

Deuil et empathie en thérapie conjugale conjointe

Norman PAUL



La thérapie conjointe du couple, variante de la thérapie du groupe familial, est un dispositif thérapeutique dont le but est de traiter à la fois les conjoints et l'interface transactionnelle entre eux, c'est-à-dire le mariage. Le mot contraste avec des termes comme conseil conjugal [marital casework] ou thérapie conjugale, qui se réfèrent souvent à la pratique selon laquelle des thérapeutes différents, ou le même thérapeute, voient séparément et/ou ensemble les partenaires mariés. Bien que nous considérons la famille comme l'unité de base du traitement, notre angle de vue tend à écarter une attention étroite, et à définir les différents types de mésententes conjugales que l'on peut décrire plus précisément dans le dispositif de la thérapie conjointe du couple. Celle-ci présuppose que le couple constitue une entité ayant ses propriétés bien à elle, y compris conflits et besoins, par contraste avec une autre entité, la famille, dans laquelle le couple fonctionne comme parents. Dans ma pratique, j'associe fréquemment la thérapie conjointe du couple avec la thérapie familiale et avec la thérapie individuelle pour un conjoint ou un enfant donné.

La plupart des études sur la thérapie conjointe du couple (cf. Grotjahn 1960 ; Watson 1963) mettent l'accent sur les distorsions de la communication entre les partenaires et sur les conflits de rôles qui leur sont associés. Alors que les auteurs estiment qu'une large palette de situations permet la perlaboration dans ce type de cadre, ils ne considèrent pas, de façon générale, que les réactions émotionnelles à la perte par décès ou par abandon soient des facteurs critiques contribuant à l'impasse conjugale.

Le type de thérapie conjointe du couple auquel je me réfère ici est issu d'un mélange de différents points de vue. On y accorde une attention fondamentale à l'importance cruciale de l'expérience, ainsi qu'à la nécessité de corriger la communication et de développer l'empathie entre les conjoints. On trouvera, combinés à cela, des éléments provenant d'une compréhension dynamique et génétique qui doit beaucoup à Freud, transposée dans la sphère interpersonnelle par Sullivan. Dans le même ordre d'idées, je dirai qu'il est important d'expliquer clairement, au début de la relation thérapeutique avec le couple, qu'un des buts concrets de cette relation est de terminer le traitement.

Entre le début et la fin de la thérapie, chacun des conjoints a l'occasion de prendre conscience de son impact sur l'autre. En repérant les points de fixation non résolus dans leur développement respectif, les points qui ont agi à la fois sur eux et sur leur couple, tous deux s'aperçoivent que les expériences passées influencent activement le présent. La mise à jour d'affects liés aux déceptions, aux frustrations, aux souffrances d'avant le mariage, qui ont amené chacun à faire des projections et des déplacements sur l'autre, a pour but d'engendrer des réactions mutuelles d'empathie.

Chacun des époux a l'occasion, sous la conduite du thérapeute, d'évaluer dans quelle mesure, et de quelle façon, le passé n'est pas du passé.

Le présent article s'intéresse au contraire au rôle de la perte, du deuil non fini, et de l'empathie, et à leurs rapports avec des mésententes fortes, durables, dans un couple névrotique.

Le principal objectif concret de ce traitement est d'arriver à son propre terme, ainsi que de faire apparaître chez l'un et l'autre une capacité accrue à tester la réalité,



*Francis Bacon
Stéphane Mandelbaum - 1980*

des frontières du Moi plus sûres, et de meilleures relations d'objet. Corrélativement, un objectif important est d'obtenir une communication affective plus sincère, chaque partenaire étant à même de supporter des niveaux de plus en plus élevés d'affects inquiétants, qu'ils soient exprimés par lui-même ou par l'autre. Nous accordons une importance particulière au fait d'aider chaque conjoint à devenir davantage conscient des raisons, dans son histoire, qui tendent à activer différentes sortes de fusion symbiotique et, corrélativement, de dysharmonie conjugale¹.

On aura d'autant plus de chances de parvenir à un terme effectif du traitement que de meilleures relations conjugales y auront été obtenues, et que chacun des conjoints aura appris, au cours de la thérapie, l'art du deuil, de sorte qu'il sera préparé à la perte du thérapeute. Edelson (1963), dans une étude approfondie du problème de la fin des psychothérapies intensives, a travaillé la question suivante : comment terminer le traitement de telle sorte que les acquis et les

zones de croissance émotionnelle puissent perdurer sans être annulés de façon vengeresse après la séparation avec le thérapeute. A un plan plus large, il avançait l'idée que la capacité du patient à maîtriser la douleur de la séparation et de la perte du thérapeute est liée à la capacité de celui-ci à répondre empathiquement à son patient. Par extrapolation, l'accent mis sur la fin du traitement a pour but de préparer le couple à la perte du thérapeute, et en même temps de permettre à ses membres de poursuivre le développement de relations maintenant de plus en plus mûres entre eux. Ralph Greenson (1964), dans un article récent, non encore publié, sur le processus de perlaboration, assimile ce processus à celui du deuil.

Le travail de deuil se définit comme le processus psychologique qui se met en œuvre lors de la perte d'un objet aimé, et qui, lorsqu'il est achevé, est associé à l'abandon de cet objet. La façon dont quelqu'un mène ses deuils sera en grande partie liée à la façon dont il a été

préparé à cette expérience par ses objets d'amour primaires. Dès lors, la manière dont ceux-ci faisaient leurs propres deuils pendant la période de croissance de la personne constituera un facteur important ; un autre facteur sera l'attitude qu'ils ont eue à l'égard de la mort et du deuil au cas où la perte d'un de leurs parents a précédé la naissance d'un enfant².

