En thérapie familiale psychanalytique, P Benghozi, 2007, parle de mettre en place un contenant groupal familial et généalogique lorsqu'il existe des défaillances de contenance. « Avec une nouvelle peau pour penser les pensées » selon Anzieu, 1999, une réorganisation

des espaces psychiques individuels, générationnels et intergénérationnels et familiaux est possible.

Selon Benghozi, tout processus qui met en jeu une attaque destructrice du Lien se traduit au niveau groupal par une défaillance des contenants. Le remaillage du lien et l'étayage des contenants est le travail thérapeutique dans une perspective psychanalytique du Lien. Les ruptures du lien filiatif peuvent être remaillées par du lien affiliatif. Or la construction du lien thérapeutique est un lien affiliatif. Il développe la notion de résilience familiale, capacité familiale de maillage des liens psychiques.

Le thérapeute face au secret est confronté à des fonctionnements familiaux complexes, les identifier permet d'avoir des pistes de travail. Il peut aider à « réparer » ces frontières, en clarifiant avec les patients les frontières floues par exemple et en assouplissant les frontières rigides... Pris lui-même dans les alliances et les coalitions, il paraît important que le thérapeute identifie les coalitions, alliances et triades existantes. Si le secret assure une fonction à laquelle il est difficile de toucher, le fonctionnement psychique de la famille est à respecter. Plus qu'une focalisation sur la révélation, c'est bien un travail autour du secret de famille sur la réorganisation psychique, familiale, le remaillage qui semble important. Le travail ne se fait donc pas sur le secret lui-même mais de façon indirecte sur tout ce qui entoure le secret. En somme, c'est un travail sur les contenants plus que sur les contenus.

.III La question de la révélation à l'exclu

.1 Secret confié au thérapeute

Bien souvent, lorsqu'un secret est confié au thérapeute, c'est la question de la révélation à l'exclu qui est soulevée par le détenteur. Cette question est délicate, il est impossible d'établir de règles universelles. Il semblerait que selon les époques et les courants, les thérapeutes se positionnent différemment ; nous exposerons quelques positions intéressantes pour notre réflexion. La question de la révélation n'a cependant qu'une valeur relative. Elle fait, cependant, partie du travail possible en thérapie autour du secret de famille, c'est pourquoi nous la développerons.

Le thérapeute peut s'interroger sur la nécessité d'une révélation à l'exclu du secret mais ceci ne doit pas être sa seule préoccupation face au secret de famille.

Certains auteurs ont perçu la question de la confiance d'un secret comme un piège sans issue et tentent de l'éviter à tout prix :

Mara Palazzoli et Giuliana Prata ont décrit dans un article « les pièges de la thérapie familiale », 1981, leur tactique pour éviter qu'une tante ne leur révèle un secret de famille. Dans leur optique de neutralité circulaire, accepter la confiance du porteur du secret amène à une impasse pour les thérapeutes. Pour elles, ne pas révéler le secret signifie qu'il existe une « alliance implicite avec le détenteur qui empêcherait toute neutralité ». Révéler le secret mécontenterait des membres de la famille et nuirait à la neutralité. La seule issue possible pour garder cette neutralité serait donc d'éviter toute confiance. Cependant, il semble illusoire de penser pouvoir éviter d'être confronté aux secrets de famille.

De nombreux auteurs ont réfléchi à l'attitude du psychiatre lorsqu'on lui confie un secret. Dans son livre « secrets in families and family therapy », Evan Imber Black, 1993, a demandé à 22 auteurs de développer le thème du secret selon des angles spécifiques. Les auteurs traitent dans la grande majorité des cas de secrets détenus par les patients rencontrés. Chacun a sa façon de procéder. Les thérapeutes ont des attitudes très différentes lorsqu'on leur confie un secret: Jay Haley souligne que les secrets familiaux ne peuvent jamais être dévoilés, par respect envers les familles. Murray Bowen, propose au contraire comme règle de toujours révéler les secrets familiaux... Selon d'autres sources, Simon, Wynne et Stierlin, 1985, soutiennent l'idée que les secrets de famille ne doivent pas être dévoilés, mais contournés à travers l'entretien circulaire...

Les systémiciens ont donc souvent considéré les secrets de famille avec défiance, comme des pièges potentiels. Certains systémiciens de l'école de Milan ont pris le parti de se désintéresser du contenu, pour se focaliser sur les effets du secret sur les personnes.

Cechin, Boscolo, Hoffmann et Penn en 1987 décrivent une consultation familiale dans « la famille avec un secret ». Les thérapeutes ont accepté la condition posée par le beau père pour qu'il participe : Ils ont l'interdiction de parler en consultation des accusations d'inceste lui étant adressées par la patiente, Lisa 21 ans. Les consultations ne permettent pas d'atteindre de façon efficace la problématique familiale selon les thérapeutes eux même, qui critiquent leur

prise en charge à postériori. Lisa leur reproche même de ne pas avoir terminé leur travail quand sa sœur est hospitalisée en psychiatrie.

Tisseron, 2008, dit qu'il ne promet pas à ceux qui lui confient un secret de le garder car une fois qu'il est confié, il considère que le secret est un peu le sien et qu'il peut le gérer à sa façon.

G Ausloos, 1980, expose son point de vue : Lorsqu'un secret lui a été confié associé à un interdit d'en parler, il procède grosso modo ainsi pour ne pas se sentir piégé:

Il dit devant tous qu'il connaît un secret et qu'il ne peut pas travailler car il a peur de le divulguer, sans le faire exprès. En effet, il prétend ne pas savoir garder un secret ou se rappeler de ce qu'il ne faut pas révéler. Il dit être ennuyé car il ne peut pas obliger le détenteur du secret à tout dire et demande au détenteur de ne pas se fâcher s'il pose des questions indiscretes. Ainsi, il faudra que le porteur lui signale s'il s'agit d'éléments dont il ne veut pas parler devant les autres membres de la famille.

Pour Mattéo Selvini, 1997, « la révélation peut permettre un grand progrès uniquement dans le cas où les relations sont déjà sur la voie de la maturation », ceci rejoint l'idée de respect du fonctionnement intrapsychique et familial déjà évoqué. La révélation n'a pas un caractère résolutoire immédiat : « croire que la révélation du secret de famille va ipso facto réorganiser l'économie psychique, c'est rester pris dans l'illusion d'une théorie causale étiologique simple » R. Roussillon 1992. C'est l'accompagnement vers un changement de relation, une circulation de l'information et une réorganisation familiale qui prime.

.2 Intérêt d'un accompagnement de la révélation de la part du thérapeute ?

En fonction des secrets, le thérapeute peut s'interroger sur la nécessité de la révélation et de son accompagnement. Serge Tisseron, 2009, tempère l'importance de la révélation : il pense qu'il ne s'agit pas d'une révélation, la plupart du temps, mais d'« une confirmation d'un pressentiment pour l'exclu ».

a) Les réflexions sur les positions du thérapeute

Il existe deux situations principales pour le thérapeute :

Dans le cas de secret dangereux, il est bien sûr inenvisageable de garder le secret confié si on estime que la révélation atténuerait ou supprimerait un danger grave pour autrui. (abus sexuel...).

