

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
CENTRE DE PSYCHOLOGIE DIFFERENTIELLE, PSYCHODIAGNOSTIC CLINIQUE
ET PSYCHOTHERAPIE
CENTRE DE CONSULTATIONS PREMARITALES ET CONJUGALES
DE LA SOCIETE HELLENIQUE D'EUGENISME

BILAN ANALYTIQUE ET CLINIQUE
DU
CENTRE EXPERIMENTAL DE CONSULTATIONS
PREMARITALES ET CONJUGALES
DE LA
SOCIETE HELLENIQUE D'EUGENISME A ATHENES

par
Alexandre M. Stavropoulos

LOUVAIN 1970

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
CENTRE DE PSYCHOLOGIE DIFFERENTIELLE, PSYCHODIAGNOSTIC CLINIQUE
ET PSYCHOTHERAPIE

CENTRE DE CONSULTATIONS PREMARITALES ET CONJUGALES
DE LA SOCIETE HELLENIQUE D'EUGENISME

BILAN ANALYTIQUE ET CLINIQUE
DU
CENTRE EXPERIMENTAL DE CONSULTATIONS
PREMARITALES ET CONJUGALES
DE LA
SOCIETE HELLENIQUE D'EUGENISME A ATHENES

par

Alexandre M. Stavropoulos

LOUVAIN 1970

P R E F A C E

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur J. Schotte sous la direction duquel j'ai réalisé ce travail. Ses réactions à mon texte me furent précieuses.

Je remercie ensuite Monsieur N.K.Louros, Président de la Société Hellénique d'Eugénisme qui m'a donné la permission d'utiliser les dossiers des clients du "Centre de Consultations Prémaritales et Conjugales" pour effectuer le présent travail. Mes remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur J. Danezis Directeur du Centre, qui en me confiant de collaborer avec son équipe durant l'été 1968 m'a ensuite encouragé à entreprendre l'élaboration des données du fonctionnement de ce Centre et m'a accordé des heures de son temps précieux pour discuter du matériel. Mes remerciements vont aussi à Monsieur P. Kastrinakis, psychiatre, collaborateur permanent du Centre qui a bien voulu mettre à ma disposition ses rapports cliniques.

Je remercie ensuite mon ami Monsieur Jean Boudreau pour la peine qu'il s'est donné à revoir la version française de mon texte.

Alexandre M. Stavropoulos

Louvain, Noël 1969

TABLE DES MATIERES

PREFACE	p. 5
<u>INTRODUCTION</u>	7
<u>CHAPITRE I :</u>	
<u>BILAN ANALYTIQUE DU FONCTIONNEMENT</u>	
<u>DU CENTRE.</u>	15
a. Présentation du Centre	15
b. Mode de fonctionnement	15
c. Mode de dépouillement	16
d. Durée du fonctionnement	17
e. Sexe et état civil des consultants	18
f. Consultants seuls ou accompagnés	19
g. Nombre des consultations effectuées	20
h. "Consultations en un entretien"	20
i. Mode de recrutement	22
j. Lieu de résidence	23
k. Niveau d'instruction	24
l. Profession exercée	24
m. Age et âge au mariage	25
n. Durée du mariage au moment de la consultation	26
o. Motifs des consultations	27
p. Durée du mariage et motifs des consultations	28
q. Cas renvoyés	29
r. Résultats de la consultation	29
<u>CHAPITRE II :</u>	
<u>BILAN DES CAS CLINIQUES</u>	33
A. <u>INTRODUCTION</u>	33
B. <u>PROBLEMES GENERAUX DE DESACCORD</u>	34
C. <u>PROBLEMES GENETIQUES ET GYNECO-</u> <u>LOGIQUES</u>	37
a. Informations d'ordre génétique	37
b. Grossesses indésirables	38
c. Conséquences d'une peur de la grossesse	38
d. Stérilité du couple et attitudes diverses vis-à-vis de la procréation	40
D. <u>PROBLEMES PSYCHO-SEXUELS</u>	43
a. Préoccupations de la vie sexuelle	43

b. "Dysharmonie sexuelle"	45
c. Impuissance et frigidity : réactions réciproques du mari et de la femme	46
1° Réactions négatives de la femme	46
2° Rupture d'équilibre et réactions négatives du mari	48
3° Réactions positives de la femme et malaise de l'homme	49
d. Problèmes psycho-sexuels et influences négatives de la famille	50
e. Problèmes psycho-sexuels et habitudes sexuelles prémaritales.	55

IMPLICATIONS, APERCU CRITIQUE ET ELEMENTS DE PROSPECTIVE.

RESUME	58
ANNEXE I Règlement intérieur du Centre	65
ANNEXE II Fiche des consultants	67
ANNEXE III Code	74
ANNEXE IV Tableaux et Graphique	77
	80
BIBLIOGRAPHIE	93

INTRODUCTION

Un bref examen de l'histoire permet de constater d'emblée que les institutions du Mariage et de la Famille ont bénéficié de tout temps de l'intérêt, de la protection et des soins bienveillants de la Religion et de l'Etat. L'Eglise et l'Etat opérant chacun leurs desseins propres sont convaincus de l'importance du rôle, de la valeur et de l'utilité de ces institutions dans l'atteinte de leurs buts respectifs.

En Grèce le Mariage et la Famille ont toujours été une préoccupation centrale de la politique gouvernementale et ecclésiastique. Aujourd'hui encore, plusieurs mesures récentes témoignent de l'importance de cette préoccupation ; un bureau de pastorale familiale vient d'être créé à l'Archevêché d'Athènes et dans la Constitution du 29.9.1968, il est dit explicitement à l'article 26 que "le mariage et la famille sont sous la protection de l'Etat". Ces mesures officielles, administratives et constitutionnelles, établissent les unes et les autres l'orientation d'une politique générale dont les effets se ramifient en une diversité de réalisations concrètes qui se répercutent au niveau des vies individuelles.

Antérieurement, dans la plupart des sociétés l'organisation de la structure sociale dans son rapport avec les individus, la famille et la parenté, permettait aux problèmes nés dans le cadre de la famille, d'y trouver aussi leur solution. Cependant la famille a évolué vers sa forme nucléaire, amenant une plus grande mobilité et ainsi une meilleure adaptation à la mutation de la structure sociale. Néanmoins les résultats de cette double évolution n'ont pas solutionné tous les problèmes et ils en ont même fait jaillir d'autres. C'est ainsi que les conseillers "naturels" de la famille étendue sont disparus. Des couples se trouvent donc aujourd'hui dans des situations précaires, face à l'examen de problèmes délicats ; ils sont confrontés

à des crises graves et dépourvus de ce précieux appui ; ils ressentent cette absence avec acuité et cherchent de nouveaux services de conseil, d'aide et d'assistance (1).

Sensibles à cette situation, l'Eglise et l'Etat ont voulu dans cette nouvelle période de l'évolution du Mariage et de la Famille, secourir ces institutions par l'adoption de mesures convenables et adaptées. Déjà plusieurs individus confrontés dans leur discipline propre avec les problèmes familiaux se sont préoccupés des conflits nouveaux posés à la famille et ont essayé chacun à leur manière d'y apporter des solutions ; ainsi plusieurs médecins de famille, prêtres, psychologues et travailleurs sociaux ont apporté un soutien passager à la famille. Mais cette aide éparse, face à la multiplicité et à la diversité des problèmes, a dû se concentrer en des centres de consultations familiales pour faire converger les efforts et permettre ainsi une efficacité plus grande. Dans diverses parties du monde l'Eglise et l'Etat ont compris la valeur de cette mesure récente et ils ont contribué à la création et à l'organisation de ces centres.

En Grèce, de tels centres sont actuellement envisagés et les modalités de leur création et de leur fonctionnement doivent être examinées dans le cadre d'une politique générale d'aide à la famille. Ce travail se propose de contribuer à l'élaboration de cette entreprise en examinant les résultats.

(1) Le Professeur P. de BIE exprime cela dans le texte suivant :

"Si les jeunes familles sont plus autonomes à l'égard de la parenté naturelle, elles sont soumises au cadre social nouveau où elles seront placées et doivent lui demander l'aide et l'information que les anciennes structures ne peuvent leur fournir. Ce réseau d'institutions constitue des quasi-parentés." Voir MISSI No 326 janvier 1969 pp. 4-5 et Pierre de BIE, * Les Relations Familiales. Modèles et symbioses et de prédominance des réseaux ou des fonctions de contact et d'assistance, pp. 9 et 10.

Cf. aussi l'article 1. Problème de la nécessité des Centres de Consultations Conjugales du Règlement intérieur de la Fédération Belge des Centres de Consultations Conjugales. Il y est dit :

"... bien plus que par le passé, le foyer a besoin d'être aidé dans sa lente maturation. La plupart du temps, cette aide ne peut guère venir de l'entourage immédiat (soit qu'il fasse défaut, soit qu'il soit trop impliqué), mais bien de personnes extérieures, compétentes et libres par rapport aux problèmes qui se posent. Il nous semble dès lors que la nécessité de Centres de Consultations Conjugales augmente de plus en plus."

* A l'exception du nom de l'auteur, du titre et de la page de l'oeuvre citée, nous nous sommes gardés d'insérer des détails bibliographiques dans le corps du mémoire. Le lecteur est renvoyé à la bibliographie, où sont donnés les références complètes.

tats d'une expérience concrète réalisée dans le milieu actuel, avec ses problèmes particuliers, par un centre temporaire et expérimental. Mais pour l'élaboration de cette politique, il est capital de voir d'abord l'origine, le développement et le rayonnement de ces centres, tant en Europe qu'en Amérique.

Historiquement, à la recherche des précurseurs de la consultation familiale (2), on peut remonter jusqu'aux tribunaux conjugaux de HAMMURABI qui avaient pour fonction de régler les querelles conjugales. Plus récemment, on trouve déjà en 1907 en Allemagne des centres qui poursuivent des fins eugéniques et recommandent aux futurs époux un certificat de santé ; un des buts principaux du conseiller conjugal était alors de dissuader les partenaires de conclure un mariage qui du point de vue eugénique ou psychologique était contre-indiqué. En 1912, Margaret SANGER fonde aux Etats Unis un institut de consultation pour le contrôle des naissances, qui se voit interdit au nom de la morale.

Cet institut sera néanmoins le point de départ de tous les centres de consultation conjugale. En 1919, à Berlin, Magnus HIRSCHFELD fonde sous le nom d'office de consultation sexuelle (Sexualberatungsstelle) un institut de consultation eugénique et psychologique. Au cours des années 1920, ce sont les diverses Eglises qui créent des centres de consultation conjugale confessionnels.

En Allemagne en 1933, lorsque le Troisième Reich fermera les services de consultation conjugale et sexuelle, il en existe déjà quelques centaines.

Mais l'idée des consultations conjugales poursuit son chemin à travers le monde. En Angleterre, on voit David MACE fonder en 1938 le premier Marriage Guidance Center et continuer par la suite à développer systématiquement cette formule. Diverses associations et groupements se centrent davantage sur la famille que sur le mariage, tels les "Associations et consultations familiales" en France et en Belgique (3), la "Fronte della Famiglia" en Italie et les "Family Relations" aux Etats Unis. De plus en plus ces organisations créent leurs propres centres de consultations conjuga-

(2) Cf. BOVET Th., Ehekunde II, pp. 288-289, qui donne une courte vue d'ensemble de ce développement.