A la base de notre insistance sur la perte, les larmes et le deuil inachevé, il y a l'hypothèse suivante : beaucoup de couples présentent une fixité symbiotique dans leurs relations de rôles, caractérisée par des réactions inappropriées de l'un envers l'autre. Cette fixité, parfois présente depuis de nombreuses années, paraît prendre source dans des réactions désadaptées à la perte (tant imaginaire que réelle) d'objets et d'objets partiels. De plus, il apparaît que de telles pertes, et le sentiment de déprivation qui leur est associé, mènent à des accumulations d'affects comme le chagrin, la colère, l'affliction, la culpabilité, l'amertume, le désespoir et le regret. Il semble que ces affects, qui sont intemporels puisque ressentis intérieurement, dictent une réponse réparatrice, caractérisée par l'émergence d'un ensemble perceptuel menant au choix d'un conjoint. Tout se passe comme si le futur conjoint recherchait, pour le choix de l'autre, à la fois ce qu'il a eu et ce qu'il n'a pas eu dans ses relations d'objet. Ces éléments d'arrière-plan, chez les deux partenaires, engendrent un style particulier aussi bien d'harmonie que de mésentente conjugales. Les deux facteurs contribuent, semble-t-il, à produire des crises conjugales périodiques³. Les oscillations de l'homéostasie conjugale sont liées au déni ou à l'évitement de pertes, de déceptions, de changements majeurs, imaginaires ou réels ; ce déni et cet évitement sont soutenus par un sentiment de plus

1. Au sens où on l'entend ici, « symbiose » renvoie à une relation primitive, variable en étendue et en intensité, existant entre deux personnes. Elle présente les caractéristiques suivantes : chacun ressent l'autre comme essentiel à sa survie, et toute évocation de séparation est vue comme équivalente à la mort ou à l'abandon, soit de soi-même, soit de l'autre ; le soi et l'autre, dans les zones affectées par la symbiose, paraissent fusionnés ; des patterns réciproques où l'un est sans défense et l'autre le sauve de façon omnipotente constituent dans la symbiose le mode de relation interpersonnel fondamental.

2. On consultera à ce sujet Walsh (1978), qui constate une corrélation statistiquement significative entre le décès d'un grand-parent et la naissance d'un petit enfant dans les familles où ce petit enfant est devenu schizophrène, et le régulier déni par ses parents de l'impact de la mort de l'aïeul sur leur vie émotionnelle. Cf. également Stierlin (1978). (Cité in Odette Masson, 1979.) (N. d. T.)

3. Chez beaucoup de couples, une amélioration de l'entente conjugale peut déclencher des crises. Il apparaît alors que l'un des deux époux peut ressentir une culpabilité inconsciente à avoir une relation conjugale meilleure que celle de ses parents.

grand éloignement entre les époux, mais réclament en même temps des sanctions pour ce sentiment même.

L'hypothèse ci-dessus nous a conduit à développer une technique expérimentale consistant à induire une réaction différée de deuil, appelée «deuil opérationnel»⁴

En enquêtant de façon répétée sur les réactions à la perte dont une personne peut se souvenir, le thérapeute suscite la mise au jour et l'expression de sentiments intenses chez le membre concerné du couple.

Le thérapeute recueille alors les sentiments éveillés chez l'autre membre du couple par l'expression d'un tel chagrin. La capacité d'empathie du thérapeute envers la personne qui retrouve et laisse s'exprimer les sentiments intenses qu'elle éprouve pour les pertes qu'elle a subies est un facteur qui conditionne de façon décisive la capacité du conjoint à entrer en résonance empathique avec la personne qui est en deuil différé.

L'empathie (cf. l'étude de Chessick, 1965, et le livre de Katz, 1963), dimension fondamentale du domaine thérapeutique sur lequel on se centre ici, a jusqu'à présent échappé à toute définition adéquate, tant de son existence que du processus par lequel elle vient à être perçue. Il semble évident qu'une telle transaction, un tel état affectif très complexe, ne peuvent être correctement définis en mots. Fondamentalement, il s'agit de l'aptitude d'une personne à s'identifier à une autre dans les termes mêmes de l'expérience émotionnelle intérieure de l'autre, puis à ressentir les émotions de l'autre en soi de sorte que l'un et l'autre aient conscience qu'ils ont éprouvé tous deux des sentiments apparentés. Dans toute

psychothérapie, l'empathie comprend une oscillation entre l'engagement subjectif d'une part, et un état de conscience et de critique objectives et détachées de ce dernier d'autre part.

Fondamentalement, il semble exister deux types d'empathie psychothérapeutique :

1) l'empathie au niveau associatif, où le thérapeute ou le patient réagissent par des associations aux contenus psychiques verbalisés par l'autre. On rencontre généralement cette empathie associative dans le traitement de patients névrosés. De plus, elle est typique du genre de matériel qu'on présente dans les rencontres scientifiques ;

2) l'empathie au plan affectif, dans laquelle le thérapeute réagit affectivement aux accents émotionnels du flot associatif verbal du patient. Cette empathie affective ne peut être artificielle, dans la mesure où sa présence chez le thérapeute ne peut être décelée que sur la base de la réaction qu'elle induit chez le patient. En conséquence, son existence chez le thérapeute est difficile à affirmer. C'est un élément crucial de la psychothérapie des schizophrènes, dont la réaction à autrui est fondée sur ce qu'ils perçoivent affectivement dans le soi intérieur du thérapeute. Elle implique une régression affective de la part du thérapeute jusqu'à un état émotionnel hors du temps que, selon Loewald, les psychanalystes tendent en général à éviter, en raison, d'après lui, de la crainte sous-jacente de «ne pas pouvoir retrouver le chemin vers une organisation psychique supérieure». Loewald décrit un pattern d'évitement, partagé, plus souvent que nous n'aimerions avoir à le reconnaître, par le thérapeute, le patient et le non-patient. Dans l'exemple ci-dessous, on verra comment l'utilisation d'une résonance affective empathique avec un homme marié a permis

d'entrer dans son monde intérieur, et de mettre à jour des affects qui lui étaient restés cachés jusque-là, et qui étaient en relation avec une expérience de perte presque oubliée. Une fois ces sentiments mis à jour, le mari et la femme commencent tous deux à comprendre d'où viennent certains affects douloureux chez le mari, et le rôle de ceux-ci dans l'impasse où est le couple.

Cette approche, où l'on tente d'engendrer des réactions empathiques réciproques dans un couple par le biais de la thérapie conjointe de couple, a jusqu'ici été utilisée avec douze couples. Ces couples ont été vus ensemble avec, alternativement, la famille d'origine de la femme, puis du mari. Fréquemment, les enfants ont été reçus avec les parents lorsque la dysharmonie conjugale avait été résolue, pour démolir l'illusion parentale selon laquelle les enfants n'auraient pas été au courant des crises des parents. De surcroît, ces réunions entre parents et enfants permettent à ces derniers d'exprimer la détresse qu'ils ont ressentie à se trouver plongés dans un climat émotionnel bouleversant. Au plan diagnostique, deux des douze familles examinées comprenaient au moins un psychotique borderline. Les dix autres présentaient des types variés de troubles du comportement, alcoolisme, infidélité conjugale durable, troubles névrotiques, et des maladies psychosomatiques comme la colite spasmodique, l'ulcère duodéal, et la migraine. Tous ces couples avaient des enfants. L'âge des époux, dans cet échantillon, s'étagait de 24 à 47 ans. Notre impression jusqu'ici est que les couples qui n'ont pas été en thérapie individuelle ou en entretiens centrés sur l'individu sont plus réceptifs à cette approche, dans la mesure où on y cherche une solution satisfaisante à des problèmes qui sont liés à la