Pour les autres secrets, le lien entre la clinique et les symptômes reposent sur des hypothèses comme nous l'avons vu. La position des thérapeutes est très différente en fonction des résonnances de chacun. Le thérapeute peut aussi avoir une profonde incertitude quant à l'intérêt du maintien ou de la levée du secret.

En effet, pour l'exclu du secret, les troubles liés à un Secret ne disparaissent pas forcément à la divulgation de celui-ci : les clivages et les dénis précoces que l'enfant a pu mettre en place au cours d'expériences relationnelles avec des parents eux-mêmes clivés sous l'effet d'un Secret, subsistent après la révélation de celui-ci. Il est possible qu'après la divulgation, l'enfant continue à fonctionner de façon clivée par exemple...

Seul un travail d'élaboration psychique peut servir à intégrer le « su du non-su », comme il existe tant dans les familles ; sinon le sujet peut fonctionner avec un clivage de deux zones psychiques distinctes : « l'une qui sait et n'a plus besoin de s'organiser autour du secret, l'autre qui continue à témoigner des mécanismes mentaux et comportementaux mis en place pour lui faire face au moment où le sujet n'en avait pas encore connaissance ». Tisseron, 1992.

Selon M. Selvini, 1997, la révélation de secret doit être pensée selon trois critères principaux : Pour lui, il est indispensable de définir qui est impliqué dans le secret. Plus un sujet est directement concerné, plus il convient de se mettre dans la perspective de la révélation. Il est essentiel de construire une liaison claire entre le secret, la méconnaissance de la réalité et les souffrances du patient. Enfin, « les moments et modalités de la révélation doivent être attentivement mesurés selon la capacité de chaque membre à recevoir, intégrer et élaborer le secret de façon constructive donc thérapeutique ».

Epelbaum, 1995, pense au sujet de parents porteur d'un secret dont l'enfant est exclu que « le thérapeute gagne à décider de mettre son avis en suspens et d'accepter le choix des parents

sans céder à l'impatience ni au passage à l'acte ». Ceci rejoint les propos de G Diatkine, 1984, « nous nous efforçons ensuite de maintenir le dialogue sur ce qui a rendu nécessaire l'édification et le maintien du secret ».

Parfois, le thérapeute pense que le maintien du secret mène à une impasse thérapeutique. Si le détenteur reste sur une position de maintien du secret, le thérapeute peut décider de se retirer de la prise en charge ou de continuer.

Ce qui est important pour Mattéo Selvini, 1997, c'est que le thérapeute soit capable de gérer les réactions émotionnelles et cognitives de tous les membres de la famille dans le cas où il accompagne la révélation qu'elle soit faite en séance ou en dehors.

En effet, le secret révélé va entraîner un long processus d'élaboration qui est plus important que la révélation en elle-même, de même que tout secret a une fonction dans la famille qui est plus importante que le contenu du secret.

b) Comment révéler un secret de famille ?

Il semble important de prendre le temps d'examiner avec le détenteur, le secret, ses représentations et s'il souhaite le révéler. Il peut être intéressant pour le détenteur d'imaginer les changements secondaires à la révélation pour lui, pour l'exclu, la famille... Il paraît prudent de procéder lentement progressivement dans des conditions de sécurité surtout lorsque le secret touche à l'identité de l'individu. La révélation du secret ne doit pas se faire de façon forcée par le thérapeute.

Bien souvent, le partage du secret se fait en famille, mais parfois les patients les dévoilent, en consultation. Pour M. Sanchez-Cardenas, 1994, la consultation est un « contenant psychique propre à « détoxiquer » la violence et les affects trop forts contenus dans le secret et risquant de mettre en péril les liens familiaux ».

Dans le cas d'une révélation en séance de thérapie familiale: Fall et Lyons ont écrit un article en 2009 qui donnent des recommandations éthiques aux thérapeutes familiaux. Ils préconisent au thérapeute de prévenir les membres de la famille qu'il ne peut gérer pas les conséquences de la révélation en dehors de la consultation. Par ailleurs, ils conseillent d'évaluer

l'organisation de la famille (frontières...) et d'évaluer les conséquences d'une révélation sur le système ; ce qui rejoint ce que nous avons déjà développé.

Selon différents écrits, il semble préférable que le détenteur puisse révéler lui-même le secret au destinataire ; cependant le thérapeute, dans certains cas, peut révéler le secret avec l'accord de celui qui lui a confié le secret de famille.

Evan Imber Black, 1993, conseille aux détenteurs de ne pas révéler de secret un jour de fête ou de rituel. Pour elle, les réunions de famille, les grands rituels du cycle de vie (baptême, mariage, anniversaire...) ne sont pas de bons moments car ils sont déjà chargés de tension. Le processus de révélation est alors pris dans le rituel lui-même. Ainsi, pour Imber Black, il est préférable d'en parler lors de moments ordinaires.

S Tisseron, 2009, conseille à ceux qui souhaitent révéler un secret de famille à un enfant de partir des questions de l'enfant, de ce qu'il a pu voir ou entendre et de le lui confirmer. Confirmer à l'enfant ses perceptions et le mettre sur la voie en lui permettant de poser des questions semble important pour lui donner le temps d'assimiler des événements. D'ailleurs, les secrets que l'on révèle à un enfant, ont souvent besoin d'être reformuler quand il grandit.

Lors d'une conférence 2009, Tisseron avance ceci : « Il faut accepter de laisser le temps nécessaire pour construire un ensemble psychique capable de se confronter au traumatisme ». Finalement, cela revient à attendre que les exclus du secret soient prêt à « confirmer leur pressentiment ». « La confirmation du secret permet à ceux qui en ont envie, de se construire sur des bases plus solides en repensant leur histoire, en réexaminant leur choix. »

.3 Les risques de la révélation

La révélation constitue un « saut dans l'inconnu » qui peut provoquer des effets immédiats mais aussi différés. Comme nous l'avons vu, la révélation peut être inadaptée dans certains contextes. La révélation est considérée comme inappropriée par Loredio et Vella, 2004, lorsque par exemple, le destinataire exprime clairement sa volonté de l'ignorer ou bien qu'il est vulnérable, qu'il est dans une phase d'un cycle de vie trop précoce pour intégrer le secret...

Rappelons qu'il est important d'évaluer le rapport dommage-protection et son évolution dans le temps car il dépend fortement du facteur temps et des cycles de vie des individus.

Les motifs de la révélation sont parfois dénués de bonnes intentions envers l'exclu : la révélation est faite sous l'effet de la colère, pour soulager de la culpabilité, par vengeance et est chargée d'agressivité envers l'exclu. Pour M. Sanchez-Cardenas, lorsque le détenteur souhaite en parler au destinataire : « la question est donc : le secret qui nous est confié s'inscrit-il dans un mouvement qui fait violence de façon prédominante (par rapport à ses aspects « sains ») au psychisme de celui qui est exclu, ou bien, au contraire, se situe-t-il dans un mouvement qui le respecte (malgré un minimum d'empiètement) ? »

Pour illustrer cette idée, nous évoquons la situation de Germain, 18 ans, rencontré aux urgences en 2009 suite à une seconde tentative de suicide. Ce jeune homme décrit un mal être ancien, mais relie son geste à sa situation actuelle décrite comme intolérable. En effet, Germain est pris dans des conflits de loyautés envers sa mère et son père actuellement en instance de séparation.