(3) En Belgique les Centres de Consultations Conjugales sont nés progressivement depuis 1945. Le Centre de Bruxelles date de 1960.

les. La lutte contre le divorce et l'éradication des maladies vénériennes ont souligné davantage encore la nécessité de l'existence des centres de consultations.

Tous les mouvements mondiaux en vue de la protection du Mariage et de la Famille sont réunis en 1947 en l' "Union internationale des organismes familiaux" (U.I.O.F.) dont le siège est à Paris (4). Une de ses commissions (la commission des conseils matrimoniaux) s'occupe spécifiquement des consultations conjugales.

En Grèce actuellement, comme l'écrit le Dr. VASSILIOU, "l'institution de la 'famille grecque' ayant subi l'épreuve implacable de l'histoire, a démontré sa vivacité et ses grandes possibilités éducatives. Mais actuellement elle se sent menacée, si les processus socio-économiques en voie de développement dans le pays ne sont pas apprivoisés par les institutions culturelles et les sciences humaines du pays de telle façon que leur développement soit harmonisé avec l'évolution générale de la société grecque" (5). D'où et déjà des problèmes nombreux et divers existent et se posent à la famille grecque en évolution. Afin de permettre un examen consultatif de ces problèmes, la Société Hellénique d'Eugénisme a créé pendant une trentaine de mois un "Centre de Consultations Prémaritales et Conjugales".

Mais, quelles étaient exactement les motivations des créateurs de ce Centre ? Ils l'ont entrepris animés par un souci profond du bien être de la famille grecque en vue de son hygiène sociale et psychique. Ils étaient très préoccupés et inquiets de la baisse du taux de natalité et de la hausse du taux des avortements dans le pays (6). Leurs buts étaient d'or-

(4) La Confédération panhellénique des familles nombreuses appartient comme membre actif et le Conseil national des femmes hellènes et l'Institut des assurances sociales comme membres associés.

(5) VASSILIOU G., A Preliminary Exploration of Variables Related to Family Transaction in Greece, p. 154.

(6) Le taux de natalité brut a baissé du niveau de 30 naissances par 1000 habitants pendant la période 1926-1935 à 17,7 % durant les années 1965-1966. En moyenne une famille grecque a 2,2 naissances vivantes. On estime le nombre des avortements de 100.000 à 150.000, c'est-à-dire égal au nombre des naissances. Voir : Evolution de la population grecque et politique démographique, pp. 2, 3 et 16.

dre démographique et de médecine préventive ; à long terme ils visaient l'arrêt du courant de sous-natalité et le renforcement de l'institution familiale. Mais comment procéder pour interrompre cette sous-natalité et ce courant d'avortements qui pesait sur le pays et sur les familles ? Que pouvait-on réaliser de ses propres moyens pour affronter cette pénible situation ? L'idée d'un centre des consultations est alors apparue la formule la plus convenable et la mieux adaptée aux fins envisagées. Ce centre pourrait servir comme cellule d'étude de la problématique avec une approche et dans une perspective cliniques (7). Ce centre ne fonctionnerait au début que d'une façon expérimentale afin de pouvoir arriver à saisir le problème d'une façon concrète, de voir toute la gamme des problèmes qui pourraient être soulevés, de mesurer les méthodes d'action et enfin d'évaluer l'utilité éventuelle d'un pareil Centre au niveau national. Après cette tentative et l'apport de son enseignement, les responsables du gouvernement pourraient alors être approchés en vue de leur suggérer un plan efficace de politique gouvernementale démographique et familiale (8).

Bien que leurs soucis de base étaient d'ordre démographique, les responsables du Centre ont abordé le problème d'une façon englobante et compréhensive. Toute la famille était au centre de leurs préoccupations. Ils ont eu une ouverture étonnante à toute la dimension familiale et c'est à cause de cela, qu'ayant envisagé toute la gamme des problèmes possibles des consultations, ils ont choisi un noyau des collaborateurs permanents des différentes spécialisations. Le psychiatre a été néanmoins celui qui a collaboré le plus étroitement avec le Centre.

(7) L'approche démographique a déjà été appliquée dans deux enquêtes du Centre universitaire des recherches démographiques :

- a. Etude sur la contraception : VALAORAS V.G., e.a., Control of Family Size in Greece.
- b. Etude sur la reproductivité de la population grecque sur 6500 femmes mariées (0,4 % de l'ensemble). Entre autres choses cette enquête avait pour objectif la recherche de l'épidémiologie des avortements illégaux. On peut trouver un petit résumé sur ses résultats dans : Evolution de la population grecque et politique démographique §§ 41-43 pp. 15-16.

(8) Sur les six membres du "Comité de politique démographique" du ministère de coordination qui a travaillé pendant le premier semestre 1968 à Athènes, deux appartenaient au Comité d'administration du Centre.

Après cette expérimentation, après ce rassemblement des expériences, pouvait venir le moment de réflexion sur le travail effectué. Ce moment était même prévu par le règlement du Centre en vue d'une auto-critique, d'un renouvellement et d'un examen de projets subséquents ; le paragraphe 9 de l'article sur les activités parallèles du Centre le spécifie en ces termes : "Il entreprendra l'étude d'anamnèses de couples pour arriver à des conclusions qui contribueront à la promotion et au renouvellement du fonctionnement du Centre".

La présente étude se propose de décrire et d'analyser le travail réalisé à ce Centre et de tirer les implications de son fonctionnement pour une politique générale d'aide à la famille grecque. Le premier chapitre présentera un bilan analytique portant sur l'équipe, le fonctionnement du Centre et les caractéristiques des consultants et de leurs demandes : c'est-à-dire qui est venu, combien sont venus, ce qu'ils ont demandé et comment le Centre a répondu. Le second chapitre examinera concrètement dans un bilan clinique la particularité de certains cas et aussi leur diversité et leur évolution. A la fin du bilan de cette expérience nous essaierons de tracer un aperçu critique, des implications pratiques et des éléments de prospective dans le cadre d'une politique grecque d'assistance à la famille.

CHAPITRE I

BILAN ANALYTIQUE DU FONCTIONNEMENT DU CENTRE

a. Présentation du Centre

Ayant un sens profond de leurs responsabilités envers la famille grecque, un groupe de médecins de la Société Hellénique d'Eugénisme ont réussi à obtenir l'approbation de cette Société pour y créer un département spécial, qui est le premier Centre de Consultations Prémaritales et Conjugales en Grèce.

Ce Centre, dont le fonctionnement a commencé au mois de février 1966, a été dirigé et surveillé par un comité de direction auquel appartenaient Monsieur le Professeur B. VALAORAS professeur d'hygiène et d'épidémiologie à la faculté de la médecine de l'université d'Athènes et directeur du Centre universitaire de recherches démographiques, Monsieur J. DANEZIS professeur associé d'obstétrique et de gynécologie à la faculté de la médecine de l'université d'Athènes et directeur du département de stérilité et de fécondité de la maternité "ALEXANDRA", et enfin Madame le docteur M. KANAVARIOTOU. Monsieur DANEZIS a été nommé directeur du Centre.

Le directeur et un autre médecin gynécologue, avec une sage-femme comme secrétaire-réceptionniste et une assistante sociale constituaient l'ensemble du personnel du Centre. Cette équipe accueillait les gens au département d'obstétrique des dispensaires externes de la maternité "ALEXANDRA".

b. Mode de fonctionnement

L'assistante sociale ou la secrétaire recevait les intéressés et complétait une fiche avec des éléments d'identification du client. Ensuite le client était introduit chez les médecins devant lesquels il exposait son pro-

blème, sa demande. Le directeur jugeait si le problème pourrait être affronté par eux ou s'il nécessitait l'aide d'un spécialiste (médecin, sociologue, avocat, prêtre, assistant social spécialisé qui s'étaient engagés à collaborer avec le Centre) Dans cette seconde éventualité, le directeur choisissait sur la liste existante des collaborateurs permanents le spécialiste le plus indiqué pour chaque cas concret et l'assistante sociale se chargeait alors de fixer un rendez-vous. Les résultats de l'examen étaient envoyés par le spécialiste au Centre et le directeur les communiquait à l'intéressé lors de sa visite suivante. Toute cette aide était offerte gratuitement.

Les services offerts par le personnel permanent du Centre comprenaient : examens prémaritiaux, conseils aux fiancés et conseils aux conjoints (9).

c. Mode de dépouillement.

Le dépouillement du travail effectué dans un centre de consultations pose plusieurs problèmes qui tiennent à la nature même du travail effectué par ce centre. En effet, selon BARRETT "il ne fait nul doute, que le counselling est une matière qualitative. Le procédé d'interaction entre le conseiller et le client met en branle les réactions de deux êtres complexes et les caractéristiques de ces interactions ne peuvent être mesurées et quantifiées sans qu'elles ne perdent une partie de leur sens profond et des valeurs impliquées. Cependant un essai de mesure quantitative peut éclairer certains aspects pourvu que l'on soit bien conscient que l'on n'épuise pas ainsi la réalité de la relation entre conseiller et client" (10).

Ci-dessous nous essayons de faire une analyse quantitative du matériel repris des fiches des consultants (11). Chaque point de la fi-

(9) Voir détails en annexe I où nous citons le règlement du Centre.

(10) BARRETT Donald N. cité par MERCURE Julien, Le C. M. A. C. Service de la Communauté Catholique de Grande Bretagne, p. 99.

(11) Voir modèle de la fiche en annexe II.

Il existe peu de bilans concernant le travail des Centres de Consultations.

Le principal travail dans ce sens est le livre de

WALLIS J.H. and BOOKER H.S., Marriage Counseling : A Description and Analysis of the Remedial Work of the National Marriage Guidance

che a reçu un chiffre de code (12) et est transcrit dans une grande table qui contient le matériel de vingt cas. Le travail de calcul a ainsi été facilité.

Cette étude est évidemment limitée pour des raisons très pratiques puisqu'elle n'est qu'une première élaboration des 205 premiers cas du Centre et que les généralisations qui pourraient être tirées des intercorrélations des données, n'auraient qu'une valeur très relative. Comme le dit HARVEY : "les données obtenues ne justifient pas une analyse statistique élaborée qui ne donnerait que l'apparence d'objectivité et de connaissance scientifique" (13).

Le mode de dépouillement adopté dans la présente étude n'a pour but que de donner un aperçu détaillé du travail effectué dans ce Centre, un premier bilan et non d'aboutir à des conclusions concernant des hypothèses théoriques préétablies. D'autres recherches pourraient éventuellement poursuivre des aspects spécifiques relevés dans ce bilan (14).

d. Durée du fonctionnement

Le Centre a fonctionné du 22 février 1966 au 5 juillet 1968, environ trente mois (pour une vue d'ensemble du fonctionnement du Centre voir tableau synoptique 1*). Durant la période de son fonctionnement le

Council, surtout la deuxième partie Analysis, à partir de la page 113.

On peut aussi se référer à :

BARRETT Donald N., A Trial Examination of Counselor or Assesments Records.

HARNIK Bernard, Ehekrankheiten, pp. 16-20.

HARVEY Les V., "Approved" Marriage Counseling Services in Australia : 1965-66.

HUBINONT Pierre-Olivier, Une expérience : "La Famille Heureuse".

KRUPINSKI J. e. a., An Analysis of Activity of an Australian Marriage Guidance Council.

MOGEY John, Marriage Counseling and Family Life Education in England.

SCHILLER Patricia, Marriage Counseling in a Legal-Aid Setting.

ZUBER Herbert, Gestörte Ehen.

(12) Voir la liste de ces points en annexe III.