4. Le terme «opérationnel» a été utilisé pour désigner l'aspect expérientiel du processus induit, et souligne l'importance vitale d'amener au jour une grande variété d'affects jusque-là cachés.

mutualité conjugale (un compte-rendu plus détaillé de cette expérience, avec un suivi, sera publié ultérieurement). En présentant le cas clinique ci-dessous, nous nous trouvons face à un dilemme. Fondamentalement, le processus thérapeutique, qu'il s'agisse de thérapie individuelle, de thérapie conjugale conjointe ou de thérapie familiale, s'origine dans des transactions affectives qui transcendent l'usage du langage. Ce point de vue est en accord avec les découvertes de George Engel (1963), qui, s'efforçant d'élaborer une classification adéquate de la phénoménologie des affects, reconnaissait l'inadaptation du langage pour rendre compte des affects, et déclarait : « Nous admettons cependant, non seulement que les affects n'existent pas sous une forme pure, sans alliage, mais encore que traiter des affects en termes écrits, parlés ou conceptuels est fondamentalement incongruent avec leur nature même et ne peut se faire qu'au prix d'une simplification abusive et de leur appauvrissement. » Nous sommes handicapé par le fait de ne pas disposer d'un procédé adéquat pour rendre par écrit l'intensité et la vivacité, tant de l'expérience affective de chagrin elle-même que de son impact sur le partenaire. Les extraits ci-dessous, tirés de l'enregistrement d'une séance de thérapie conjugale conjointe, donnent néanmoins de bonnes indications sur cette situation. Le premier cas clinique est celui des Lewis. M. et Mme Lewis m'ont été adressés pour une thérapie conjugale conjointe par un collègue, qui conseillait en même temps, pour chacun, une thérapie individuelle. M. et Mme Lewis ont tous deux 39 ans et sont mariés depuis vingt ans. Ils ont six enfants. La crise qui nous occupe éclata lorsque M. Lewis manifesta son intention de divorcer d'avec sa

femme pour épouser Charlotte, une jeune femme de 21 ans qui habitait une grande ville éloignée. Il décrivait Charlotte comme « merveilleuse » et « pleine de compréhension. » Mme Lewis s'affola en apprenant les intentions de son mari, et prit contact avec un ami psychiatre. Celui-ci les adressa à un autre psychiatre, qui me les envoya. Au total, je les ai reçus tous les deux onze fois, sur une période de deux ans et demi. Mme Lewis a été vue trois fois seule, et M. Lewis une fois. Je les ai vus deux fois avec quatre de leurs enfants. J'ai vu leur fille aînée une fois, seule. M. Lewis est un homme lourdement bâti, chauve, avec une voix grave et des manières impérieuses et théâtrales de commerçant. Il se dit très fier d'avoir perdu une fois vingt-cinq kilos à force de volonté. Self-made-man, il est propriétaire d'une florissante société internationale d'export, qu'il a montée au cours des douze dernières années. Il est juif, fils de parents très pauvres, qui sont toujours en vie. Ses parents ont vécu ensemble sans être mariés jusqu'à l'époque de ses douze ans. A ce moment, il a persuadé son père d'épouser sa mère ; son père ne le lui a jamais pardonné. Mme Lewis est une femme aux façons intenses, attirante et très soignée ; elle est protestante, et d'un milieu social aisé. Ses deux parents se sont suicidés : sa mère quand elle avait 16 ans, et son père il y a six ans, lorsqu'elle avait 33 ans. M. et Mme Lewis ne pratiquent aucune religion, et se disent fièrement humanistes. Ils se sont rencontrés pendant la guerre et se sont mariés rapidement. Leurs familles les ont rejetés. Après huit mois de mariage, M. Lewis partit outremer et on n'entendit à peu près plus parler de lui au cours des deux années qu'il passa en Asie, où il vécut avec une femme plus âgée à qui il promit le mariage lorsqu'elle

lui annonça qu'elle était enceinte. Revenu à l'improviste aux Etats-Unis, il raconta l'affaire à sa femme ; de façon hypercompréhensive, elle proposa d'adopter le bébé. Peu après, M. Lewis apprit que l'autre femme avait fait une fausse couche, ce qui résolvait la question. Les Lewis avaient eu une relation de plus en plus orageuse au cours de ces dix-sept dernières années, relation qui paraît avoir été aggravée par l'arrivée successive des enfants. Une crise avait éclaté neuf ans auparavant : M. Lewis était déterminé à divorcer, alors que son épouse voulait rester avec lui. Tous deux étaient très inquiets à l'idée d'être rejeté et critiqué par l'autre. Curieusement, leur seul point d'accord à l'époque où je les ai rencontrés, c'était le fait que, d'après eux, les enfants s'étaient bien développés en tous domaines, sans souffrir du tumulte bruyant et quasi continu des parents. Depuis la première grossesse de Mme Lewis, il y avait dans l'air des conflits autour de la sexualité et des inquiétudes à propos d'adultère et de divorce. J'avais vu le couple trois fois avant la séance rapportée ici. Le climat était tendu pendant ces séances, car M. Lewis peaufinait ses plans pour épouser Charlotte. Lors de la première séance, M. Lewis déclara que sa femme et lui étaient « très proches » et « très dépendants l'un de l'autre », en « conflit symbiotique. » Leur situation, d'après lui, ressemblait à ceci : « C'est comme si on était bloqués sous l'eau ; on essaie de se sauver l'un l'autre, on se cramponne l'un à l'autre. » Tout en reconnaissant qu'il y avait beaucoup d'aspects positifs dans son mariage, il ne pouvait pas supporter ce qui lui semblait être l'attitude de sa femme envers lui : pour elle, il avait « toujours tort », cependant qu'elle-même était toujours « douce et pure ». Mme Lewis fit une tentative de suicide avant notre deuxième