Pour lui, « sa famille a éclaté » depuis quelques mois lors de l'enterrement d'une tante qu'il aimait beaucoup : sa grand-mère maternelle lui a alors sous-entendu un « secret de famille » : Germain s'est disputé avec certains membres de la famille dont sa grand-mère le jour de l'enterrement, il s'est vu répondre que « son cousin était peut être son frère, qu'il n'avait qu'à demander à son père ! ».

En colère, il a alors questionné son père et sa mère... Depuis 17 ans, son père avait une liaison avec sa tante maternelle et avait eu trois enfants avec celle-ci. La mère de Germain, Germain et les trois enfants concernés étaient, selon lui, « les seuls de la famille à ne pas connaître ce secret ». Depuis la révélation, son père et sa mère ont décidé de se séparer, ils ont été l'un et l'autre hospitalisés en psychiatrie... Germain héberge actuellement son père contre la volonté de sa mère. Chaque parent lui demande de prendre parti dans le conflit. Germain ne veut plus vivre ainsi, demandeur d'aide, il accepte une hospitalisation à l'Unité Espace.

Ainsi, ce secret incestuel, gardé pendant des années par plusieurs générations, a été révélé de façon violente pour les exclus. Les questions de loyautés, coalitions sont au premier plan.

Selon Tisseron, 1992, « la révélation non préparée est aussi inutile au sujet que la révélation brutale d'un désir inconscient ». Le préjugé de la « transparence curatrice » est à nuancer : « savoir » ne peut être conçu comme thérapeutique en soi. Ceci peut même se révéler pathogène selon M Sanchez-Cardenas, 1994.

Après la révélation, le détenteur perd toutes les formes de pouvoir qu'il avait précédemment vis-à-vis de l'exclu. En plus des conséquences propres à la révélation, le fait de révéler peut également altérer les relations du détenteur, car il est perçu par les autres comme une personne capable de dissimuler.

La révélation peut en elle-même être source de traumatisme pour l'exclu. L'argumentaire de la « vérité » à « tout prix » n'est pas recevable. Elle peut faire « voler en éclats » les constructions de l'enfant. (I Secret, 1994) Une révélation brutale peut bouleverser une vie : faire perdre totalement confiance en soi.

L'exemple d'une jeune femme de 25 ans m'a été raconté par son psychiatre. Elle menait une vie épanouie jusqu'à ces 23 ans, âge auquel elle apprend lors d'une dispute avec sa mère, que l'homme qui l'a élevé et reconnu n'est pas son père biologique. Cette annonce lors d'un accès de colère de la mère a été vécue comme un traumatisme par cette jeune fille. Depuis cette « révélation », elle a fait plusieurs tentatives de suicide et présente des symptômes dépressifs.

Vouloir imposer la « vérité » à une famille alors qu'elle n'y est pas prête et qu'elle n'en a pas pris la décision elle-même, va être ressenti comme une prise de pouvoir à son égard. Si on « force » la révélation, il y a un paradoxe : d'une part, on propose aux différents membres de la famille de s'autonomiser les uns par rapport aux autres en ne conservant plus leur secret considéré comme « pathogène »; d'autre part on tente de le faire en exerçant sur eux une emprise.

Mattéo Selvini, 1997, pense qu'il est dangereux de révéler un secret, si par la suite il est nié ou banalisé ou renvoyé d'une façon agressive par celui qui aurait dû être remis en cause par cette révélation. Il écrit : « La possibilité d'élaboration autoréflexive et autocritique me semble donc décisive quant à la révélation ou non des secrets en thérapie ». Pour le

thérapeute : révéler un secret n'est possible que s'il est en position de gérer le processus thérapeutique. « Révéler un secret dans une situation d'improvisation ou si la relation avec la famille n'est pas inscrite dans la durée, serait dangereux. »

Ces réflexions nous éclairent sur les approches psychothérapeutiques possibles et confirment l'idée d'une prudence face à la singularité de chaque rencontre clinique.

.IV Les 4 Cas cliniques revisités à la lumière de cet exposé

En reprenant les caractéristiques des secrets présents dans chaque situation, nous analysons les secrets de famille et le lien avec les symptômes présentés par chaque adolescent en fonction de nos hypothèses. Des pistes thérapeutiques sont évoquées sans avoir la prétention d'être exhaustives.

.1 Anthony 21 ans, hospitalisé 4 semaines, « tel père, tel fils ? »

Anthony est privé essentiellement d'un savoir sur son père. La personnalité de celui-ci, mais aussi ses tendances alcooliques et violentes n'ont pas été révélées à Anthony. Ici, on peut parler de non dit plutôt que de secret, car ces éléments de l'histoire de son père ne sont pas transmis par le langage verbal.

De plus, Anthony semble n'avoir pas souhaité connaître cela volontairement jusqu'à présent. (il quittait la pièce lorsque sa famille évoquait son père) ; on peut penser qu'Anthony fait preuve de déni partiel car il a connu son père jusqu'à l'âge de 10 ans.

Le non dit porte sur des éléments non transmis de l'histoire paternelle.

Les détenteurs de ce non dit sont la mère, probablement les sœurs qui sont plus âgées, et la tante paternelle avec laquelle Anthony n'a plus de contact. Pour les porteurs, ce contenu semble être source de souffrance, d'une probable honte ou culpabilité. Anthony est exclu de ce savoir. Serait-ce parce qu'il est un garçon ?

Du point de vue culturel, l'histoire familiale est souvent transmise par les femmes dans les traditions celtiques. De plus, Anthony est seul représentant du sexe masculin dans la famille

nucléaire. L'exclure de ce savoir, est aussi un moyen de mettre à distance l'homme, identifié comme potentiellement dangereux dans cette famille (en référence à l'autre homme de la famille : le père).

Ceci est un non dit « interne », si on le définit comme un secret, car au moins deux personnes semblent détentrices des éléments. Ce non dit peut être classé parmi les non dits pathogènes. En effet en évaluant le rapport dommages-protection pour Anthony au moment de la rencontre, il semble qu'Anthony attribue à ce non savoir une importance pressante ; le non dit semble prendre de la place au sein de la relation intrafamiliale et de son couple ; de plus en dehors de l'histoire paternelle, c'est l'ensemble de la famille paternelle qui n'est plus évoquée (conflits non expliqués suite au décès du père d'Anthony, si bien qu'il n'a pas eu d'informations sur son père par ce biais là). Ainsi, ce non dit a restreint la transmission de toute la lignée paternelle d'Anthony et paraît avoir structuré une alliance de la mère et des sœurs.

Enfin, le symptôme (tentative de pendaison) peut être considéré comme une « conséquence » du non dit quand on se réfère à notre classification de la relation secret-symptôme. Dans sa quête identitaire, le père d'Anthony est la figure d'identification masculine. Anthony ne cherche-t-il pas par cet acte identique, à connaître son histoire, se sentir dans un lien de filiation ?