(13) HARVEY Les V., "Approved" Marriage Counseling Services in Australia : 1965-66, p. 151. Cf. ANASTASIADIS Jean, Facteurs d'angoisse dans la famille grecque, pp. 7-8.

(14) Si le Centre continue ses travaux nous espérons qu'il sera possible d'effectuer une analyse statistique approfondie du matériel basée sur l'étude des corrélations et que des moyens seront donnés à cette fin.

* Les tableaux se trouvent en annexe IV.

Centre a eu soixante quatorze (74) jours de consultations, qui ont eu lieu chaque mardi de 17.00 à 19.00 heures. Cela fait un total de cent quarante huit (148) heures d'accueil. Deux cent cinq (205) cas ont visité le Centre en effectuant deux cent soixante treize (273) consultations. A chaque consultation revient une moyenne de trente minutes d'entretien.

Nous devons noter que le Centre a fonctionné régulièrement du 22.2.1966 au 30.5.1967. A partir de cette date et plus précisément du 6 juillet 1967 on remarque que les dossiers se limitent aux cas "psychologiques" (problèmes psycho-sexuels) et le Centre reçoit de moins en moins de cas. Ces derniers cas sont aussitôt renvoyés au spécialiste (psychiatre) dont nous avons un rapport clinique.

Si on veut avoir une idée précise du fonctionnement du Centre on peut se rapporter au tableau 2. Dans ce tableau on peut constater que le Centre a effectué du 22.2.1966 au 30.5.1967, 92 % de ses consultations en 74 % des jours de consultation et a reçu pendant ce temps 89 % de ses consultants. Les autres activités se sont effectuées dans la période du 6.7.1967 au 5.7.1968. Depuis cette date le Centre se trouve en attente d'une nouvelle organisation (15).

e. Sexe et état civil des consultants

De 205 clients du Centre 56 % étaient des hommes et 44 % étaient des femmes (voir tableau 3). 66% étaient mariés, 20 % fiancés et 14 % célibataires (16). Il apparaît que les mariés consultent plus que les non-mariés. Les hommes non-mariés consultent plus que les femmes non-mariées (74 contre 26 %), tandis que les femmes mariées consultent plus que les hommes mariés (53 contre 47 %). Les hommes, en général, consultent plus que les femmes, mais il est à signaler que le nombre des consultantess augmente dès qu'elles passent d'un état civil à un autre.

(15) Le ministère des affaires sociales a fait une communication à la presse au mois de mai 1969 - voir le journal "MONDE LIBRE" (ELEUTHEROS KOSMOS) de - mentionnant le fonctionnement d'un "Dispensaire des Consultations de Family Planning" à la Maternité "MARIKA ILIADI" à Athènes.

(16) Par le terme fiancé on désigne ici des gens qui sont fiancés officiellement et portent une bague de fiançailles, et aussi des gens qui sont engagés profondément dans un lien sans être officiellement fiancés. Le terme célibataire désigne alors quelqu'un qui n'est pas engagé dans un lien stable avec une personne définie.

f. Consultants seuls ou accompagnés.

Les personnes qui viennent au Centre aiment-elles venir seules ou plutôt accompagnées ? Et dans la seconde hypothèse par qui ? Il apparaît que la plupart des gens (69 %) viennent seuls à la première consultation et que 31 % viennent accompagnés (voir tableau 3).

Le Centre recommande aux conjoints ou aux fiancés venus seuls et que leur problème concerne tous les deux (l'autre est presque toujours impliqué), de revenir avec leur compagnon. Dans ce cas il n'est pas certain qu'ils vont revenir avec l'autre intéressé. Précisément sur quinze personnes mariées auxquelles a été recommandé de revenir avec leur époux trois seulement sont revenues et sur cinq fiancés deux seulement sont revenus. En somme 75 % ne sont pas revenus avec leur partenaire selon la recommandation du Centre.

Des gens mariés qui sont venus accompagnés (34 %) ce sont plutôt les femmes qui se laissent accompagner (65 %) que les hommes (35 %). De trente quatre couples mariés qui ont visité le Centre 85 % sont venus ensemble à la première consultation. Pour dix sept de ces couples (50 %) on a préparé une fiche séparée pour chacun des deux époux. Pour deux autres couples (6 %) ce sont les maris et pour les quinze autres (44 %) ce sont les femmes qui ont eu une fiche.

Pour les fiancés qui sont venus accompagnés (35 %) les consultations ont porté sur un nombre égal d'hommes et de femmes. Huit couples de fiancés ont visité le Centre dont cinq sont venus ensemble à la première consultation. Pour ces huit couples mentionnés le Centre possède des fiches séparées pour chacun. Une fille engagée est venue accompagnée par son frère (17).

Trois célibataires sont venus accompagnés par des membres de leur famille.

Mais les gens qui viennent au Centre ne le font pas tous pour leur propre cas. Il y a même des parents qui viennent au sujet de leurs en-

(17) Ce dernier cas est analysé au chapitre II sous le chiffre XI p. 35.

fants (deux mères et un père). Ou des conjoints qui viennent raconter des choses à propos de leur conjoint (cinq hommes et quatre femmes), le problème se situant d'après eux chez leur partenaire. Sur 31 cas de frigidité 10 ont été rapportés au Centre par les maris, tandis que seulement 3 cas d'impuissance sur 39 ont été rapportés au Centre par les épouses. Un seul fiancé est venu consulter en situant le problème chez sa partenaire.

g. Nombre des consultations effectuées

En comparant le nombre des consultants (205) au nombre des consultations (273) nous apercevons que les quatre cinquièmes (79 %) des gens sont venus une seule fois et ont effectué les trois cinquièmes (59 %) des consultations. 14 % sont venus deux fois ayant effectué 21 % des consultations. Les autres 7 % sont venus de trois à six fois et ont effectué 20 % des consultations (voir tableau 4).

En prenant en considération le nombre des consultations réalisées par les consultants selon leur sexe et l'état civil nous pouvons faire la constatation suivante : les hommes consultent plus que les femmes (63 contre 37 %). Bien qu'ils ne soient que 56 %, ils effectuent 63 % de consultations. Les mariés consultent plus que les non-mariés (64 contre 36 %). Les hommes mariés bien qu'ils ne constituent que 47 % des gens mariés ils effectuent 56 % des consultations. Les femmes composant 53 % des gens mariés effectuent 44 % des consultations (voir tableau 5).

Les femmes mariées, pour la plus grande part ne consultent qu'une seule fois (67 donc 93 %) en effectuant ainsi 86 % de leurs consultations. Elles ne dépassent la première consultation que dans un très petit pourcentage (7 %) en effectuant 14 % de leurs consultations pour arriver à peine à une troisième consultation. Quarante cinq hommes mariés (donc 69 %) consultent une seule fois en effectuant ainsi 46 % de leurs consultations. 31 % des hommes mariés consultent de deux à six fois en effectuant ainsi 54 % de leurs consultations (voir tableaux 6 et 7).

h. "Consultations en un entretien"

On voit très clairement que les consultants dans leur plus grande partie ne sont venus qu'une seule fois (79 %).

La moyenne des interviews par cas est de 1,33. On pourrait prétendre alors que les consultations au Centre sont des consultations limitées à un entretien (18). Mais ces "consultations en un entretien" qui ont une durée moyenne de trente minutes ne peuvent pas être appelées consultations au vrai sens du terme, car le contact est trop bref pour qu'une relation véritable entre le conseiller et le consultant s'installe. Il se produit plutôt des contacts très superficiels mais qui peuvent être utiles pour le client. L'un vient discuter une décision déjà prise ; l'autre peut être envoyé chez un spécialiste et le Centre ne lui sert plus désormais que d'intermédiaire.

C'est ici que s'avère très important le premier contact du client avec le Centre, la manière dont on va entamer le dialogue et écouter la raison des consultations. Le premier rendez-vous est d'une importance capitale.

L'entrée des consultants au bureau du conseiller est généralement le signe qu'un recours au tiers est recherché. Témoin à charge, confident, le conseiller est également ressenti comme juge, persécuteur ou sauveur suprême. Il est celui à qui on s'adresse après des échecs, des déboires, des illusions perdues, celui à qui on veut s'accrocher, mais aussi celui dont on veut se servir pour attiser des querelles personnelles. Il est avant tout le tiers, on souhaite qu'il prenne parti. La tâche du conseiller est de ne pas se laisser emprisonner dans ces limites. Par sa présence, il va aider un sujet à articuler sa demande, à se constituer dans sa parole par rapport à son histoire, pour dégager enfin à travers un certain cheminement, un message auquel un sens pourra être donné (19).

Le conseiller va-t-il écouter toute l'histoire du client ou doit-il dès le début percevoir si le cas est vraiment pour lui ou plutôt pour un spécialiste ? Dans ce dernier cas ne serait-il pas plus prudent de renvoyer tout de suite le client et de l'amener à se confier directement au spécialiste ? C'est ainsi qu'on a agi au Centre. On craignait qu'une fois raconté, le

(18) Ceci apparaît aussi par le pourcentage de nouveaux consultants (cf. tableau 2).

(19) Ici nous faisons nôtres les réflexions que Maud MANNONI écrit à l'avant-propos de son livre Le premier rendez-vous avec le psychanalyste, en appliquant au conseiller ce qui est dit au sujet du psychanalyste aux pages 52-53.

problème ne pourrait peut-être pas être repris chez le spécialiste. C'est pour cela que le conseiller devait juger dès le début, avant que les confidences ne soient trop engagées, si le cas était pour lui ou pour un spécialiste. Cette option prise par le Centre est discutable et elle sera discutée dans l'aperçu critique de ce travail.

Mais les gens qui ont visité le Centre une seule fois, ont-ils résolu leur problème ou n'espèrent-ils plus le résoudre et se résignent-ils alors et se replient-ils sur eux-mêmes ? Qui sait. On peut éventuellement penser comme HARVEY que : "A high proportion of the one interview cases are with persons who are seeking ready made solutions, cannot face their own responsibility for their problem, and do not wish to become involved in counseling" (20).

Quoi qu'il en soit des motifs de ces clients, on peut se demander pourquoi les autres 21 % (43 personnes) qui constituent 41 % des consultations sont revenus au Centre. Il est à remarquer d'abord que les gens qui étaient renvoyés aux spécialistes, devaient revenir au Centre pour apprendre la réponse du spécialiste. C'est ainsi qui s'entame une collaboration entre spécialistes et le Centre et c'est aussi pourquoi il y a des gens qui viennent plus d'une fois.

Si on examine les motifs des consultations pour lesquelles les gens sont revenus on en relève 70 % qui ont eu un problème psycho-sexuel, 28 % à la recherche d'aide médicale (gynécologique) et 2 % venus pour désaccord conjugal ; dans les résultats généraux on peut constater que 50 % viennent pour des questions psycho-sexuelles, 37 % pour une aide médicale et 5 % pour désaccord (21).

i. Mode de recrutement

On a demandé aux consultants la manière dont ils avaient été amenés au Centre (22). Le tableau 8 présente les résultats à cette question.

(20) HARVEY Les V., "Approved" Marriage Counseling Services in Australia : 1965-66, p. 150.

(21) Voir tableau 14a.

(22) Cf. à ce propos l'article de Kenneth C. W. KAMMEYER et Charles D. BOLTON, The Decision to Use a Family Services Agency, p. 47. L'étude de 64 clients d'un Family Service Agency "throws light in the process of referrals and of educating the public about an Agency. Support was found for the greater effectiveness of personal contacts than of mass media information in stimulating self-referral."