séance, en prenant au moins une vingtaine de tranquillisants non prescrits, qui n'entraînèrent cependant pas d'inconscience profonde. Cette tentative reproduisait de très près la tentative de suicide réussie de sa mère, jusqu'au mot épinglé sur la chemise de nuit. Cela alarma son mari ; pendant la deuxième séance, il nia avec véhémence ce dont elle l'accusait, c'est-à-dire d'avoir dit sur un coup de colère qu'il espérait qu'elle se suiciderait comme ses parents. On travailla alors sur ses souvenirs et ses sentiments à elle, concernant le suicide de sa mère par overdose de morphine. En pleurant, elle revécut avec intensité son angoisse et sa détresse, ce qui affecta tant son mari qu'ils voulurent tous deux revenir pour un troisième entretien. Ce mode de relation sado-masochiste violent, où chacun dénonçait l'aptitude au mensonge de l'autre, put être neutralisé pour un temps en procédant à une révision dirigée de leurs passés respectifs. Leur volonté commune de poursuivre les entretiens conjoints traduisait leur souhait (bien maigre cependant, et de source bien incertaine) de continuer leur relation et, peut-être, de résoudre leurs difficultés. Ils regardaient nos entretiens comme une ultime tentative pour voir si on pouvait encore faire quelque chose pour corriger ce que leur situation de couple avait de destructeur et de désespérant. M. Lewis soutenait que son épouse était une femme (et une mère) merveilleuse – quelqu'un de parfait, en fait – et qu'il la recommanderait chaudement à n'importe qui. La troisième séance fut marquante. M. Lewis était inquiet sur le point de savoir si sa femme ferait une tentative de suicide pendant le voyage d'une semaine à l'étranger qu'il projetait de faire. Mme Lewis semblait en bonne forme, et on mit à jour deux éléments : d'abord, leur peur commune de la colère

de l'autre, et ensuite, l'impression chez M. Lewis que sa femme s'acharnait à le détruire. Il relia cela, pour la première fois, à sa peur des femmes et à son manque de familiarité, avant son mariage, avec d'autres femmes que sa mère et ses trois sœurs aînées. M. Lewis reconnut finalement son sentiment de culpabilité et son indécision profonde concernant son engagement envers Charlotte. Je me déclarai disponible pour Mme Lewis, pendant le voyage d'affaires de son mari, si elle se sentait angoissée. A contre-cœur, M. Lewis décida de revenir pour un seul et dernier entretien. Pendant les onze jours qui s'écoulèrent entre le troisième et le quatrième entretien conjoint, la situation à la maison se stabilisa quelque peu ; Mme Lewis ne m'appela pas. Elle rapporta, au début du quatrième entretien, qu'il lui semblait que son mari essayait de la comprendre mieux et ne la considérait pas comme quelqu'un d'abominable ; pendant qu'elle disait cela, M. Lewis feuilletait son journal, après avoir déclaré que ce serait notre dernière rencontre. Puis il reconnut qu'il se sentait mieux, un peu plus en paix, principalement parce qu'il était parti loin, et ajouta que certaines prises de conscience faites au cours de ces entretiens lui étaient utiles, même si elles le troublaient. La conversation passa sur la sexualité, et M. Lewis, parlant de lui-même, déclara qu'il avait été un bébé d'amour, conçu dans la passion. Comme je m'enquerais de savoir s'il avait déjà parlé avec sa femme de sa vie sexuelle à l'adolescence, il déclara que oui, évoquant brièvement des expériences à la fois homosexuelles et masturbatoires, au début de son adolescence, associées à la fois à du plaisir et à de la culpabilité. Sa femme le confirma. M. Lewis se concentra alors sur ses sentiments protecteurs affirmés envers sa mère, au temps où elle

n'était pas mariée. Il déclara que son père et lui étaient pareillement « piégés » dans le mariage. Il commençait à voir des parallèles entre les événements du passé et la crise conjugale qu'il traversait à présent.

Dr Paul : Avez-vous souvent demandé à votre père d'épouser votre mère ?

M. Lewis (aimablement) : Oh, très souvent.

Dr Paul : A partir de quel âge ?

M. Lewis : Oh, probablement vers 9 ans.

Dr Paul : Et comment prenait-il ça ?

M. Lewis : Il était très indulgent. Il était... on, on, mon père et moi, quand on s'entend bien, on a des relations agréables, très amicales, enfin, quelquefois.

Dr Paul : J'établis là encore le parallèle avec votre femme et vous ; les choses vont bien quand vous avez de bonnes relations.

M. Lewis : Non, ce que je veux dire... par exemple, je dirais que j'ai souvent... en fait, je crois qu'une des raisons qui ont fait que j'ai réussi dans ma profession, c'est que j'ai toujours dû convaincre... je veux dire, j'étais un enfant, mes parents étaient plus vieux que moi. C'étaient des étrangers, ici. Ils ne parlaient pas anglais. J'étais un peu comme un éducateur, un critique, celui qui persuadait.

Dr Paul : C'était un peu comme si vous étiez le chef à la maison ?

M. Lewis : Euh...

Mme Lewis (aigrement) : Oh oui !

M. Lewis : (avec fierté) : J'ai été le chef dans cette famille à partir de peut-être cinq ans, de plein de façons. Vraiment, oui, j'étais à la tête de ma famille de plein de façons. Et ils appréciaient. Ça les rendait fiers de moi. Je veux dire, alors... mais quelquefois, quand on était seuls, je disais à mon père : « Tu sais, P'pa, ça serait chouette que tu épouses Maman ; après tout, c'est une femme, et elle, elle



aimerait mieux être mariée.» Ma mère me le disait de temps à autre.

Dr Paul : Qu'elle aimerait mieux être mariée ?

M. Lewis (avec une excitation croissante) : Oui. Oui, elle disait ça. Vous savez, je ne sais pas comment j'ai eu l'impression d'être un enfant illégitime, parce que personne ne me l'a jamais dit. C'est drôle. Non, pour ce qui est de l'avoir entendu dire, personne ne m'a jamais dit ça.

Dr Paul : Vous avez peut-être vu des documents ?

M. Lewis : Non, c'est drôle. C'est drôle, je le savais, c'est tout. Je ne sais pas comment.

Dr Paul : Vous croyez au surnaturel ?

M. Lewis : Non, mais quelque chose a dû me le dire.

Dr Paul : Quelque vapeur dans l'air, sans doute.

M. Lewis (avec feu) : Non, non, je crois que ma mère l'a dit, il me semble, je me rappelle, j'étais avec ma mère et ma tante et l'une des choses qui m'ont beaucoup influencé, à mon avis, ma tante Emma était une femme absolument fabuleuse. Oh, elle était...

Dr Paul : Sa sœur ?

M. Lewis : Oui, la sœur de ma mère.

Dr Paul : Plus âgée ?