Le non dit semble avoir eu la fonction de protéger Anthony. Cette « aire de stagnation relationnelle » autour du père avait maintenu l'homéostasie familiale jusqu'ici. L'accompagnement d'Anthony dans sa quête d'informations familiales se fait au rythme de ses interrogations dans le service. Les propos de Tisseron illustrent cet accompagnement : « Il faut accepter de laisser le temps nécessaire pour construire un ensemble psychique capable de se confronter au traumatisme ». Ainsi, « La confirmation du secret permet à ceux qui en ont envie de se construire sur des bases plus solides en repensant leur histoire, réexaminant leur choix. »

.2 Mélanie 14 ans, hospitalisée 10 jours en pédiatrie, « le secret omniprésent »

Dans la situation de Mélanie, c'est l'inceste de son grand-père paternel sur sa mère qui est caché. Ce secret de famille est détenu par ses parents et ses grands parents et exclut Mélanie et son frère Jérôme. Ce secret est donc interne dans la famille.

Le secret est pathogène ici, il induit des dommages lorsqu'on étudie le rapport dommage-protection :

Rappelons que ce rapport dépend fortement du facteur temps, des cycles de vie et des événements de vie: ainsi il peut être adéquat de révéler telle chose à un temps donné alors que cela serait inopportun à un autre moment... Les enfants ont été « protégés » du savoir d'un traumatisme vécu par la mère mais non protégés dans la réalité. (Vacances avec la mère et le grand-père). Ce secret a une place centrale dans le psychisme du père et de la grand-mère paternelle. Il semble aussi central au sein de la relation intrafamiliale (entre Mélanie et son père particulièrement). Il existe une restriction du champ relationnel, tout ce qui concerne la mère des enfants et la famille maternelle est occulté par la famille.

Les communications allusives créent une atmosphère particulière dans cette famille, la relation semble nourrie par le climat du secret, de l'incestuel. Le père évite de parler suite à la révélation ; il y a une forte stratégie révélation-dissimulation ; ainsi la relation est vraiment basée sur le secret. Mélanie de son côté est persuadée qu'elle doit trouver quelque chose à l'origine de son mal être... Elle utilise les mêmes procédés de révélation-dissimulation que son père (chant d'une agression sexuelle floue dans la salle des adolescents, lettres écrites de révélation...)

Les nombreux symptômes de Mélanie semblent être pour certains, des métaphores du secret: Les attitudes sexualisées dont fait preuve Mélanie envers les adultes et notamment son père peut être perçue comme une métaphore de l'inceste qu'a subi sa mère. Pour d'autres : les agirs (agitation, fugues, scarifications, hyperphagies, agressivité) semblent s'intégrer dans un sentiment de vide angoissant ressenti en lien avec le secret. Par ailleurs, le développement affectif et intellectuel dysharmonieux semble être en lien avec l'interdit de savoir. Dans notre classification, ils s'approcheraient des conséquences du secret...

Le climat incestuel empêche les fantasmes, les pensées ; ainsi le recours à l'agir est privilégié. Selon Racamier , 1995, « l'incestuel est à la croisée de la psychose et de la perversion ». Les domaines controversés des états limites et autres pathologies du narcissisme (conduites addictives...) s'inscrivent dans un recours à l'agir qui peut être en lien avec ce climat.

Par ailleurs, Jérôme présente lui aussi des symptômes qui peuvent être une « conséquence » de ce secret de famille : instabilité psychique et physique, retard psychoaffectif important... Cependant, l'intrication de carences maternelles, de protection, de fonctionnements incestueux et incestuels dans cette famille, rend la problématique de Mélanie et Jérôme complexe.

Les fonctions de ce secret s'apparentent à celles des secrets incestuels : garantir l'union, « la survivance ». Dans cette famille, les mythes familiaux de normalité et d'harmonie sont importants. Mélanie vient interroger cela. La famille est organisée autour du secret : Les frontières sont floues, le fonctionnement familial semble enchevêtré. Il existait une coalition contre cette « mauvaise mère ». Une autre coalition du père et de la grand-mère excluant la patiente pourrait être repérée. Elle paraît se transformer en coalition du père et du thérapeute excluant Mélanie suite à la confiance.

Citons Racamier, 1995, de nouveau :

« L'équivalent incestuel est tenu pour tabou » et toute manœuvre d'approche suscite de la crainte, de l'hostilité donc une mise à distance. Le père en évitant tout contact avec le thérapeute empêche le travail autour du secret.

Dans ce cas, la fonction de ce secret (secondaire au traumatisme) pour la famille est essentielle. M. Sanchez-Cardenas, 1994, pense que « Plus un secret est pathogène, plus il témoigne d'une souffrance familiale, et plus il est nécessaire à cette famille. »

Le fait d'introduire du tiers extérieur à la famille peut permettre à Mélanie d'être considérée avec un regard dépourvu de projection. Dans cette situation, accompagner prudemment les questions des enfants sur ce qu'ils ont vu, entendu et tenter de donner des réponses qui ne nient par leur vécu paraît important (propos de Tisseron). Les réponses sont à formuler en fonction de leur âge et leurs capacités. (Enoncer les faits crus ne paraît pas souhaitable).

Ici, la double interdiction de penser et de savoir semble rendre intouchable à ce moment là le noyau secret. Le travail autour du secret n'a pas été possible lors de l'hospitalisation décrite et des consultations. C'est tout le travail de réparation des frontières, d'enveloppes et de remailage qui paraît important dans cette famille.

.3 Gonzague x de y, 23 ans, hospitalisé 2 mois en psychiatrie adulte en 2006 « il errait dans la ville qui porte son nom »

Le secret de famille est ici la filiation cachée de Paul, l'oncle de Gonzague, ainsi que la spoliation de celui-ci. Les dettes de la famille avaient été dissimulées. Ce secret était au départ probablement partagé par les grands parents et Paul puis, l'ensemble de la génération du père de Gonzague a été informé. Au moment de l'hospitalisation, Gonzague est exclu de ce secret de famille. On ne sait pas si les frères de Gonzague sont eux aussi exclus du secret. Le père souffre probablement de ce secret qu'il porte avec une certaine honte.

Ce secret est interne et pathogène à priori. Le rapport bénéfice-dommages de garder ce secret est évaluable :

Gonzague présentait une fragilité probable avant que son père ne détienne ce secret. L'idée de le protéger était présente dans l'esprit des parents. Par ailleurs, les dommages de ce secret sont représentés par le retrait de parole que cela a suscité. En effet, ce qui touche à la famille paternelle est devenu sujet sensible et évité. Les relations intrafamiliales en ont pâti. Gonzague ne s'est pas exprimé verbalement en ce sens, mais ses attitudes montrent que l'histoire de sa famille paternelle a de l'importance pour lui.

Les symptômes présentés lors de cet épisode (errance dans le village de ses ancêtres paternels, endettements variés, violence envers les gendarmes) peuvent être perçus comme des métaphores du secret, tandis que la dissociation psychique, les symptômes psychotiques perçus comme des « conséquences » du secret.