Plus de la moitié (52 %) sont venus librement. 26% sont venus du fait qu'ils ont appris par la presse ou la radio l'existence du Centre. Pour 17 % le Centre a été recommandé par des médecins et psychologues. Seulement 2 % des consultants sont venus voir le Centre à la suite de la propagande de bouche à oreille (23).

Il est à signaler que le Centre n'a fait aucune publicité parce qu'il n'était pas prêt à recevoir tous les cas qui se présenteraient. Ce n'est qu'à partir du 27 septembre 1966 (le 121ème cas) que les clients mentionnent comme mode de recrutement les informations offertes par la presse ou la radio, bien qu'on trouve déjà au journal "LA LIBERTE" (I ELEUTHERIA) du 7.4.1966 un petit article intitulé : "Trente couples, les premiers 'clients' du centre de consultations prémaritales et conjugales". On avait peut-être besoin d'un rappel fait à l'initiative d'un autre journaliste du journal "LES NOUVELLES" (TA NEA) et cela dans l'édition du 17.11.1966.

j. Lieu de résidence

Le Centre a servi les besoins de la région d'Athènes (24). 85 % de la clientèle proviennent de cette région. Seulement 12 % proviennent du reste du pays (voir tableau 9). En tout cas le Centre ne prétendait pas pouvoir couvrir tous les besoins du pays dans ce domaine. Il ne fonctionnait que d'une manière expérimentale. Mais c'est très intéressant et très encourageant pour le travail futur de savoir qu'il y a eu de gens qui ont parcouru de longues distances - en venant de SERRAI, à 604 kilomètres vers le nord du pays - afin de s'informer valablement sur des questions de reproduction et d'entente conjugale.

- (23) Cette classification paraît être un peu arbitraire car les gens venus librement devaient être opposés à ceux qui ont été envoyés. Dans ce cas-là on aurait 83 % de gens venus librement et 17 % d'envoyés. Nous gardons cependant la classification du Centre en rapportant dans ce paragraphe les données rassemblées dans la rubrique de la fiche "mode de recrutement".
- (24) La région d'Athènes (le Grand Athènes, Greater Athens) "est une division purement statistique, privée de toute signification administrative ou politique ; elle regroupe 27 dèmes (arrondissements) et 30 communes, situés à l'intérieur du bassin d'Attique." BURGEL Guy, Aspect de la structure de l'agglomération athénienne, p. 176. La région d'Athènes inclut environ 23 % de la population de la Grèce. D'après le recensement de 1961 elle comprenait 1.852.709 habitants et la Grèce totale 8.388.553. Voir Statistical Yearbook of Greece 1967, p. 26.

Ces 12 % proviennent de tout le pays et d'un rayon de distance de 20 à 600 kilomètres. Ils viennent en premier lieu (60 %) pour un problème psycho-sexuel, en second lieu (20 %) pour une question de santé et d'aide médicale (gynécologique) et ensuite (16 %) pour des informations générales. Les hommes sont plus nombreux (68 %) que les femmes (32 %).

k. Niveau d'instruction

En ce qui concerne le niveau d'instruction des consultants (voir tableau 10) le Centre a reçu 56 % de gens d'un niveau supérieur et 28 % d'un niveau d'instruction technique ou inférieur. 16 % des gens n'ont pas déclaré leur niveau d'instruction. Il semble que le Centre soit consulté par certaines couches relativement privilégiées de la population puisque 56 % des consultants ont reçu une instruction supérieure. En comparaison avec l'ensemble de la Grèce ou les circonscriptions urbaines du pays (25), seulement 10 % ou 17 % respectivement de la population ont reçu la même instruction (26).

l. Profession exercée

La même remarque vaut pour les professions que les consultants exercent (voir tableau 11). 70 % des consultants appartiennent à la population active et 30 % sont des personnes non actives. Des personnes actives, 61 % exercent des professions pouvant se caractériser comme professions supérieures ou moyennes - dans l'ensemble de la Grèce 14 % - tandis que seulement 31 % sont des ouvriers et des travailleurs - en comparaison avec 83 % pour toute la Grèce (27). Des personnes non actives 81 % sont des ménagères (Grèce 56 %, région d'Athènes 60 %), 14 % sont des

(25) Les circonscriptions urbaines comprennent les Communes-dèmes et les Communes dont la localité la plus peuplée comporte 10.000 habitants et plus. Elles se distinguent des circonscriptions semi-urbaines (de 2.000 à 9.999 habitants) et des circonscriptions rurales (moins de 2.000 habitants). Voir Statistical Yearbook . . ., pp. 14-15. En Grèce, d'après le recensement de 1961, la population urbaine se chiffre à 3.674.592 habitants. Voir Statistical Yearbook . . ., p. 21.

(26) Cf. Statistical Yearbook . . ., p. 89.

(27) Cf. Statistical Yearbook . . ., p. 131.

écoliers et des étudiants (Grèce 24 %, région d'Athènes 22 %), et 5 % des pensionnés et autres (Grèce 20 %, région d'Athènes 18 %) (28).

m. Age et âge au mariage

En ce qui concerne l'âge des consultants nous avons à remarquer ceci (voir tableau 12) : La moitié appartient au groupe des âges jeunes : 18-34 ans. 37 % appartiennent au groupe des âges moyens : 35-44 ans et seulement 13 % sont âgés de 45 ans et plus. Les femmes dépassent les hommes au sein du premier groupe (58 %) et y concentrent les deux tiers de leur nombre total. Au sein des deux groupes suivants ce sont les hommes qui occupent le premier rang avec 64 % et 85 % respectivement.

Les mariés constituent les 55, 74 et 92 % successivement des trois groupes d'âge. 42 % des mariés appartiennent au premier groupe d'âge ; 41 % au deuxième et 17 % au troisième. Les femmes mariées en comparaison avec les hommes mariés constituent 75 % du premier groupe d'âge ; au sein des deux groupes suivants les hommes mariés occupent la première place avec 55 et 83 %

A quel âge se marient les Grecs ? L'âge moyen des époux lors du mariage pour l'année 1965 était de 29 ans pour les hommes et de 24, 1 ans pour les femmes (29). En ce qui concerne les gens mariés qui ont visité le Centre leur âge moyen est de 33, 5 ans pour les hommes et de 27, 5 ans pour les femmes. Ces résultats suggèrent que les gens mariés plus tardivement présentent davantage de problèmes, ou du moins consultent plus facilement parce qu'ils ressentent leur problème de façon plus aiguë (30). Une recherche psycho-sociale pourrait préciser davantage les raisons.

(28) Cf. Statistical Yearbook..., p. 132.

(29) Cf. Mouvement naturel de la population de la Grèce en 1965, tableau 9, p. XXIX.

(30) Parallèlement à ceci KRUPINSKI e. a. ont trouvé dans leur recherche : An Analysis of Activity of an Australian Marriage Guidance Council, p. 504, les faits suivants : "The ages at marriage of the couples coming for help to the Marriage Guidance Council were compared with similar data for all marriages and divorces in Victoria. No significant differences appeared with regard to age of husband at the time of marriage between marriages and divorces in 1962. However, a larger proportion of husbands who were Marriage Guidance Council clients were in older age groups at the time of marriage. It appears that significantly more men who were over 30 years of age at the time of their marriage seek counseling than those in the married population in general."

sons de leur consultation plus fréquente.

n. Durée du mariage au moment de la consultation

Nous supposons que le moment où les gens consultent est aussi le moment où se situe l'éclosion de leur problème (31). Mais à quel moment de leur mariage apparaissent les problèmes ? (voir tableau 13 et graphique).

36 % de consultants viennent avec un problème durant leur première année de mariage. Pendant les six premiers mois du mariage les hommes consultent plus que les femmes (14 % contre 4 %). Au second semestre les gens consultent beaucoup plus qu'au premier (27 contre 9 %) et les femmes plus que les hommes (31 contre 23 %).

Durant la seconde année les gens consultent beaucoup moins qu'en première année (13 contre 36 %). En l'occurrence au troisième semestre les hommes consultent plus que les femmes, mais au quatrième semestre ce sont les femmes qui reprennent le pas. En résumant nous pourrions dire que c'est durant les deux premières années du mariage qu'à peu près la moitié des consultants éprouvent des problèmes, et cela précisément dans le même pourcentage par les hommes et les femmes.

- (31) "Die Zeitdauer zwischen Beginn der Eheschwierigkeiten und erster Konsultation ist natürlich sehr verschieden. Aus mannigfachen Gründen haben wir uns entschlossen, als Mass für das Einsetzen des Ehekonfliktes dennoch die erste Vorsprache auf unserer Beratungsstelle anzusetzen. Dass 40 % aller Ratsuchenden in den ersten 5 Ehejahren zu uns kommen, ist immerhin ein Anzeichen dafür, dass zu einem grossen Teil nicht jahrelang zugewartet wird. Die erstmalige Einwendung an eine ausserhalb der Familiengemeinschaft stehende neutrale Person, von der Rat und Hilfe erwartet wird, hat die Bedeutung einer Dekompensation, einer Überschreitung der Belastungsfähigkeit ; in den einen schweren Fällen ist es Ausdruck für das Zusammenbrechen des Ehemillens, den Rückzug des 'consensus', des 'Ja'-Sagens zur Ehe ; jedenfalls heisst es, dass der Ratsuchende Partner mit den Schwierigkeiten nicht mehr allein fertig wird. Dieser subjektive Aspekt der Dekompensation ist ebenso wichtig oder noch wichtiger als die objektiven Schwierigkeiten selber. Ueberdies sind in einem akuten Konflikt die Angaben über die Dauer der Schwierigkeiten meist widersprechend und unzuverlässig. Durchaus übliche und durchschnittliche Eheprobleme werden im Lichte der Krise bereits als Zerrüttungsfaktoren gedeutet. Aus diesen Gründen erscheint es berechtigt, die erste Konsultation grosso modo mit dem Beginn der Krise gleichzusetzen." Voir Herbart ZUBER, Gestörte Ehen, pp. 31-32.

58 % des gens mariés qui ont consulté sont confrontés avec un problème pendant les cinq premières années du mariage. Il apparaît que les femmes se sont souciées plus que les hommes (61 contre 54 %) des problèmes et cela à partir de la troisième et de la quatrième année (12 contre 6 %).

Dans les groupes suivants de durée du mariage, le nombre des gens confrontés avec un problème va décroissant (15, 8, 4 %) jusqu'au groupe de vingt années et plus de mariage, qui connaît une très petite augmentation (7 %).

En ce qui concerne les différences hommes-femmes dans ces groupes, ceci est à remarquer : Au sein du groupe de 5 à 9 ans de mariage le même pourcentage d'hommes et de femmes consulte (15 %). Dans le groupe de 15 à 19 ans les hommes et les femmes consultent à peu près dans le même nombre et à 20 ans et plus les hommes reprennent l'avance (8 contre 6 %).

o. Motifs des consultations

Il est temps de s'interroger sur les motifs pour lesquels les gens viennent en consultation au Centre. Il serait utile d'avoir une idée première des demandes faites. Nous avons jugé bon de diviser les demandes selon les catégories suivantes (voir tableau 14a) (32).

Il faut quand même signaler que malgré leur classification - dont le principal mérite est d'ordonner et de permettre la généralisation - les cas restent toujours très individuels. Nous pouvons ici faire nôtres les pensées de BOOKER qui dit à propos d'une classification de cas : "Putting them into classes is a statistical convenience ; it helps to build up the large numbers from which it is possible to generalize with apparent confidence" (33).

(32) Pour une analyse plus détaillée de demandes voir tableau 14b et chapitre II.