M. Lewis : Non, plus jeune ; et on

était, on allait souvent en vacances, pas en vacances, on allait rendre visite à ma tante Emma en Caroline du Nord et quand j'étais gamin, j'allais au lit avec elles deux.

Mme Lewis : Oui, tu m'as dit qu'en cachette, tu les écoutais bavarder.

M. Lewis : Et elles parlaient. Elles ne s'étaient pas vues depuis un an, et elles parlaient toute la nuit.

Dr Paul : Vous vous endormiez quand, à la fin ou au milieu ?

M. Lewis : A la fin.

Dr Paul : Vous aviez quel âge ?

M. Lewis : Oh, je devais avoir sept, huit ans. Elles parlaient toute la nuit des hommes, et toute la nuit, elles avaient, c'étaient deux sœurs qui avaient une vraie relation, personnelle, intime, et...

Dr Paul : Oui ?

M. Lewis (avec embarras) : ... une relation personnelle, intime, elles discutaient des hommes, de la vie avec les hommes, leurs problèmes avec les hommes, et toutes les fois que je me réveillais et que j'écoutais, j'entendais : «les hommes sont comme ci, les hommes sont comme ça.»

Dr Paul : Est-ce que ça vous donnait envie d'être un homme plus tard ?

M. Lewis (perdu un instant) : Envie ? Ça, je n'en sais rien.

Dr Paul : Qu'est-ce que vous en pensez ?

M. Lewis : Je ne sais pas. Ma mère critiquait toujours mon père. Vous voyez, elle disait, elle lui faisait beaucoup de reproches par moments. D'autres fois, ça allait. Mais ma tante Emma était extra. C'était une femme remarquable. (D'une voix plus douce :) Elle est morte jeune. C'était quelqu'un de remarquable.

Dr Paul : Quand est-elle morte ?

M. Lewis : Elle avait trente-cinq ans.

Dr Paul : Vous aviez quel âge ?

M. Lewis : Je devais avoir dix ou onze ans. C'était quelqu'un de remarquable, de chouette.

Dr Paul : Et quand elle est morte, qu'est-ce que ça vous a fait ?

M. Lewis (l'émotion monte) : Oh, c'est moi qui ai été le plus triste de la mort de ma tante Emma.

Dr Paul : Triste comment ?

M. Lewis (les larmes aux yeux) : Terriblement, terriblement...

Dr Paul : Qu'est-ce que vous vous rappelez ?

M. Lewis (sanglotant) : Je me sens très mal.

Dr Paul : Vous sentez qu'elle vous manque encore ?

M. Lewis : Oui. Elle était merveilleuse. Merveilleuse (il sanglote).

Mme Lewis : Elle... elle faisait pour lui toutes ces petites choses, vous savez, quand il était petit, ces choses dont les petits ont besoin, et qu'il n'avait pas chez lui. Vous voyez, elle avait des animaux autour de sa maison et des trucs, vous savez ; ses parents n'ont jamais compris ça.

M. Lewis : C'était tout à fait la femme que j'aurais voulu rencontrer, tout à fait. Elle était si chouette. Elle était belle. Elle était très gentille.

Dr Paul : Elle était célibataire ?

M. Lewis : Non, elle était mariée. Elle avait une famille. Elle avait des enfants, et, euh... mais elle me comprenait toujours.

L'Empire des Sens
Stéphane Mandelbaum
1981

Dr Paul : Vous fréquentez sa famille ?

M. Lewis : Non. On n'a jamais été très proches, moi et sa famille.

Dr Paul : Depuis sa mort.

M. Lewis (pensivement) : Depuis sa mort. C'était quelqu'un de remarquable, quelqu'un de gentil.

Dr Paul : Vous savez où elle est enterrée ?

M. Lewis : Oui, à Charlotte, en Caroline du Nord. Je ne suis jamais allé sur sa tombe.

Dr Paul : Jamais ?

M. Lewis : Non. Je vais vous dire, je ne sais pas pourquoi je ne suis jamais allé sur sa tombe, mais je ne suis jamais allé sur la tombe de personne. C'était la seule personne que j'aie... la seule personne proche qui soit morte dans notre famille, quoi.

Dr Paul : Vous pensez que c'est la seule que vous ayez aimée comme ça ?

(M. Lewis éclate en larmes, pleure amèrement. Silence).

M. Lewis : Je l'ai toujours aimée. Elle était très gentille avec moi.

Dr Paul : Elle vous aimait ?

M. Lewis : Oui (il sanglote plus fort). Je ne sais pas pourquoi je pleure.

Dr Paul : Si, vous le savez.

M. Lewis : Je ne sais pas.

Dr Paul : Vous ne savez pas ? Elle vous manque encore.

M. Lewis (d'une voix entrecoupée de sanglots) : Elle était tellement chouette. Elle ne faisait rien de particulier, c'est juste... elle était toujours chouette. Elle était... elle était toujours douce et gentille, jamais un mot méchant ou mesquin. Elle m'aimait toujours. Jamais rien de faux. Elle m'acceptait toujours comme j'étais. D'être avec elle, j'étais en paix ; en paix, simplement, complètement en paix.

Dr Paul : Ce qui fait que, de bien des façons, c'est elle que vous cherchez depuis des années.

M. Lewis : Oui. Je crois que je l'ai trouvée (avec conviction, reprenant son attitude habituelle). Je crois que ça y est.

Il se mit alors à raconter la mort inattendue de tante Emma d'une tumeur au cerveau, et revécut l'arrachement qu'il ressentait à la quitter, après ces visites, l'été, chez elle. Il devenait de plus en plus clair que, depuis toutes ces années, il cherchait à la remplacer directement et qu'il croyait, en son for intérieur, qu'il arriverait à la trouver un jour. Le thérapeute déclara clairement qu'on ne reverrait plus jamais tante Emma vivante, quand bien même M. Lewis pouvait y croire. Le thérapeute suggéra ensuite que la colère qu'il avait ressentie face à la mort, à la fois non reconnue et non intégrée, de tante Emma, s'exprimait par l'évitement de sa famille à elle, et peut-être par des crises de rage quand certaines situations, par exemple familiales, lui rappelaient tante Emma. Sur ce commentaire du thérapeute, la femme de M. Lewis fit spontanément le lien avec le désordre qui régnait chez tante Emma et qui éveillait chez lui des accès de colère, qui pouvaient aussi se déclencher à la vue d'un désordre analogue chez eux. Après avoir poursuivi l'examen de ces éléments et d'autres situations apparentées, le thérapeute demanda à Mme Lewis : «Qu'en pensez-vous ? Comment vous sentez-vous ?»