On peut faire l'hypothèse que les dettes de Gonzague interpellent la relation père-fils. Tout se passe comme si l'absence d'élaboration symbolique de la dette de filiation s'exprimait par la

dette financière réelle. Dans la famille aristocratique paternelle, le mythe de richesse est présent : la problématique des dettes financières se répète. De plus, des conflits familiaux anciens non résolus avec un secret sur la filiation de Paul apparaissent. Probablement que d'autres secrets ou non dits existent dans l'histoire familiale.

Les secrets sont confiés en consultation à l'exclu et au thérapeute lorsque l'histoire familiale est évoquée. Les révélations se font spontanément en entretien sans insistance de la part du thérapeute. L'idée de respect du fonctionnement intrapsychique et familial est en arrière plan.

Or pour Mattéo Selvini, 1997, « la révélation peut permettre un grand progrès uniquement dans le cas où les relations sont déjà sur la voie de la maturation ». Gonzague paraît peu à peu prendre pied dans son histoire transgénérationnelle et critiquer son errance. Il a permis à son père de reprendre des éléments inachevés de sa propre histoire, de ses liens, ses ascendants. Tout le travail d'élaboration qui fait suite est primordial tant au niveau individuel (consultations de Gonzague), qu'au niveau familial (thérapie familiale de B Hellinger).

.4 Alice, 17 ans, en consultation aux urgences médico psychologique ; « fait-elle partie de la ligue anti tabac ? »

Dans la situation d'Alice les secrets de famille sont variés et se situent à différents niveaux, nous développons ici trois secrets de famille :

Il y a en premier lieu, un mensonge fait par le copain d'Alice : il a prétendu qu'il avait arrêté de fumer. La famille du copain a par ailleurs couvert le mensonge.

Le premier secret dévoilé dans l'entretien est le secret du cancer de la grand-mère maternelle caché avant son décès. Ceci était connu des adultes qui l'ont caché aux enfants de la famille selon le souhait de la grand-mère. On peut imaginer que cette grand-mère avait probablement honte de son cancer (la mère d'Alice décrit le cancer comme secondaire à son alcoolisme). La mère d'Alice lui a dévoilé une partie du contenu du secret, 3 semaines avant le décès de sa grand-mère : Alice a alors appris qu'elle était « malade ». La mère, une des détentrices de ce secret, a probablement ressenti de la souffrance et de la culpabilité. Ainsi, ce secret interne paraît avoir été toxique car il a créé et crée encore des dommages dans la relation de ceux qui y ont participé. (Notamment entre Alice et sa mère)

Le rapport dommage-protection peut être évalué ainsi :

Garder le secret permettait à Alice une certaine « protection » du fait de son jeune âge et permettait de respecter la volonté de la grand-mère, selon la mère.

Cependant certains dommages ont eu lieu : la non préparation au deuil de la grand-mère ; le secret est au cœur de la relation mère fille avec actuellement de l'agressivité, des reproches ; une méfiance d'Alice envers les adultes, une incapacité à tolérer le mensonge de son copain.

Les symptômes dépressifs d'Alice pourraient être en partie la « conséquence » de ce secret.

Parler de ce secret constitue la seule façon actuelle d'évoquer la personne de cette grand-mère.

Le second secret appris lors de cet entretien se situe à la génération précédente :

La mère d'Alice a appris de sa mère (la grand-mère d'Alice) que celle-ci a été abusée par son beau-père alcoolique. (L'arrière grand-père d'Alice) Ainsi la grand-mère d'Alice a tenu secret cela jusqu'à ce qu'elle le confie à sa fille lors de son cancer. Probablement que l'ensemble de la famille était exclu du secret. Ce secret interne (car la grand-mère et l'arrière grand père étaient à priori les détenteurs) est probablement nocif, nous serions tenté de le classer dans les secrets pathogènes. Les symptômes d'Alice pourraient en être la conséquence selon la classification de la relation symptôme-secret.

On comprend mieux comment se constitue le premier secret cité car il renvoie à un autre secret très douloureux...La grand-mère et la mère d'Alice en cachant le cancer (qu'elles mettent en lien avec l'alcoolisme de la grand-mère, lui-même relié aux abus sexuels subis) évite la confrontation douloureuse au contenu du second secret.

Le troisième secret détecté est en train de se constituer lors de la seconde consultation :

Il concerne l'état psychique d'Alice. Le père d'Alice souhaite garder secret ses tentatives de suicide et son état psychique auprès de sa famille. Ce secret est partagé par les membres nucléaires de la famille mais caché à la famille paternelle. Nous ne savons pas si le père d'Alice éprouve de la culpabilité ou de la honte vis-à-vis de cela. Le rapport dommage-protection est à évaluer :

Peut-être qu'il protège ainsi sa fille d'une vision négative sur elle de la part de la famille paternelle. Peut-être qu'il minimise ce qui se passe pour sa fille et confirme ainsi auprès

d'elle un sentiment de honte... ceci reste en suspens. Ici, le symptôme est donc le contenu du secret.

Cette situation mêle problématique incestuelle et problématique du deuil. Il est fort probable que d'autres secrets existent dans cette famille. Le thérapeute pourrait se perdre dans la recherche de secrets...

« Et lorsque par mégarde, lorsque nous nous évertuons à démêler le vrai du faux dans les secrets incestuels, nous ne faisons rien d'autre que de nous prendre au piège. » : Racamier, 1992.

Des pistes peuvent ici se dessiner : travail sur la circulation d'informations dans la famille, sur les représentations autour de chacun des secrets, sur leur fonctions, les alliances et coalitions dans cette famille...

De nombreuses hypothèses ont été exposées, sans jamais les considérer comme des certitudes...

CONCLUSION

L'adolescent, pour construire son identité, doit se situer dans la lignée familiale, il interroge son entourage et agit parfois comme un catalyseur des révélations de secrets de famille. Ainsi, à partir de la clinique adolescente, c'est l'histoire des secrets de famille qui a été relatée : de l'origine du secret à l'émergence de symptômes possibles (sans jamais considérer les troubles psychiques selon une causalité linéaire).

Nous avons défini le secret de famille selon Serge Tisseron, 1996:

Il porte à la fois sur le contenu qui est caché et sur un interdit de dire et même de comprendre qu'il puisse y avoir, dans une famille, quelque chose qui fasse l'objet d'un secret et enfin le porteur du secret en souffre. Le secret se constitue la plupart du temps lors d'un événement traumatique ou d'un événement source de culpabilité ou de honte. Il est souvent en rapport avec les origines, la mort ou la transgression.

Au cours de cet exposé, nous avons tenté de répondre à des questions complexes en nous appuyant sur une revue de la littérature actuelle ; reprenons ces interrogations :

A partir de quand un secret de famille est-il délétère?

Notre réflexion a nuancé une vision uniquement négative des secrets de famille. Les secrets sont en effet, le signe du fonctionnement familial même normal. La présence de secrets dans une famille n'est pas délétère en soi. Le secret a une double valence : il est protecteur et toxique à la fois ; il faut l'analyser au cas par cas, pour évaluer sa nocivité.

Comment se transmet un secret dans la famille d'une génération à l'autre? Peut-on faire un lien entre les symptômes présentés par les adolescents rencontrés et le ou les secrets existant dans leur famille?