(33) Voir WALLIS J.H. and BOOKER H.S., Marriage Counseling : A Description and Analysis of the Remedial Work of the National Marriage Guidance Council, p. 116.
BOOKER, chargé de cours de statistique à l'Université de Londres, a entrepris l'analyse d'à peu près 25.000 cas présentés à 250 conseillers du N.M.G.C. pendant les années 1952-54. Il a rédigé la deuxième partie du livre cité ci-dessus.

La moitié des clients ont demandé l'aide du Centre parce qu'ils étaient confrontés avec un problème psycho-sexuel. Ensuite viennent les problèmes "biologiques" - questions de santé et d'aide médicale (gynécologique) (37 %) - et en troisième lieu d'autres problèmes divers (13 %).

55 % des problèmes étaient présentés par des hommes et 45 % par des femmes. Les gens mariés ont une part de 67 % (hommes 47 et femmes 53 %) et les fiancés de 20 % (hommes 64 et femmes 36 %). Les 13 % restants (hommes 84 et femmes 16 %) des problèmes ont été présentés par des célibataires. En général, comme on peut le constater, ce sont les hommes qui présentent le plus de problèmes ; mais chez les gens mariés le contraire se passe, et la différence de 6 % augmente encore si on prend en considération que bien des hommes présentent eux-mêmes un problème de frigidity de leur femme (10 fois sur 31 cas présentés). Par contre il y a seulement trois femmes (3) qui se plaignent de l'impuissance de leur mari sur 39 cas d'un tel trouble.

p. Durée du mariage et motifs des consultations

Dans cette section on pourrait envisager l'examen de multiples intercorrélations entre les données déjà analysées. BOOKER a déjà présenté de façon magistrale pour sa population une telle série de tables où les facteurs sont rapprochés de façon bi-variée (34). Mais ici, étant donnés les limites de l'échantillon et le peu de signification statistique qui peut en être extrait, il a semblé utile de relever surtout une tendance plus marquée.

Ainsi il est très intéressant de voir ici surtout les relations entre l'âge du mariage et les demandes faites (voir tableau 15). On voit par exemple que pour les cinq premières années du mariage les demandes concernant les problèmes "biologiques" apparaissent dans le même nombre que les problèmes psycho-sexuels (46 % et 44 %), les autres problèmes se partageant les 10 autres %. Pour les mariages qui ont plus de cinq ans d'existence leur problème pour 63 % des cas est psycho-sexuel. Les problèmes "biologiques" ne constituent que de 27 % des cas. Les autres problèmes se partagent les 10 autres %.

(34) Voir à ce sujet son livre référé ci-dessus et spécialement la page 145.

q. Cas renvoyés

Comme nous avons expliqué ci-dessus (voir pp. 9 et 16) les clients qui avaient besoin d'un spécialiste étaient renvoyés aussitôt chez lui. On a jugé que 67 % devaient avoir recours à une telle aide. De ceux-ci 59 % ont eu besoin d'une aide psychiatrique. 77 % ont visité le psychiatre et le Centre possède un rapport clinique de ce psychiatre. Pour 47 % des cas le psychiatre a recommandé une psychothérapie. 41 % ont nécessité une aide médicale. A l'exception de six personnes renvoyées chez un spécialiste de médecine interne, les autres cas sont allés au services de la maternité "ALEXANDRA" (service externes, département de l'accouchement sans douleur, département de stérilité et de fécondité). Les autres 33 % des cas ont été traités par le Centre même.

r. Résultats de la consultation

Dans une matière aussi délicate que les consultations conjugales il est parfois très difficile de juger des résultats de l'intervention (35).
Notre jugement dépend entre autres du point de vue auquel nous décidons de voir ceux qui viennent nous consulter.

Si par exemple ce qui nous intéresse c'est le problème avancé (le symptôme), on peut dire que nous sommes centrés sur le problème (problem centered) et notre jugement va être posé en fonction de la solution à ce problème. Parfois on est même tenté de résoudre le problème à tout prix. Un autre point de vue serait exprimé en termes de changement de la

(35) Nous donnons ci-dessous des catégories d'issue des consultations employées par :

HARVEY Les V., "Approved" Marriage Counseling Services in Australia: 1965-66, p. 151. HARVEY Les V., Marriages Counseling and the Federal Divorce Law in Australia, p. 85. KRUPINSKI J. e.a., An analysis of Activity of an Australian Marriage Guidance, pp. 503-504.

Favorable Categories : Problem apparently solved
 Relations improved and counseling continuing
 Relations improved and counseling concluded
 Referred elsewhere and result not known

Other Categories :

No improvement and counseling continuing
 No improvement and counseling discontinued
 Counseling discontinued, no evaluation of outcome possible

(Categories of outcome reflect the state of the case at the end of the financial year).

relation maritale (relation centered). Alors, même si un problème (symptôme) persistait, par exemple une stérilité, la relation pourrait être tout de même améliorée et c'est ce qui compte. Ou en troisième lieu on pourrait juger en termes de l'actualisation des individus qui demandent conseil (36).

De l'étude que nous avons faite des dossiers il apparaît que le Centre a choisi un jugement centré sur le problème et non explicitement sur la relation.

Cela apparaît aussi par les renvois effectués aux spécialistes. Le problème pour le conseiller était de pouvoir bien diagnostiquer le cas et de juger si ce cas était pour lui ou pour un spécialiste (37). Alors le jugement du résultat sera fonction du diagnostic (problème).

Si par exemple on a une demande relevant d'un "problème sexuel" et qu'ensuite on émet un diagnostic d' "impuissance sexuelle d'origine psychique", on va se demander si cette impuissance a été surmontée après le traitement et on va s'exprimer en termes de "thérapie complète". Mais on ne se demande peut-être pas quelles répercussions avait cette impuissance sur la relation conjugale et quelles sont les conséquences d'une éventuelle guérison.

On doit être conscient de cette diversité de points de vue et d'une perspective plus vaste et même si on veut poursuivre l'enquête au niveau des

(36) Cf. HARVEY Les V., "Approved" Marriage Counseling Services in Australia : 1965-66, p. 152.

(37) Celle-ci est peut-être une attitude qu'on rencontre au début d'un Centre de Consultations et au début de la carrière d'un conseiller conjugal. MOGEY dans son article Marriage Counseling and Family Life Education in England et à la page 149 se référant à un article de J.H. WALLIS, Marriage Counseling, dans Social Work, 14(1957), pp. 300-303, dit ceci à propos de cette attitude :

"At the outset the function of the marriage guidance counselor was seen to be correct diagnosis so that the client could be directed to the specialist who could help him most. Counselors found, however, as they gained in experience, that they could satisfy many applicants without using the valuable consultants and so they engaged in treatment as well as diagnosis."

résultats ressentis par les clients eux-mêmes (38) (c'est-à-dire si on dépasse le niveau du jugement des conseillers et si on s'adresse directement aux consultants eux-mêmes dans une enquête de follow-up) on doit alors tenir compte de la perception partielle du client quant à son propre problème et de son ignorance sur la portée réelle de son attente. (39).

Les limites de l'analyse statistique dans ce domaine ne permettent pas une évaluation précise du résultat de la consultation et renvoient alors nécessairement à une perspective clinique où les cas individuels prennent un sens qui leur est propre et unique. Cette approche fait l'objet du second chapitre et permet d'examiner concrètement l'issue de divers cas et ainsi de répondre à cette question face à laquelle la statistique se trouve impuissante. Il reste néanmoins que des opinions recensées ressort une appréciation généralement positive.

(38) "... there is a need for a follow-up study to enable the evaluation of outcome." KRUPINSKI J. e. a., An Analysis of Activity of an Australian Marriage Guidance, p. 507. SCHILLER P., dans son article Marriage Counseling in a Legal-Aid Setting, p. 215, décrit en ces termes un travail de follow-up :

"A questionnaire was mailed to the alleged 'successful' cases to determine whether the reconciliation was successfully maintained. Of the 52 questionnaires sent, 19 replies were received. All of these gave affirmative answers to the questions asking whether the marriage counseling was of any help in solving the marriage problems, whether married life was really improved through the marriage counseling, whether it made possible more effective dealing with marriage problems as a result of the counseling, and, if necessary, whether the client would return for more counseling."

(39) En ce qui concerne l'attente du client voir l'article des Charles D. BOLTON and Kenneth KAMMEYER, The Decision to Use a Family Service Agency et surtout le paragraphe The Client Image of the Agency aux pages 51-52.

CHAPITRE II

BILAN DES CAS CLINIQUES

A. INTRODUCTION

L'analyse du fonctionnement du Centre a été présentée au premier chapitre. Dans le second, les problèmes concrets des consultants seront étudiés dans leur diversité, leur particularité et leur évolution.

La présentation des cas va servir d'illustration afin de voir la nature et l'éventail des problèmes qui peuvent se présenter à un centre de consultations prémaritales et conjugales.

Nous nous sommes limités aux cas des fiancés et des mariés, ayant laissé à part les cas des célibataires - non parce qu'ils ne présentaient pas d'intérêt - mais parce que nous avons choisi surtout des cas dans lesquels apparaissait une problématique à deux et où la réciprocité de deux partenaires (le partnership) était impliquée. Notre intention en choisissant les cas présentés tout au long de ce chapitre était de pouvoir montrer la problématique commune des partenaires et comment elle est vécue par eux. Quelles étaient les réactions des conjoints vis-à-vis de la conduite de l'autre ou du problème (symptôme) présenté par celui-ci ?

On voit alors se dessiner différentes attitudes envers le même problème. Nous n'essayons pas d'expliquer les facteurs qui déterminent une certaine attitude envers un tel problème, ni de trouver quelle est la cause réelle d'un problème concret présenté au Centre. Cela n'exclut pas des suggestions faites à l'occasion concernant une causalité éventuelle et ses répercussions. Notre but était avant tout de dégager ces attitudes diverses et l'implication des partenaires dans leur relation à deux.

Des problèmes généraux de désaccord seront d'abord présentés, puis des problèmes génétiques et gynécologiques et enfin des problèmes psycho-sexuels.

Mais avant de s'engager dans l'étude de ces problèmes, il est intéressant de signaler que plusieurs consultants sont venus pour obtenir des informations générales de préparation au mariage, pour eux-mêmes ou des parents. Il semble inutile d'élaborer ici ce genre de demandes et un seul exemple (40) suffira à illustrer les problèmes posés et l'attitude du Centre :

- I. Un père se présente, dont le fils qui est ingénieur et âgé de 32 ans, a décidé d'épouser une divorcée de 40 ans. Il décrit en détail la situation et il marque son désaccord dans le choix de sa future belle-fille, qui, selon lui, ne pourra pas rendre son fils heureux. Face à cette situation, il se demande quelle attitude il doit adopter vis-à-vis des fiancés. Tout ce problème psychologique a été discuté avec un conseiller qui lui a recommandé une attitude de confiance, d'ouverture et d'indulgence vis-à-vis de son fils.

B. PROBLEMES GENERAUX DE DESACCORD

Dans cette première section, nous allons exposer des problèmes de la vie quotidienne des fiançailles et du mariage, qui ne sont pas abordés dans les deux sections suivantes. Ce sont des problèmes issus de la vie en commun et qui plongent les couples fiancés ou mariés dans un état conflictuel aigu ou chronique. Parfois le divorce est envisagé sérieusement comme solution mais on recherche aussi un dépassement des conflits par d'autres voies.

Les problèmes de désaccord se posent avant même les fiançailles.