Mme Lewis (d'une voix douce, attristée) : J'ai beaucoup de chagrin pour ces moments terribles que Joe a traversés, et je comprends beaucoup de choses que je n'avais jamais pu comprendre depuis le début de notre mariage, des choses avec lesquelles je me suis battue sans arrêt, tout en continuant à m'imaginer que si j'arrivais à faire encore mieux, son attitude allait changer.

Dr Paul : Vous voyez, si seulement vous aviez pu être sa tante...

Mme Lewis : Oui, je m'en rends compte, c'est avec ça que je me battais tout le temps, et je ne savais même pas avec quoi je me battais.

M. Lewis (avec humour) : C'est comme un roman policier. Qui découvrira qu'il s'agissait de votre tante ? En fait, si on faisait la liste de tous les procès...

Mme Lewis : Autrement dit...

M. Lewis : Depuis des années...

Mme Lewis (avec agitation) : J'ai toujours eu l'impression que pour réussir quoi que ce soit dans cette situation, je devais en faire plus que tout le monde. Il fallait que je sois une sainte. Je n'en étais pas une, n'est-ce pas, à supposer que je puisse en être une. Mais je n'ai jamais pu me sentir libre d'être, comment dire, d'être bien, d'être tranquille, d'être naturelle. J'avais toujours l'impression d'essayer, d'essayer toujours et encore, sans que ça donne jamais ce que je pensais que ça allait donner.

Dr Paul : L'impression que cela donne, et ce n'est qu'un aspect de la chose, mais on dirait que par certains côtés, il voulait que vous soyez sa tante.

Mme Lewis (soulagée) : Oui, bien sûr.

Dr Paul : Et il était furieux contre vous parce que vous n'étiez pas sa tante.

Mme Lewis : C'est ça, et je n'arrivais pas à comprendre pourquoi il se mettait si en colère contre moi. Je n'y comprenais rien. Ça me tourmente depuis le début de notre mariage. Pourquoi tu te mets toujours si en colère après moi, alors que je fais tant d'efforts, et que je fais vraiment si attention (elle pleure).

M. Lewis (sarcastique) : Vous pensez vraiment, je veux dire, vous êtes sûr de votre...

Dr Paul : Allez au cimetière de Charlottesville et vous aurez la réponse.

M. Lewis : Charlotte.

Dr Paul : -ville.

Mme Lewis : C'est juste Charlotte, la ville où sa tante est enterrée.

Dr Paul : Ah, c'est Charlotte aussi ?

M. Lewis : Mais oui, évidemment. Vous, les psy, vous êtes tout heureux quand vous tombez sur une petite pépite, hein ?

Dr Paul : Vous vous sentez comment envers moi, maintenant ?

M. Lewis : Ahuri.

Dr Paul : Et puis ? Fâché ?

M. Lewis : Oh non, non. La dernière fois, vous m'avez embêté. Je ne suis pas fâché. J'ai l'impression, vous savez, je crois, je crois que vous êtes quelqu'un de très bien. Je crois que vous connaissez votre affaire et que vous faites du bon travail. Je vous crois très fort, mais j'ai un certain scepticisme en ce qui concerne ces petites pépites. Quoique, je dois dire, en y repensant, j'aurais pu l'appeler de trois noms. Personne d'autre que moi ne l'a jamais appelée Charlotte. Alors pourquoi est-ce que je l'appelle Charlotte ?

Dr Paul : Alors vous m'accusez pour ces pépites que vous-même...

M. Lewis : Je vous accuse de pépitisme.

Dr Paul : De pépitisme. Mais on dirait que vous avez vous-même choisi une pépite sur trois.

M. Lewis : Enfin, peut-être y a-t-il quelque chose là-dedans. Mais il y a une bonne raison à tout.

Dr Paul : Il y a toujours une bonne raison.

M. Lewis : Regardez, par exemple, je ne l'ai pas appelée par son premier nom parce qu'elle n'aimait pas ça. Je ne l'ai pas appelée Michael parce que ça, c'est sa partie agressive, dynamique. Alors je l'ai appelée Charlotte, du nom qui représentait pour moi, je crois, ma tante (il rit tout seul, ravi de ses déductions).

Dr Paul : Si vous voulez découvrir ce que votre tante représente encore pour vous, allez vous-

même au cimetière de Charlotte, et vous saurez.

M. Lewis (inquiet) : Je vais sûrement craquer.

Dr Paul : Non, vous n'allez pas craquer. Vous allez simplement vous retrouver.

M. Lewis (tranquillement) : D'accord, je le ferai. Je n'ai jamais mis les pieds dans un cimetière, ni sur la tombe de qui que ce soit. Il n'y a qu'elle qui compte vraiment. Vous savez, docteur, vous êtes un sacré débrouilleur d'histoires. C'est marrant. Je dis que c'est marrant, parce que jusqu'à aujourd'hui je n'ai seulement jamais mentionné le nom de cette fille... ni à ma femme ni à personne d'autre, et peut-être que ça aussi, ça a à voir avec toute cette histoire. Je ne sais pas. On s'embrouille tellement. Je me sens tranquille maintenant, soulagé, comme si j'avais été constipé ou quelque chose de ce genre, et que ce soit fini (souple).

Dr Paul : Notre séance s'achève maintenant. Voulez-vous revenir une autre fois ?

M. Lewis : Pas vraiment.

Dr Paul : Je peux comprendre ça. Mais vous reviendriez ?

M. Lewis : Ouais.

Dr Paul : Je pense que vous avez à réfléchir pas mal sur ce qui s'est passé autrefois, et sur votre tante. Elle est avec vous. Tout ce qu'il y a à faire, c'est de descendre à Charlotte, et vous saurez. Je ne dis pas que vous devez le faire, mais si vous voulez vérifier une chose importante pour vous...

M. Lewis : Comment faisaient les gens pour survivre avant que vous autres, les psy, ne découvriez ces petites pierres précieuses ?

Dr Paul : Oh, ils ne survivaient pas. Ils continuaient de lutter, simplement.

M. Lewis : Bon, et qu'est-ce qui se passe quand on est complètement apaisé ?

Dr Paul : On n'est jamais

complètement apaisé.

M. Lewis : Je veux dire que vous allez me mettre tellement en paix que je ne serai plus assez malade pour aller vérifier, vous voyez...

Dr Paul : On n'est jamais apaisé complètement. On a conscience que quelqu'un qu'on aimait n'est plus là. Il vous manque encore. Mais au moins on peut prendre un peu de distance avec sa perte.