Une des fonctions essentielles de la famille est la transmission : la famille recèle ses histoires, ses rites, ses valeurs, ses événements heureux ou malheureux et les transmet de génération en génération. Les secrets n'échappent pas à cette transmission. Citons P Benghozi, 2007 : « On ne peut pas ne pas transmettre, comme « on ne peut pas ne pas communiquer » ». Les réflexions de nombreux auteurs notamment d'Abraham, Torok et de Serge Tisseron ont permis d'établir des hypothèses sur les voies de transmission et les conséquences du secret sur le porteur, les exclus.

Enfin, quelles approches psychothérapeutiques sont possibles ?

La fascination ou l'appréhension suscitée chez le thérapeute par le pressentiment ou la confiance d'un secret de famille poussent à la prudence. Chercher à tout prix à déterrer le « secret final », celui qui permettra de tout savoir et de tout comprendre constitue un piège. Etre focalisé sur la question de la révélation paraît être une erreur.

Nous l'avons vu, le secret de famille est toujours intéressant à repérer en thérapie car il donne des indices sur le fonctionnement intrapsychique et familial du patient. Il semblerait que la question n'est pas tant de savoir s'il existe ou non un secret de famille, ni s'il faut le révéler ou pas, mais plutôt de savoir quels rapports le patient et la famille entretiennent avec le secret, quelle fonction il occupe tant au niveau intrapsychique qu'au niveau intersubjectif.

Le travail psychothérapeutique ne se ferait donc pas sur le secret lui-même mais de façon indirecte sur tout ce qui entoure le secret. Il vise une réorganisation psychique, familiale, un remaillage des contenants.

« La souffrance psychique existe, elle est même inévitable ; elle provoque des dégâts. Il n'y a aucune raison de s'y résigner ; on peut la transformer comme elle nous transforme, on peut même en faire des œuvres d'art. » Boris Cyrulnik

BIBLIOGRAPHIE

(Par ordre alphabétique selon le référentiel du ministère de l'éducation nationale)

ABRAHAM N. et TOROK M. L'écorce et le noyau, Paris, Flammarion, 1978, p 229-318 et p 393-426

ANZIEU D. Le groupe et l'inconscient, Paris, Dunod, 1999

AUSLOOS G. Œdipe et sa famille, ou les secrets sont faits pour être agis ; Essai de compréhension du mythe oedipien par une lecture systémique des interactions entre les personnages, Dialogue, 1980, n° 70, 85-91

AUSLOOS G. Secrets de famille dans annales de psychothérapie, Changements systémiques en thérapie familiale, Paris, ESF, 1980, p 62-79

AUSLOOS G. BOUCHARA G. PILLA R. Ces choses qu'on ne peut pas dire, Thérapie familiale, 1980, vol 1 n°1, p 85-92

AUSLOOS G. Secrets de famille. Changements systémiques en thérapie familiale, ESF, 4eme édition, 1987, p 62-80

BENGHOZI P., Porte la honte et maillage des contenants généalogiques familiaux et communautaires, dans la revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, Eres 5, 1994

BENGHOZI P. Transmission généalogique de la trace et de l'empreinte : temps mythique en thérapie familiale psychanalytique, cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux, de Boeck, 2007, p 43-60

BENGHOZI P. La psychothérapie psychanalytique familiale et de couple : il était une fois...texte remanié d'une conférence à Stockholm mars 2005

BENOIT JC., MALAREWICZ J.A., BEAUJEAN J., COLAS Y., KANNAS S. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques, ESF, 1988

BION W. Recherches sur les petits groupes, Paris, PUF, 1965

BION W. Eléments de psychanalyse (1979) (tr française), Paris, PUF, 2002

BOSCOLO L., CECCHIN G., HOFFMAN L. PENN P. Milan Systemic Family Terapy, New York, Basic Books, 1987

BOSZORMENYI-NAGY I. , SPARK G. Invisible loyalties, New York, Harper and Row, 1973

BOUTANG P. Ontologie du secret. Paris P.U.F, 1973, p 131

BOWEN M. Anonymous : Toward the differentiation of a self in one's own family. In J. Framo (Ed.), Family interaction: A dialogue between family researchers and family therapists. New York: Springer, 1972, 175-200

BOWLBY J. Attachement et perte (1969), Paris, PUF, 1978

BRACONNIER A. Secrets et confidents au temps de l'adolescence par A Braconnier, C Chiland, M Choquet. Ouvertures psy, Paris, Masson, 2001, 1-2

CAPLOW T. Two against One, tr.fr., Deux contre un,(1968) Paris, A.Colin, 1971

CASTORIADIS AULAGNIER P. Le droit au secret : condition pour pouvoir penser, Nouvelle revue de psychanalyse, 1976, n°14, p 141-157

CHILAND C. Secrets et confidents au temps de l'adolescence par A Braconnier, C Chiland, M Choquet. Ouvertures psy, Paris, Masson, 2001, p89-90

CYRULNIK B. Souffrir mais se construire, Eres, 1999, p 23

DELASSUS C. Du non dit au secret de polichinelle. Le journal des psychologues, fev 1993, n°104, dossier secrets d'enfance

DIATKINE G. Chasseurs de fantômes, inhibition intellectuelle, problèmes d'équipe et secret de famille. Psychiatrie de l'enfant, 1984, vol 27, n°1

DONNET JL. , GREEN A. Quant à l'enfant de ça, Paris, Editions de Minuit, 1973

DRIEU D. Automutilations, traumatophilie et enjeux transgénérationnels à l'adolescence, Adolescence, 2004, 22, p 311-323

ELKAÏM M. Si tu m'aimes ne m'aime pas, Paris, Le Seuil, 1988

ELKAÏM M. Panorama des thérapies familiales, Paris, Le Seuil, 1995, p 237

ELKAÏM M. L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance, Psychothérapies Vol. 43, 2004, p 145-150

ELKAÏM M. « Les quatre cents coups » et la fonction du secret, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, de Boeck, 2004, p 119-121

EPELBAUM C. Collaboration avec l'école : la dimension du secret, Neuropsychiatrie de l'Enfance et adolescence ,1995 :7-8, p 304-312

FAIMBERG H. A l'écoute du télescopage des générations, 1988 cité dans :
FAIMBERG H., KAES R. Transmission de la vie psychique entre générations, Paris, Dunod, 1993

FALL K. LYONS C. Ethical considerations of family secret disclosure and post-session safety management, The family journal, july 2003, vol 11, n°3, p 281-285

FERREIRA A. « Family myths and homeostasis », Archives of General Psychiatry, 1963, 9

FERENCZI S. Transfert et introjection (1909)

FERENCZI S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Psychanalyse IV, 1990, Paris, Payot, 1932

FIVAZ E. CORBOZ A. FRENCK N. L'approche systémique. La construction des liens familiaux pendant la petite enfance. Approches francophones par M Robin, I Casati, D Candilis-Huisman. Collection psychologie d'aujourd'hui, Paris, PUF, 1ere édition, 1995, p 246-268

FRAIBERG S. Fantômes dans la chambre d'enfants, le fil rouge, PUF, 1999

FREUD S. Le roman familial des névrosés (1909) dans : Névroses, psychose et perversion, traduction J. Laplanche, Paris, PUF, 1973

FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905), Folio Essais, Paris, Gallimard, 1987

FREUD S. Les théories sexuelles infantiles (1908) dans La vie sexuelle, Paris, PUF, 1969

FREUD S. L'inquiétante étrangeté (1919) dans L'inquiétante étrangeté et autres essais. Folio essais, Paris, Gallimard, 1968, p 209-263

GELUGNE F. Expression de l'incestuel : intérêt et éléments de repérage de l'incestuel dans la pratique clinique, Le divan familial, 2006, n°16, p 185-196

- GILLIERON E. Traitement de la famille et psychanalyse, Dialogue, 1980, n°70, p 47-66
- GOLSE B. La filiation : sentiment, croyance ou conviction ? Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1988, 36 (11-12), p 461-468
- GOLSE B. De quoi avons-nous hérité avec le concept de transgénérationnel ? dans : Du corps à la pensée, Paris, PUF, 1999, p 54-81
- GRANJON E. Transmission psychique et transferts en thérapie familiale psychanalytique, Gruppo, 1989, 5, 47-58
- GRIMBERT P. Un secret, le livre de poche, Grasset, 2004
- GRIMBERT P. Ce que secrète un secret, enfance et psy : le secret, juin 2008, p 13-23
- GRUYER F., FADIER-NISSE M., SABOURIN P., La violence impensable, Paris, Nathan, 1991
- GUTTON P. Le Pubertaire, Paris, PUF, 1991
- GUYOTAT J. Mort, naissance et filiation. Paris, Masson, 1980
- GUYOTAT J. Filiation et puerpéralité, logiques du lien, collection psychopathologie, Paris, PUF, 1995
- GUYOTAT J. Filiation psychique, traumatisme psychique et incidences psychothérapiques dans : Filiations psychiques par O Halfon, F Ansermet, B Pierrehumbert, Le fil rouge, Paris, PUF, 2000, p 193-205
- HALEY J. (). Pour une théorie des systèmes pathologiques. In : Watzlawick P. Weakland J., Sur l'interaction, 1981, Paris, Seuil, p 60-80
- HAYEZ JY., STEPHENNE F. Secrets et psychothérapies, Neuropsychiatrie de l'enfance et adolescence, 1999, 47 (10-11), p 491-501
- HAYEZ JY. Secrets de famille, confidentialité et thérapies dans Secrets et confidents au temps de l'adolescence par A Braconnier, C Chiland, M Choquet. Ouvertures psy, Paris, Masson, 2001, p 40-55
- HEFEZ S. Famille et secret : les impensables transmissions dans Secrets et confidents au temps de l'adolescence par A Braconnier, C Chiland, M Choquet. Ouvertures psy, Paris, Masson, 2001, p 31-39
- HERITIER-AUGE F. De l'engendrement à la filiation, Approche anthropologique, Topique n° 44, Quels droits pour la psyché ? 1989, p 173-185
- HILGARD J. - Anniversary Reactions in Parents Precipitated by Children, Psychiatry, 16, 1953, p 73-80
- HURNI M. et STOLL G. La Haine de l'Amour, la perversion du lien, l'Harmattan, 1996, p 103-144
- IMBER-BLACK E. Secrets in families and family therapy, New York, Norton and Company, 1993, traduit en français: Le poids des secrets de famille en 1998
- JACQUET Y. L'adolescent en consultation : attentes et perspectives, Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, 1998, 46 (4), 212-220
- JEAMMET P. Peut-on parler d'une spécificité de la psychopathologie à l'adolescence ? Informations Psychiatriques, 1981, 57,2, p 169-182
- JEAMMET P. Psychothérapie de l'adolescent. EMC, Paris, Psychiatrie, 378 B 10, 5, 1989, p 10
- JEAMMET P. Dynamique de l'adolescence, EMC, Psychiatrie, 37-213-A-20, 1994
- JEAMMET P. Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1994, 42 (8-9), p 395-402

- KAES R. théorie psychanalytique du groupe, PUF, 1999
- KAES R. FAIMBERG H. Transmission de la vie psychique entre générations, Paris, Dunod, 1993
- KARPEL M. Family secrets : 1 Conceptual and ethical issues in the relational context. Ethical and practical considerations in therapeutic management. Family Process, 1980, 19: 295-306
- KELLY A., KLUSAS J., WEISS R., KENNY C. What is about revealing secrets that is beneficial? Personality and social psychology bulletin, juin 2001, vol 27, n°6, p 651-665
- KESTEMBERG E. La psychothérapie des adolescents, confrontations psychiatriques, 1971, 7, p 181-197
- KESTEMBERG E. La relation fétichique à l'objet, La revue française de psychanalyse, 1978 t42, n°2
- KESTEMBERG E. La crise de l'adolescence, Revue française de psychanalyse, 1980, 44,3-4, p 524-530
- LANI-BAYLE M. Les secrets de famille, Paris, Odile Jacob, 2007
- LAPLANCHE J. et PONTALIS JB. Vocabulaire de psychanalyse, Quadrige, PUF, 2eme édition, 1998
- LAURU D. Les secrets des origines, enfance et psy : le secret, juin 2008, p 97-106
- LEBIGOT F. Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates. In Les traumatismes psychiques, Paris, Masson, 2001, p 93-101
- LEBOVICI S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, Paris, Le Centurion, 1983
- LEVY A. Evaluation étymologique et sémantique du mot « secret », Nouvelle revue de psychanalyse, n°14, Paris, Gallimard, 1976, p118-129
- LEVY-SOUSSAN P. Eloge du secret, Paris, Hachette Littératures, 2006
- LOPEZ G. Clinique des violences sexuelles. Psychotraumatologie, Jehel, Lopez et al, Dunod, 2006, p 77-89
- LORIEDO C. et VELLA G. Secret et système familial : Protection ou préjudice ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, de Boeck, 2004, p 10-34
- MAHLER M. PINE F. et BERGMAN A. La naissance psychologique de l'être humain, Paris, Payot, 1980
- MAIRESSE A. M. Le secret pour le meilleur et pour le pire. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1988, 36 (11-12), p 485-492
- MALKA J., DUVERGER P., GARRE JB. Mise en place d'une relation psychothérapique avec un adolescent silencieux : entre intrusion et rejet, Neuropsychiatrie de l'enfance et adolescence, 1999, 47 (12), p 558-562
- MANNONI O. L'adolescence est-elle analysable ? dans La crise d'adolescence par : A. Deluz, B. Gibello, J. Hébrard, Paris, Denoël, 1984, p 19-40
- MARCELLI D. Cadre de consultation à l'adolescence et secret de famille. Nervure, tome 7, n°2, 1994, p 72-81
- MARCELLI D. Adolescence et psychopathologie D Marcelli, A Braconnier, 6eme édition, masson, 2004
- MARCELLI D. Psychopathologie des troubles à expression comportementale, Enfance et psychopathologie, 2006, p 199
- MARCELLI D. Adolescence et psychopathologie D Marcelli, A Braconnier, 8eme édition, masson, 2008, p 645
- MIERMONT J. Mémoires transgénérationnelles, mémoires familiales, mémoires sociales, L'évolution psychiatrique, 1988, 53,4, p 917-933