- II. Ainsi cette jeune fille de 20 ans, étudiante à Athènes, expose son impasse sentimentale avec un jeune homme âgé de 27 ans dont elle est éprise, mais qui lui manifeste une indifférence totale. On l'a accueillie et conseillée en lui offrant de revenir discuter son problème. Elle n'est toutefois pas revenue.

(40) Les exemples seront numérotés avec des chiffres latins. Pour présenter et élaborer les cas envisagés dans ce deuxième chapitre nous avons employé les remarques du Centre qui se trouvent à la rubrique REMARQUES de la fiche du client et les rapports cliniques du psychiatre. Toutes ces données sont gracieusement mises à notre disposition par le directeur du Centre le Dr. Jean DANEZIS qui en plus nous a procuré des photocopies de tous ces documents pour éviter des déplacements inutiles.

Certains sont fiancés et vivent cette situation de façon conflictuelle. Par exemple

III. Ce jeune homme âgé de 28 ans et employé à Athènes, qui s'est fiancé il y a un an et demi à la suite de pressions familiales fondées sur la convoitise d'une dot opulente (41). Les fréquentations lui ont révélé un désintérêt total vis-à-vis des conversations et de l'attrait corporel de sa fiancée. Il se demande quoi faire. On lui a recommandé de revenir accompagné de sa fiancée. Il n'est pas revenu.

Des situations de crise maritale aiguë se sont présentées au Centre, comme

IV. Ce cas d'un étudiant en médecine de 30 ans, marié depuis un an et père d'une fille âgée d'une quarantaine de jours. Il dit que pris de désespoir et décidé à dissoudre son mariage il a quitté son foyer depuis deux jours. Il rapporte de fréquents conflits et querelles avec son épouse. Déjà dès la période des fiançailles sa partenaire s'opposait à lui et à sa mère par certains désaccords et mécontentes ; il avait alors perçu la fragilité de leur lien mais il avait espéré son resserrement avec le mariage. On lui a recommandé de venir accompagné de son épouse. Elle n'est pas venue.

Parfois des problèmes supportés pendant plusieurs années par un des partenaires aboutissent au Centre en quête d'une écoute attentive.

V. Ainsi cette ménagère d'Athènes âgée de 32 ans et mariée depuis 9 ans est venue au Centre après avoir appris son existence dans les journaux. Elle se plaint de la jalousie de son conjoint. Celui-ci est de 12 ans son aîné. Pendant les fréquentations, sa jalousie ne s'était pas manifestée. Les conflits ont jailli sans aucun prétexte après leur mariage. Elle se dit elle-même renfermée, sans contact avec des hommes ; son mari était sa première connaissance masculine. Il est jaloux de tous et il l'insulte continuellement, même en présence d'autres personnes. Frigide depuis le début de son mariage, elle songe à divorcer. On lui a suggéré d'examiner le problème de la frigidité sexuelle et d'essayer de convaincre son mari à venir consulter avec elle. Ils ne sont pas venus.

Un autre cas de désaccord semblable est celui d'une

(41) Pour qu'une fille puisse se marier elle doit être souvent munie d'une dot (argent, maison, vêtements, terrains etc.) La valeur de cette dot varie selon le milieu socio-économique, l'apparence et l'âge de la fille. Les gens qui se marient surtout par arrangement (voir note 49) mettent la dot comme première condition du mariage. Il arrive que des fiançailles se rompent à cause d'un non-accord concernant la somme de la dot. Il est à signaler que dans des mariages d'amour il arrive que la dot tombe automatiquement.

VI. ménagère de 30 ans, mariée depuis 8 ans et mère de deux enfants. Elle a appris l'existence du Centre par une revue. Il y a six mois son mari lui a demandé de divorcer, sans raison valable selon elle, et elle a refusé. Il n'a jamais pu l'accuser d'infidélité, mais il lui reproche de le négliger et de ne pas veiller à l'entretien ménager. Il y a séparation de lit depuis un an, mais interrompue parfois avec des retours provisoires du mari ; ils habitent cependant toujours sous le même toit. Elle soupçonne l'existence d'une tierce personne. Il lui raconte lui-même qu'il fréquente d'autres femmes mais il n'avoue pas vouloir divorcer pour épouser quelqu'un d'autre. Ils sont souvent en dispute et manifestent un désaccord total. On lui a recommandé d'amener son mari au Centre ou de visiter elle-même un psychiatre qui collabore avec le Centre. Elle n'est pas revenue.

Dans plusieurs autres cas, la décision d'un divorce est commune et mutuelle.

VII. Ainsi le cas d'une ouvrière de 27 ans, mariée depuis 9 mois. Après des fiançailles qui ont duré cinq ans, les premiers mois de vie commune ont révélé une incompatibilité complète des caractères. Ils en sont venus ensemble à la décision de divorcer. Elle demande au Centre de l'aide relative à son divorce (42). On lui a recommandé de revenir avec son conjoint. Ils ne sont pas venus.

Mais le désaccord des caractères et les problèmes de personnalité des conjoints n'aboutissent pas toujours à des décisions radicales de dissolution du mariage. Malgré une collaboration difficile, tout espoir d'entente n'est pas abandonné, comme en témoigne l'exemple suivant :

VIII. Une ménagère de 38 ans, mariée depuis 18 ans et mère d'un enfant vient librement consulter au Centre. Elle s'est mariée alors qu'elle était encore aux humanités. Son mari, émigré en Afrique, était revenu en Grèce, son pays d'origine, avec le but de se marier (43). Dès la première rencontre, il la demande en mariage ; elle accepte malgré les objections de ses parents et le mariage est conclu un mois plus tard. Elle raconte que son hymen était très élastique, elle n'a pas présenté au premier jour des signes de rupture ; lorsque la rupture est survenue, elle ne l'a pas rapporté à son mari et il a commencé à l'accuser d'avoir eu des relations préconjugales avec d'autres hommes. Terrorisée et harcelée par son mari, elle avoua des relations préconjugales imaginaires que furent par la suite la source de querelles quotidiennes. Elle quitta plusieurs fois le foyer conjugal pour rentrer dans sa famille.

(42) Cf. RUTLEDGE Aaron L., Should the Marriage Counselor Ever Recommend Divorce ?

(43) C'est une coutume des émigrés grecs qui ont gagné leur vie à l'étranger et surtout en Amérique du Nord et en Australie, de revenir au pays natal pour y choisir une épouse. Un proverbe grec consacre cette coutume par l'expression : "il vaut mieux avoir un soulier de ton pays même s'il est raccommodé."

Cependant chaque fois le mari se repent et il la ramena vivre avec lui. Les querelles n'en demeurent pas moins quotidiennes et elles sont particulièrement vives après un rapport sexuel, lorsque le mari suprêmement irrité l'accuse de "détruire sa vie avec sa 'sale' frigidité". Par ces reproches, le mari a réussi à justifier des relations sexuelles avec les servantes. Il ne s'est pas contenté de faire accepter ces relations par sa femme mais il lui a fait choisir comme servantes des femmes pour lesquelles il avait de l'attrait. Ces femmes d'un niveau culturel très bas et de moeurs très relâchées méprisent la maîtresse de maison. Le mari couche tour à tour avec son épouse, puis avec sa servante, se promenant d'une chambre à l'autre. Il entretient de plus des relations à l'extérieur du foyer avec diverses prostituées ; Il a ainsi contracté à deux reprises des maladies vénériennes qu'il attribue toutefois avec beaucoup de reproches au manque de propreté et d'hygiène de son épouse. Elle décrit son mari comme ayant un caractère très difficile ; il se querelle avec ses propres parents et défend avec âpreté sa liberté dans l'administration de son foyer. Il ne voulait pas avoir des enfants car ils risquaient d'entraver sa liberté. Il accuse sa femme d'être responsable du fils qu'ils ont eu il y a sept ans, car elle aurait voulu ainsi l'obliger et le lier à elle pour la vie.

Elle affirme que l'acte sexuel ne l'intéresse pas et qu'elle y participe sans goût. Elle est jolie et à plusieurs occasions elle aurait pu rendre la pareille à son mari. Elle se contente de le contredire et d'attiser son tempérament colérique. Par ailleurs elle manifeste une foi absolue dans l'honneur de son mari, Des deux, personne ne donne raison à l'autre mais ils s'accusent mutuellement d'être à l'origine de tous leurs problèmes.

Le Centre a recommandé une psychothérapie à chacun des partenaires.

C. PROBLEMES GENETIQUES ET GYNECOLOGIQUES

a. Informations d'ordre génétique

Plusieurs consultants s'interrogent sur les répercussions possibles d'antécédents héréditaires et de maladies spécifiques.

IX. Ainsi un policier d'Athènes, âgé de 39 ans, vient s'informer au Centre des conséquences éventuelles de l'infirmité de sa fiancée lors d'un accouchement. Elle présente selon lui une certaine rigidité dans sa démarche. On lui a recommandé de convaincre sa fiancée de venir au Centre pour des examens en vue de diagnostiquer la nature de son infirmité et permettre ainsi de donner les informations demandées.

X. Dans un autre cas, une mère vient demander des prévisions génétiques pour la progéniture de sa fille. Le frère de son fiancé est un psychopathe et son propre frère, l'oncle de sa fille, est schizophrène. On a recommandé aux intéressés eux-mêmes de revenir. Ils ne sont pas venus.

b. Grossesses indésirables

La constatation d'une grossesse a des effets divers ; pour certains elle est un sujet de joie et le début d'une heureuse attente, pour d'autres elle est une cause d'angoisse et d'afflictions. Plusieurs facteurs internes et externes, passés et actuels conditionnent ces attitudes.

Voici un premier cas où la grossesse apparaît comme un événement totalement indésiré :

- XI. Un jeune employé de banque de 21 ans se présente avec une jeune fille de 22 ans qu'il dit être sa fiancée. Ils désirent un test de grossesse. Ils sont renvoyés au département de stérilité et de fécondité de la maternité "ALEXANDRA", où l'examen se révèle positif. A leur troisième visite au Centre, l'identité réelle du garçon a été révélée ; il s'agit non du fiancé mais du frère de la jeune fille qui voulait l'aider à traverser une étape difficile de sa vie. La jeune fille rapporte qu'elle est enceinte d'un homme qu'elle estime peu et avec lequel elle a déjà rompu. Les deux consultants désirent un avortement pour résoudre le problème. Ils sont renvoyés à une assistante sociale. L'issue n'est pas connue.

Parfois la grossesse est désirée par les fiancés ou du moins par l'un des deux.

- XII. Ainsi une fiancée âgée de 19 ans vient à consulter à cause d'un retard dans son cycle menstruel. Elle avoue ne jamais avoir eu de rapports complets avec son fiancé et l'examen gynécologique révèle un hymen intact. Tous leurs rapports se sont terminés ante portas. Le fiancé, âgé de 29 ans et milicien subalterne dans l'aviation, ne peut se marier avant la fin de ses obligations militaires. De plus ses parents s'opposent à son mariage. La fiancée désire vivement une grossesse qui rende le mariage inéluctable (44). Le test de grossesse s'est révélé négatif, à la grande tristesse de la fiancée !

c. Conséquences d'une peur de la grossesse.

En plus des fiancés, plusieurs femmes mariées venaient au Centre pour obtenir un examen de grossesse. Mais ces consultations ont révélé chez plusieurs une peur intense de la grossesse ("cyésiphobie") dont les conséquences pesaient lourdement sur la vie conjugale et surtout sexuelle.

(44) La coutume grecque, surtout en province, oblige l'homme qui a entretenu des relations sexuelles avec une jeune fille, à l'épouser, sinon les conséquences peuvent aboutir au crime. Cf. à ce propos C. SAFILIOS-ROTSCHILD, An Analysis of Honor Crimes in Greece.