M. Lewis : Le plus drôle, c'est les noms. Vous croyez que c'est parce que cette fille s'appelait Charlotte que tout ça est arrivé ? Parce que ça ne m'est jamais arrivé en voyage auparavant. Elle a les yeux de la même couleur. Elle a la même couleur de cheveux.

Dr Paul : Et maintenant vous allez me dire que c'est votre tante. Je veux dire, si vous continuez comme ça.

M. Lewis (magnanime) : J'essaie, enfin, j'essaie de vous aider.

Dr Paul : M'aider ? Vous aider. Nous ne sommes pas là pour m'aider. (A Mme Lewis) : Voulez-vous revenir ?

Mme Lewis (triste) : Oui.

M. Lewis : Pourquoi faut-il qu'elle revienne ? C'est moi qui ai le problème...

Mme Lewis (sanglotant) : Non, parce que ça m'aide vraiment de comprendre ces choses qui ont été une énigme pour moi toutes ces années, où je n'arrivais pas à m'en sortir, où je ne savais pas quoi faire. Ça me fait du bien.

Dr Paul : C'est peut-être une occasion de connaître un peu mieux votre mari.

Mme Lewis : Exactement.

Dr Paul : Et aussi qu'il se connaisse mieux lui-même.

Mme Lewis : Comme vous dites. Je suis d'accord avec vous à cent pour cent, parce que si quelqu'un m'avait dit que c'est ça qui arriverait aujourd'hui, je ne l'aurais jamais cru, jamais de la vie.

M. Lewis (parlant dans le micro de façon provocante) :

Et tout ça, c'est du direct.

Mme Lewis : Je veux comprendre.

M. Lewis : Je suis tellement embrouillé que je ne sais plus quel jour nous sommes.

Dr Paul : Lundi.

(Fin de la séance.)

Il y eut encore sept séances avec les Lewis au cours des trente mois suivants. Lors de la séance d'après, tous deux se mirent en devoir de consolider ce qu'ils avaient appris du passé difficile de M. Lewis, et de le mettre en relation avec leurs difficultés présentes. De même, M. Lewis se souvenait avec une grande amertume de sa colère contre sa famille qui portait atteinte à la mémoire de sa tante en chipotant sur la somme à rassembler pour son enterrement, alors qu'elle venait de mourir et que son corps gisait sur le sol de la salle à manger. En même temps qu'il explorait et intégrait la perte de sa tante bien-aimée, il parvenait conjointement à un point de vue plus réaliste sur Charlotte, voyant des imperfections dans son caractère et son comportement, avec une moindre idéalisation d'elle. Cette élaboration lui prit environ quatre mois, tout seul pour l'essentiel, avec une épouse plus compatissante, avant qu'il renonce à sa relation avec Charlotte. Lui et sa femme commencèrent à développer entre eux des relations positives croissantes ; M. Lewis la considère maintenant comme une amie, une compagne dont il sollicite et écoute les avis. Ils sont restés en contact avec le thérapeute par lettres ; ils reconnaissent qu'il y a encore des problèmes dans leur relation, mais se sentent à présent capables de les régler.

Discussion

Ce cas montre qu'un chagrin caché, intense, non reconnu et donc non résolu, possède une force latente, dont la présence peut être révélée par le «deuil

opérationnel». En premier lieu, la recherche d'une perte, puis un centrage empathique sur l'angoisse et la souffrance sous-jacentes, ont suscité chez M. Lewis le genre de sanglots amers, convulsifs, qu'on observe communément chez les enfants. C'était comme si un abcès émotionnel se vidait, résolvant ainsi ce qui était apparemment un point de fixation dans son développement. A noter encore, l'allusion faite spontanément par M. Lewis, environ neuf mois après l'intense réaction de chagrin rapportée ci-dessus, à une visite faite à sa fille au collège. Il raconta alors comment, pour la première fois, il s'était senti père, et avait cessé de considérer sa fille comme si elle était de la même génération que lui.

Un problème qui persiste, bien qu'il ait récemment perdu de son intensité, concerne l'apparente envie de M. Lewis à l'égard de ses propres fils, due pour une part au fait qu'ils ont des parents mariés. Cette envie était devenue apparente dans une des séances du début, lorsqu'il avait exprimé de façon poignante son angoisse et sa détresse d'être un bâtard.

La complexe gestion d'un cas comme celui-ci comprend de nombreux éléments. Mme Lewis était rentrée en contact avec son chagrin latent, lié principalement à la mort de sa mère, dans les seconde et troisième séances – avant que nous ne découvriions le chagrin caché de M. Lewis. Bien que cela ait paru éveiller une réaction empathique chez lui, cela semblait en même temps jouer en faveur de la mise en route de son divorce. C'est du moins ce que suggérait le début de la quatrième séance, où il déclarait que cet entretien serait le dernier. Il paraissait crucial de tenter de lui faire faire l'examen de ses expériences de perte à lui, de façon à faire le pendant avec ce qui avait été accompli avec sa femme. Le processus de «deuil

opérationnel» réclamerait des recherches approfondies pour explorer ses conséquences secondaires, dans des domaines comme les habitudes de travail des sujets. Il apparaît qu'un effet de réaction en chaîne, de nature positive, inducteur de souplesse, atteint les enfants eux-mêmes, qui se mettent alors à présenter un comportement moins perturbé, même s'ils ne sont pas présents. Dix-huit mois après la réaction induite de chagrin, M. Lewis expliquait qu'il s'était découvert capable de déléguer à d'autres des responsabilités dans son affaire, parce qu'il se sentait à même de supporter de perdre dans une négociation avec un client. Et lui et sa femme, au même moment, disaient vivre une vraie lune de miel. Il exprimait aussi un sentiment de liberté croissante par rapport à une culpabilité d'intensité variable, qui avait trait au fait que lui avait un mariage harmonieux, alors que ses parents n'en avaient pas eu un. Des études longitudinales s'imposeraient dans de tels cas pour déterminer la nature de l'impact transgénérationnel de la résolution de la dysharmonie conjugale sur les enfants, sous le rapport de leur choix de conjoint et des *modus vivendi* observables lorsque ces enfants sont mariés et ont à leur tour des enfants. Nous considérons ici le rôle de l'empathie comme crucial, dans la mesure où elle paraît de même nature qu'un antibiotique qui neutraliserait le foyer infectieux provenant de la souffrance interne non résolue. M. Lewis indiquait très clairement que l'intense libération de chagrin qu'il avait vécue avait engendré en lui un sentiment de paix - le sentiment qu'il disait éprouver auprès de sa tante bien-aimée. En faisant plus complètement le travail de deuil de sa tante, vingt-huit ans après, il renonçait au besoin de lui trouver une remplaçante directe. En un