- MIJOLLA A. Les visiteurs du moi, les belles lettres, Paris, 1981
- NACHIN C. Les fantômes de l'âme, A propos des héritages psychiques, L'Harmattan, 1993
- NEUBURGER R. Le Mythe familial, Paris, ESF, 1995
- PROUFF J., DUMONT JP., LE DEZ-ALEXANDRE M., Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Tome 1, Publié par Heures de France, 2004
- RABREAU JP. L'autorité parentale fonctionnelle et dysfonctionnelle, Neuropsychiatrie de l'enfance, 1983, 31, 7, 339-343
- RACAMIER PC. Génie des origines, Paris, Bibliothèque scientifique, Payot, 1992
- RACAMIER PC. L'inceste et l'incestuel, Paris, Les Editions collèges, édition 1995, p 10-20 et p 147-178
- ROUSSILLON R. Le secret des apparences ; « Secret de famille et pensée perverse » Gruppo, 8, 1992, p 39-44
- ROUYER M. GIRODET D. Abus sexuel ; l'enfant maltraité, Strauss P, Manciaux M, Fleurus éd, Paris, 1993, chap 7, p 233-262
- SALEM G. L'approche thérapeutique de la famille. Médecine et psychothérapie, Paris, Masson, 1996
- SANCHEZ-CARDENAS M. [La Place Des Parents Dans La Consultation Pédiopsychiatrique De L'enfant Et De L'adolescent](#), Médecine Et Psychothérapie, Paris, Masson, 1994, p 87-130
- SCHMIDT G. BOUVET J. ROYAUX J., Travail de séparation psychique et mythe familial, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1994, 42 (8-9), p 436-440
- SECRET I. La révélation du secret : violence du traumatisme, Nervure, tome 7, n°2, 1994, p12-15
- SEGAL H. Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein, PUF, Paris, 1968
- SELVINI-PALAZZOLI M. (Mara), PRATA G. Le insidie della terapia familiare, Terapia Familiare, 1981, 10, p 7-17
- SELVINI-PALAZZOLI M. (Mara), BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G. Paradoxe et contre paradoxe, Paris, ESF, 1983
- SELVINI M. (Mattéo), Secrets familiaux : quand le patient ne sait pas, Thérapie familiale, Genève, 1997, n°2, p 109-125
- SERRANO JA. Secret partagé: secret formulable en thérapie familiale, Thérapie familiale 1983, vol. 4, n°4, p 347-358
- SOULE M., NOEL J, Le secret des origines, problèmes psychologiques, légaux, administratifs par P.Verdier et M.Soulé, Collection la vie de l'enfant, ESF, 1986, p51-69
- SPITZ R. De la naissance à la parole, PUF, Paris, 1971
- STERN D. Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF, 1989
- STIERLIN H. A comparison between families with psychotic and serious psychosomatic disorders, 1985
- STIERLIN H. De génération en génération, avec quelle transmission? cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux, de Boeck, 2007, p 13-29
- TESSONE JE. L'inscription transgénérationnelle du désir parental dans le choix du prénom de l'enfant. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1988, 36 (11-12), p 503-513

TISSERON S. Tintin et les secrets de famille, Gruppo, n°8, 1992, p 91-106

TISSERON S. Secrets de famille, mode d'emploi. Paris : Ramsay, 1996

TISSERON S. Le psychisme à l'épreuve des générations, Paris, Dunod, 1996

TISSERON S. Le secret ne s'oppose pas à la vérité mais à la communication, Secrets, secrets..., cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux, de Boeck, 2004, p 55-69

TISSERON S. La transmission troublée par les revenants et les fantômes, De génération en génération : quelle transmission ? Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux, de Boeck, 2007, p 29-43

TISSERON S. Toujours le secret suinte... enfance et psy : le secret, juin 2008, p 88-97

VERDIER P. Le secret de l'origine des pupille de l'état dans : Le secret des origines, problèmes psychologiques, légaux, administratifs par P. Verdier et M. Soulé, collection la vie de l'enfant, ESF, 1986, p13-50

WINNICOTT D. De la communication et de la non communication, 1963 dans Processus de maturation de l'enfant, développement affectif et environnement. Science de l'homme, Payot, 1970, p 151-168

WYNNE L.C., RICKOFF I.M., DAY J., HIRSCH S.I.: Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics, Psychiatry, 21, 1958, p205-220

WYNNE L.C., Thought disorder and family relations of schizophrenics, III) Methodology Using Projective Techniques, 12, Archive General Psychiatry, 1965, p 187-212

ZEMPLINI J. La chaîne du secret, Nouvelle Revue de psychanalyse, 1976, n°14, p 313-324

Références internet

AUSLOOS G. *secret de famille: Référence: <http://www.systemique.org/idres/index.htm>*

Filmographie

EASTWOOD C. réalisateur du film « Mystic River », 2003

MILLER C. réalisateur du film « Un secret » d'après le roman de Grimbart P., 2007

VINTERBERG T. réalisateur du film « Festen », 1998

Conférences

ANCELIN SCHUTZENBERGER A. Secrets en famille, secrets de famille transgénérationnels et leur nocivité, Institut d'études de la famille de Lille, nov 2004

BENGHOZI P. formation de service, trois jours, Saint Benoit, La Réunion, octobre 2008

JEAMMET P. conférence sur l'adolescence, IFSI, Nantes, 2007

LANI-BAYLE M. Les secrets de famille, de génération en génération ? Conférence de la maison des adolescents Loire Atlantique, avril 2009

MALAREWICZ J.A. Gilbert Simondon et la psychothérapie, forum de la confédération francophone d'hypnose et thérapie brève, Nantes, mai 2009

STERN D. Quand et comment s'instaurent les secrets dans l'enfance, Institut d'études de la famille de Lille, nov 2004

TISSERON S. Le secret ne s'oppose pas à la vérité, mais à la communication, Institut d'études de la famille de Lille, nov 2004

TISSERON S. secrets de famille, Vannes, avril 2009

NOM : BRUNET

PRENOM : GAELLE

Titre de Thèse :

ADOLESCENTS EN CRISE, SECRETS DE FAMILLE

Quelles approches psychothérapiques ?

RESUME

Toute famille a ses secrets. De ce fait, les psychiatres y sont confrontés un jour ou l'autre. Ceux d'entre eux qui soignent des adolescents, les rencontrent souvent dans un contexte de « crise », parfois en lien avec des secrets de famille : A cet âge, l'adolescent interroge la transmission, l'histoire et les valeurs familiales.

Etre confronté à un secret de famille est parfois embarrassant pour le thérapeute pourtant le secret donne des indices très précieux sur le fonctionnement intrapsychique et familial du patient. Il semblerait que la question n'est tant de savoir s'il existe ou non un secret de famille, ni s'il faut le révéler ou pas, mais plutôt de savoir quels rapports le patient et la famille entretiennent avec le secret, quelle fonction il occupe tant au niveau intrapsychique qu'au niveau familial. Le travail psychothérapique vise alors une réorganisation psychique, familiale, un remaillage des contenants.

MOTS-CLES

Secret- Famille- Adolescent- Transmission- Filiation- Maillage-
Psychothérapie