Ces consultants demandaient explicitement des instructions sur les moyens contraceptifs (45).

XIII. Ainsi un jeune représentant de commerce de 29 ans, fiancé depuis deux ans et ayant eu des relations sexuelles incomplètes avec sa fiancée, désire maintenant avoir des relations complètes à la condition d'employer des contraceptifs. On lui a donné des instructions et on lui a recommandé de revenir avec sa fiancée. Il n'est pas revenu.

La peur de la grossesse est souvent responsable de la frigidité de l'épouse.

XIV. Le cas d'une femme de 29 ans, mariée depuis quatre ans et mère de deux enfants en témoigne. Elle vient consulter à l'insu de son mari. Comme seule technique contraceptive, ils pratiquent le "coït interrompu", ce qui a chez elle des effets dyspareuniques joints à une peur intense de la grossesse. On a recommandé à titre d'essai l'utilisation du condom afin de permettre un rapport sexuel complet et sûr. Elle devait revenir après deux mois ; elle n'est pas revenue.

La peur de la grossesse peut avoir chez l'époux lui-même des conséquences importantes et causer chez lui une impuissance partielle.

XV. C'est ainsi qu'un commerçant de 40 ans, marié depuis sept ans et père de deux enfants se plaint depuis deux ans d'érections insuffisantes et d'éjaculations précoces. Il a déjà consulté à ce sujet plusieurs médecins-sexologues et neurologues ; malgré les examens et les traitements médicamenteux il ne constate aucune amélioration. A sa troisième visite au Centre, il demande des moyens contraceptifs car sa femme et lui craignent une grossesse prochaine. On lui fournit des ovariostatiques (Enovid) pour une durée de deux mois. Après ces deux mois il revient et raconte qu'ils n'ont pas utilisé les ovariostatiques car son épouse en a peur, mais plutôt le condom (46). Grâce à ce moyen, il a constaté une très grande amélioration de sa performance (80 % dit-il).

La crainte d'une grossesse, sans être la seule cause influençant la vie sexuelle du couple, est néanmoins très importante. Cependant, le Centre s'est attaché à répondre à ce problème en donnant plus que des renseignements spécifiquement contraceptifs, c'est-à-dire en insistant sur la participation

(45) Le Centre n'a jamais pris l'initiative de donner des instructions sur la contraception, sans la demande explicite du client.

(46) Une enquête de A. DAMIGOU et L. ALEXIOU dans la revue grecque "LE COURRIER" (O TACHYDROMOS) du 8.11.68 révèle que "la majorité des grecques s'oppose à la pilule non parce qu'elles craignent pour leur santé, mais pour celle de l'enfant qui naîtrait éventuellement." La pilule et les grecques.

accrue du couple à sa vie conjugale et sexuelle. Un exemple de cette collaboration mutuelle est le suivant :

XVI. Un aviculteur de 41 ans marié depuis deux ans avec une femme de 32 ans, est père d'un enfant. Il vient d'abord se plaindre de la frigidité de son épouse. On lui recommande de revenir accompagné de celle-ci. A la séance suivante ils sont venus tous les deux et elle révèle son angoisse face à une nouvelle grossesse. On lui donne des ovariostatiques et fait des recommandations à son époux. Après quatre mois, le mari rapporte un intérêt accru de son épouse pour la vie sexuelle mais il croit que celle-ci n'est pas suffisamment détendue après l'orgasme. On lui assure qu'avec le temps cela va s'arranger complètement et qu'il peut revenir dans deux mois. Lorsqu'il revient il rapporte une amélioration continue ; on lui recommande de continuer la contraception et de revenir avec son épouse. Ils ne sont pas revenus.

d. Stérilité du couple et attitudes diverses vis-à-vis de la procréation

La contraception n'est qu'un des problèmes qui préoccupent le Centre, et son opposé, la stérilité en constitue un autre tout aussi important. Ce n'est pas le but de la présente étude d'examiner les motifs de ceux qui désirent avoir des enfants ni de ceux qui s'affligent de n'en pas avoir. Parfois la stérilité ne constitue qu'une demande initiale derrière laquelle se dissimulent plusieurs autres problèmes qui se révèlent tout au long de l'entrevue.

XVII. Un laboureur crétois de 37 ans, marié à l'âge de 24 ans avec une jeune fille de 17 ans présente un cas intéressant de cette problématique de la stérilité. Il vient au Centre tout d'abord à cause de son mariage stérile. Après treize ans de vie conjugale, il est sans espoir d'avoir un jour des enfants. Il est orienté vers le psychiatre qui apprend les faits suivants : Après son mariage, il a appris que son épouse présentait une aménorrhée complète ; un examen gynécologique a révélé une atrophie de la muqueuse utérine rendant impossible la procréation. Mais la stérilité n'est que le premier problème offert par le client. Il est très préoccupé de sa vie sexuelle avec sa femme. Celle-ci présente depuis le début du mariage une frigidité totale et une répulsion vis-à-vis des rapports sexuels. Jusqu'à son mariage le client se portait très bien du point de vue sexuel. Trois mois après son mariage, frustré par le comportement de son épouse, il visite une prostituée et il a une excellente performance avec elle. Cependant il est extrêmement culpabilisé et n'ose plus répéter de telles visites. Il pense intensément à divorcer. La procréation est devenue pour lui une préoccupation continue qui le plonge dans la neurasthénie. Après cinq ans de mariage, il s'est adressé au centre MITERA (47) dans la perspective d'adopter un enfant ; mais on le décourage en lui faisant valoir plusieurs difficultés. A cette époque

(47) Une fondation pour la protection des mères.

son épouse commence à présenter tous les deux ou trois mois un flot menstruel minime. L'idée d'avoir un enfant est devenue pour lui une véritable obsession et le tourmente "jusqu'à la folie". Un jour il présente même une crise aiguë d'angoisse, avec tachycardie, vertige, sueurs abondantes et sensation de mort imminente. Il a alors visité un psychiatre qui lui a prescrit divers médicaments. Depuis lors, il a éprouvé plusieurs crises semblables mais d'une moins grande intensité. Son appétit sexuel a diminué progressivement jusqu'à ce qu'il en vienne à moins d'un rapport par quinze jours, alors qu'auparavant il cherchait un contact quotidien. Il a abandonné toute convoitise extraconjugale. L'idée de divorcer est disparue face à la contrainte morale imposée par son village.

En quatre ans, ses crises d'angoisse se sont inscrites dans des manifestations psycho-névrotiques d'insomnie, d'indolence et d'aboulie qui constituent actuellement la situation clinique de l'individu.

Le Centre a proposé :

- 1° Un examen gynécologique de l'épouse et du client pour établir les probabilités de fécondation. Si la stérilité est établie,
 - 2° envisager l'adoption.
 - 3° Un examen psychologique de la femme et une étude de sa frigidité.
 - 4° Psychothérapie conjointe des époux.
- Pour l'instant, un traitement médicamenteux sédatif leur a été prescrit.

Le cas suivant est caractéristique d'une attitude ambivalente face à la procréation :

XVIII. Une femme de 29 ans, mariée depuis trois ans, vient consulter car elle désire avoir des enfants. Elle a déjà consulté plusieurs gynécologues dont les examens et les médicaments ont été toujours vains. Cette femme a eu sa ménarche à l'âge de 11 ans, mais à 18 ans, son cycle devient irrégulier variant entre un mois et demi et trois mois et la phase pré-menstruelle se caractérise par une fatigue intense. Pendant l'examen, elle dit en avoir assez d'aller d'un médecin à l'autre afin de pouvoir enfanter. Mais lorsque le médecin lui a fait remarquer qu'il est bon d'avoir des enfants, elle répondit d'un ton amer "à quoi bon des enfants ...". Une anamnèse pourrait révéler dans ce cas plusieurs éléments névrotiques présents dans la genèse de sa personnalité.

Mais où situer au juste l'étiologie d'une pareille ambivalence face à la procréation ? La réponse est complexe et difficile. Il semble néanmoins certain que les pressions extérieures du milieu et du conjoint ne sont pas prédominantes, comme dans le cas suivant :

XIX. Une femme mariée de 27 ans vient pour consulter au sujet de la procréation. Au cours d'une entrevue avec le psychiatre elle décrit son mari comme un homme extraverti, pratique, d'organisation minutieuse, calculateur et n'acceptant aucune autre opinion que la sienne. Il envisage la procréation dans une perspective de causalité directe et automatique : avant son ma-

riage on a examiné son sperme et on l'a trouvé normal, il exige donc que sa femme procréé. Mais par les paroles mêmes de la femme le psychiatre a relevé une certaine froideur dans ses relations avec son mari et une grande opposition entre les caractères des deux conjoints, ce qui constitue le terrain des controverses où le problème de la procréation apparaît ici.

Si dans ce cas l'époux "exige" la naissance d'un enfant, le cas suivant nous donne l'exemple d'

XX. Une épouse qui prend l'initiative de visiter le Centre pour demander une insémination artificielle homologue car son conjoint présente une impuissance aux rapports sexuels. On lui recommande de revenir avec son conjoint. Ils reviennent ensemble, ; ils sont mariés depuis quinze mois, le mari est instituteur et âgé de 46 ans, et sa femme est une ménagère, âgée de 35 ans. Le mari se plaint d'incapacité d'éjaculation et de stérilité. Un examen ne révèle rien d'organique et soupçonnant des anomalies psychiques, on l'envoie chez un psychiatre.

Là, il rapporte des érections insuffisantes, une inhibition à l'éjaculation et une interruption de l'acte sexuel. Il demande angoissé l'insémination artificielle de sa femme avec son sperme. Traçant l'évolution de son développement psycho-sexuel, il dit s'être masturbé pendant quinze ans, de l'âge de 11 ans à l'âge de 26 ans. Son premier contact sexuel avec une femme n'a pas réussi ; depuis lors aucune rencontre n'a réussi. Pour réduire son angoisse il a recours à la masturbation ; pendant son mariage ce comportement continue. Le psychiatre conclut à une insuffisance sexuelle liée intimement à un développement dysharmonique de sa personnalité et il émet un pronostic nettement réservé. Il propose d'essayer une psychothérapie. Les conjoints insatisfaits de leur visite à ce psychiatre reviennent au Centre et demandent à en consulter un autre. Chez cet autre psychiatre de nouveaux éléments apparaissent à l'anamnèse. Le mari révèle qu'il a toujours eu peur de l'éjaculation et du mariage.

Il considère son mariage comme l'aboutissement d'une malheureuse conjoncture de faits indépendants de sa volonté ; s'il n'avait été forcé de se marier il serait encore très probablement célibataire. Lorsqu'il était plus jeune, les femmes plus âgées lui plaisaient davantage ; maintenant il préfère les plus jeunes. Dans son rapport au Centre le psychiatre décrit le client comme une personnalité psychopathique caractérisé par des sentiments intenses d'infériorité et une homosexualité latente. Une psychothérapie est recommandée. De retour au Centre, le mari évoque les difficultés que pose l'entreprise d'une psychothérapie, surtout à cause de l'éloignement de son lieu de résidence. On le convainc de commencer sa thérapie pendant les vacances d'été. En ce qui concerne la question de l'insémination artificielle homologue, il est plutôt indifférent ; cependant c'est sa femme que le problème angoisse particulièrement, et elle insiste pour que l'insémination se fasse dès maintenant. On leur a recommandé d'attendre les résultats de la psychothérapie avant d'aborder ce problème spécifique.