sens, c'était pour lui une occasion de repartir à zéro, en pleurant à la fois sur sa tante, sur le petit garçon qu'il avait été, et sur lui-même dans le présent. Ses efforts pour ne pas être comme son père cédaient le pas à une liberté intérieure croissante de ressembler davantage à l'homme et au père qu'il respectait. Cela ne pouvait émerger que lorsqu'il put reconnaître la profondeur de son besoin de dépendance, et voir son chagrin à la fois accepté et respecté. On a omis ici pour des raisons de place le rôle des deux suicides dans l'histoire de Mme Lewis, alors que ces événements et les relations qu'elle avait avec ses parents jouaient un rôle dans les besoins qu'elle agissait dans le «conflit symbiotique». Les récentes études de Parkes (1965a, 1965b) sur la perte et la maladie mentale soulignent la nécessité constante d'être conscient des formes très différentes que peut prendre l'expression du chagrin. Quand le chagrin est caché et obscurci par une préoccupation et une inquiétude pressantes à propos de la situation présente, il est extrêmement difficile de prendre connaissance de son existence. Helene Deutsch (1937) déclarait que «le processus du deuil, en tant que réaction à la perte réelle d'une personne aimée, doit être mené à son plein accomplissement», et suggérerait ainsi qu'un deuil inachevé est en rapport avec des états résiduels de détresse psychique. Trop souvent, nous nous laissons prendre à la nature magique des mots dans la définition et la description des concepts relationnels, d'une façon analogue à celle du chercheur en sciences exactes. Les mots modifient l'essence transactionnelle et expérientielle de l'expérience vivante. J'ai été guidé en ce domaine, dans une certaine mesure, par Alfred North Whitehead (1953), qui, toujours

attentif aux aspects d'obscurcissement et de distorsion générés par le langage, disait : «l'insiste sur le caractère radicalement désordonné et mal adapté des champs de l'expérience réelle qui constituent la base de départ de la science. Saisir cette vérité fondamentale, c'est le premier pas sur la voie de la sagesse.» D'après lui, ce fait nous est dissimulé par le langage, lequel «nous fait ajouter foi aux concepts comme s'ils rendaient immédiatement compte de l'expérience».

Résumé

On trouvera ici un exposé raisonné de la technique de la thérapie conjugale conjointe. L'auteur s'attache à établir les liens entre, d'une part, les pertes, non reconnues jusque-là, et pour lesquelles un travail de deuil n'a eu lieu qu'incomplètement, et d'autre part les fixations chez chacun des partenaires, leur mode de sélection du conjoint, et leur style particulier d'entente et de mésentente conjugales. L'auteur montre l'importance d'un cadre de référence affectif, empathique, et décrit comment la technique du deuil opérationnel permet de neutraliser les effets à long terme du chagrin resté caché. Cette approche paraît mériter qu'on poursuive son exploration et qu'on l'étudie plus avant.

Article paru dans Family Therapy and Disturbed Families, Zuk & Boszormenyi-Nagy Ed., Science and Behavior Books, PaloAlto, 1967, pp. 187-205.

Traduit de l'anglais par : Mousnier-Lompré

REFERENCES

- Chessick R.D. : Empathy and Love in Psychotherapy (l'empathie et l'amour en psychothérapie). *Amer. J. Psychother.*, 1965, 19, pp. 205-219.
- Deutsch Helene : Absence of grief (L'absence de chagrin). *Psychoanal. Quart.*, 1937, 6, pp. 12-22.
- Edelson M. : *The termination of intensive psychotherapy* (La fin des psychothérapies intensives). Springfield, Illinois : C.C. Thomas, 1963.
- Engel G. : Toward a classification of affects (vers une classification des affects), in P.H. Knapp (ed), *Expression of emotions in man* (L'expression des émotions chez l'homme), New York, Int. Univ. Press, 1963, pp. 266-299.
- Greenson R.R. : The problem of working through (la question de la perlaboration), Article lu à la rencontre annuelle de l'Association américaine de psychanalyse, Los Angeles, Mai 1964.
- Grotjahn M. : *Psychoanalysis and the family neurosis* (La psychanalyse et la névrose familiale). New York. W.W. Norton, 1960.
- Katz R.L. : *Empathy, its nature and uses* (L'empathie : sa nature, son utilisation). New York. The Free Press of Glencoe, 1963.
- Loewall H. : On the therapeutic action of psychoanalysis (Considérations sur l'action thérapeutique de la psychanalyse). *Int. J. Psychoanal.*, 1960, 41, pp. 16-33.
- Masson O. : Aspects théoriques et cliniques systémiques de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie. *Psychan. à l'Univ.*, t.4, fasc. 16, 1979.
- Parkes C.M. : Bereavement and mental illness : part one, a clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients (Expérience de perte et maladie mentale : première partie, étude clinique du chagrin chez des patients psychiatriques ayant subi des deuils). *Brit. J. med. Psychol.*, 1965a, 38, pp. 1-12.
- Parkes C.M. : Bereavement and mental illness : part two, a classification of bereavement reactions (Expérience de perte et maladie mentale : deuxième partie, classification des réactions de deuil). *Brit. J. med. Psychol.*, 1965b, 38, pp. 13-26.
- Stierlin H. : The transmission of irrationality reconsidered (Révision de la question de la transmission de l'irrationalité) in *The Nature of Schizophrenia*, L.C. Wynne, R.L. Cromwell et al., John Wiley and Sons, 1978, ch. 48, pp. 517-525.
- Walsh F.W. : Concurrent grandparent death and birth of schizophrenic offspring : an intriguing finding (Coïncidence entre la mort d'un grand-parent et la naissance d'un rejeton qui sera schizophrène : une curieuse découverte). *Fam. Proc.*, 1978, vol. 17, n°4, pp. 464-475.
- Watson A.S. : The conjoint psychotherapy of marriage partners (La thérapie conjointe de couples mariés), *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1963, 33, pp. 912-922.
- Whitehead A.N. : The organization of thought from the aims of education and other essays (L'organisation de la pensée vue sous l'angle des buts de l'éducation, et autres essais). In *An anthology selected by F.S.C. Northrop & Mason W. Gross*. New York, Macmillan, 1953, pp. 139-154.