La volonté acharnée d'un couple à avoir à tout prix un enfant amène parfois des situations particulières.

XXI. Ainsi un professeur d'Athènes âgé de 36 ans et marié depuis six ans qui est envoyé au Centre par un médecin. Il dit que sa femme est stérile à cause d'une obstruction bilatérale des trompes. Les probabilités de réussite d'une opération sont d'environ 10 %. Sa femme lui suggère d'avoir des relations avec une autre femme et d'obtenir ainsi leur enfant ; ils sont d'accord. Ils légaliseront l'enfant par la suite. Pour réaliser leurs desseins ils demandent s'ils peuvent compter sur l'aide et l'expérience du Centre. On a exposé au mari l'illégalité et le manque d'assise psychologique et morale d'une telle entreprise. On lui a recommandé une tentative d'opération chirurgicale et en cas d'échec l'adoption selon les formes admises.

En d'autres cas, certains couples, aux prises avec des anomalies gynécologiques, ne sont pas angoissés vis-à-vis de la stérilité, qui a sur leur vie conjugale une incidence très relative. Par exemple

XXII. cette jeune femme de 28 ans, employée aux Etats-Unis et mariée depuis six ans avec un homme de 36 ans. Ils viennent tous deux consulter au sujet de l'aménorrhée et de la frigidity de la femme. Celle-ci tout comme son conjoint n'est pas préoccupée par la stérilité ; selon eux, l'aménorrhée cause la frigidity et c'est à ce titre seulement qu'ils s'y intéressent. On leur a recommandé une psychothérapie car l'aménorrhée et la frigidity constituent ici des manifestations psychosomatiques reliées à une causalité névrotique commune, c'est-à-dire l'angoisse de l'épouse pour laquelle une psychothérapie à long terme est indiquée.

L'exposé de ce dernier cas termine le tableau des consultations d'ordre gynécologique et nous introduit aux divers problèmes psycho-sexuels rencontrés au Centre.

D. PROBLEMES PSYCHO-SEXUELS

a. Préoccupations de la vie sexuelle

Les problèmes envisagés ici sont les problèmes de relation et d'activité du couple impliquant comme origine ou noeud du conflit l'aspect sexuel. Ces problèmes sont soit directement perçus comme tels par un ou par deux partenaires, ou bien ils apparaissent comme une solution névrotique créant des répercussions familiales et sociales. La problématique sexuelle avec son rayonnement aux divers niveaux de la personnalité concerne tout homme quels que soient sa condition, son état civil ou son âge.

XXIII. Ainsi un homme de 63 ans, veuf depuis près de quatre ans, vient consulter parce qu'il désire se marier. Cependant, son potentiel libidinal est déficitaire et il demande au Centre de l'aider à retrouver ses pulsions et sa capacité. Il a déjà reçu plusieurs doses de testostérone sans aucun résultat. On lui recommande d'interrompre sa prise d'hormones et on tente de lui faire accepter la disparition de sa jeunesse.

D'autres viennent avant le mariage pour un examen général, pour faire constater leur santé et leur fécondité.

XXIV. Ainsi ce fonctionnaire de 41 ans fiancé avec une assistante sociale de 31 ans. Son principal problème est celui de l'éjaculation précoce ; il n'arrive pas à faire durer l'acte sexuel plus d'une minute après la pénétration. Dans un premier mariage il avait réussi à surmonter cette difficulté, mais pour d'autres raisons il a dû divorcer. Il y a un an, lors d'un séjour d'études à l'étranger, il rencontre sa fiancée qui y étudiait aussi ; ils se connaissaient de longue date et leurs relations ont évolué rapidement vers des relations sexuelles complètes et un désir commun de se marier.

Le problème du client se présente maintenant avec plus d'acuité qu'auparavant car sa fiancée est plus lente que sa première femme et met beaucoup plus de temps à atteindre l'orgasme ; en se forçant à se synchroniser avec elle, à retarder le plus possible son éjaculation, il aboutit invariablement au résultat contraire, ce qui l'angoisse profondément. Il remet donc sans cesse son mariage jusqu'à la résolution de ce problème.

Il a semblé indiqué de discuter son problème au cours de trois ou quatre séances et de l'examiner comme obstacle à son mariage.

D'autres qui demeurent fiancés désirent améliorer leur entente sexuelle.

XXV. Ainsi ce couple constitué par une jeune fille de 30 ans et un policier de 39 ans. Ils sont liés et ils ont des rapports sexuels complets depuis sept ans. Il est le seul avec qui elle ait eu des rapports ; ces rapports sont d'une fréquence de deux par semaine. Depuis deux ans, ils ont eu des malentendus pour des raisons financières ; depuis ces malentendus elle n'éprouve plus l'orgasme et elle repense à leur mésentente au cours des rapports. De plus elle a commencé à se masturber obtenant ainsi un orgasme plus complet et plus rapide. On lui a donné des instructions pour se libérer des inhibitions psychiques et de la masturbation. On a aussi fait des recommandations au fiancé. Elle devait revenir après trois mois. Elle n'est pas revenue.

b. "Dysharmonie sexuelle"

Certaines demandes faites au Centre sont présentées sous le terme de dysharmonie sexuelle ; caractériser une telle demande suppose une référence explicite aux cas rencontrés (48). Ainsi deux exemples de ces demandes sont envisagés ici.

XXVI. Une ménagère d'Athènes âgée de 36 ans vient se plaindre de frigidité. Elle est mariée depuis 10 ans à un maître-comptable de 39 ans. On lui recommande de venir accompagnée de son mari. On apprend qu'au début de leur vie conjugale ils obtenaient régulièrement la satisfaction sexuelle. Depuis la cinquième année, une dysharmonie apparaît, caractérisée par l'absence d'orgasme chez la femme. Au point de vue caractère il ne semble pas exister des désaccords entre eux. Du point de vue médical il est à signaler qu'elle a déjà eu quatre avortement provoqués.

XXVII. Un autre cas de dysharmonie est celui d'une employée mariée depuis quatre ans et mère d'un enfant. Elle a eu quatre avortements provoqués. Elle vient seule et l'époux refuse de venir au Centre. Elle rapporte que quelques mois après le mariage, son mari a commencé à se montrer froid et distant sexuellement. La fréquence des relations sexuelles est de deux à trois fois par mois et ce, après de puissantes exhortations de la femme. Lorsque le mari refuse sous prétexte qu'il est fatigué, il y a de violentes disputes. Elle ne croit pas qu'il soit infidèle mais elle a néanmoins quelques soupçons. On lui a donné des instructions adaptées aux circonstances et des informations sur les moyens contraceptifs. Elle devait revenir rendre compte de l'évolution de sa situation : elle n'est pas revenue.

(48) Notre classification reste empirique. HARNIK décrit la dysharmonie sexuelle en des termes qui sont plutôt applicables au cas XXVII dans son livre Ehekrankheiten, p. 212.

"In der Regel verläuft die Krankheit einer Ehe auf verschiedenen Ebenen. Sie kann auch die sexuelle Gemeinschaft befallen und symptomatisch in ihr zum Ausdruck kommen. Nun gibt es kranke Ehe, welche primär durch eine sexuelle Unangepasstheit geschädigt waren und nur durch eine Sanierung der gestörten Geschlechtsbeziehung zu heilen sind. Die sexuelle Dysharmonie besteht vom Beginn einer Ehe, wenn die starke Gegensätzlichkeit der Temperamente nur auf der sexuellen Ebene zum Ausdruck kommt, etwa bei einer leidenschaftlichen Frau und einem kalten Partner oder einem impulsiven Mann und einer schwerfälligen Partnerin u.ä. Die Unzufriedenheit, die sich durch hässiges Verhalten am Tag bemerkbar macht, verschwindet immer dann, wenn eine für beide Partner beglückende Begegnung stattfindet. Währendem eine schwierige Kontrastehe allgemeiner Natur durch Gespräche mit den Partnern entspannt werden kann, lässt sich die sexuelle Gegensätzlichkeit sehr wenig beeinflussen, weil die damit verbundenen emotionalen Faktoren nur emotionell angegangen werden müssten, wozu der Eheberater keine Möglichkeit hat."

L'exposé de ces cas pose la question des répercussions d'une impuissance masculine, d'une frigidity féminine, d'une dysharmonie sexuelle sur le mariage. Ces conditions conduisent-elles toujours à des conflits et au divorce ? La réponse à ces problèmes sexuels est à rechercher dans chaque cas, dans les potentialités et les tensions profondes de chaque couple ; elle aboutit chez certains à une recherche commune d'une nouvelle voie de pacification, chez d'autres à des crises aiguës et dramatiques.

c. Impuissance et frigidity : réactions réciproques du mari et de la femme

1° Réactions négatives de la femme

L'impuissance sexuelle de l'époux amène des problèmes particuliers et des réactions différentes selon les épouses. Comment est vécu et envisagé cet état pathologique ? Voici des exemples où cette situation est caractérisée.

XXVIII. Le premier cas est celui d'un dentiste de 45 ans marié depuis quatre mois. Il s'est marié le 30 janvier ; le 2 avril sa femme le quitte à cause de sa capacité sexuelle médiocre. Pendant le premier mois du mariage, le client n'a pas eu d'érections, bien qu'il ait eu des éjaculations ; l'épouse s'est impatientée et plusieurs disputes ont eu lieu. Au cours du second mois, son état s'est amélioré considérablement, à un tel point qu'il a réussi à déflorer sa femme. Elle l'a néanmoins quitté, dit-il, en invoquant un prétexte insignifiant. Le client est diabétique et il prend de l'insuline depuis plus de dix ans. Sa faiblesse sexuelle est apparue depuis environ cinq ans et s'est aggravée depuis un an lorsqu'une inflammation de la cuisse a augmenté son diabète et sa souffrance. Deux ans auparavant il a fait "par arrangement" la connaissance d'une dentiste âgée de 27 ans (49) et ils ont décidé de se marier. Il

(49) En Grèce à côté du "mariage d'amour" existe toujours - sans pouvoir toutefois en préciser le pourcentage - le "mariage par arrangement". Ce dernier se produit lorsque c'est la famille (parents, frère, oncles, tantes) surtout de la fille qui s'occupe de lui trouver un mari. La fille n'avait pas jusqu'à maintenant l'occasion de circuler seule et à cause des restrictions imposées par la famille et la société elle ne pouvait pas ainsi se chercher seule un fiancé ; c'était alors l'instance qui imposait les restrictions qui devait faire les démarches nécessaires pour la marier.

Il arrive parfois que des fiancés qui se sont connus de cette manière se voient très peu avant le mariage (cf. le cas XXXV p. 51). Bien sûr les situations changent en Grèce contemporaine mais tout de même la coutume demeure. Le Professeur D. KOURETAS et son assistant E. PAPATHOMOPOULOS dans leur étude Marriage by Arrangement in Greece and its Psychopathology assignent toute une psychopathologie

est devenu de plus en plus amoureux d'elle sans toutefois qu'il y ait eu réciprocité des sentiments. Pendant les fiançailles ils n'ont pas eu de rapports sexuels complets et il l'avait avertie de son état. Pour l'instant il n'y a pas de procédure de divorce d'engagée et son épouse dit qu'elle reviendra si son problème sexuel est réglé. Le psychiatre auquel le patient a été renvoyé, lui a recommandé une série d'entretiens psychothérapeutiques à la fois pour surmonter son état réactionnel actuel et pour éclairer les causes génétiques de son impuissance.

Un autre cas d'impuissance est celui d'

XXIX. un employé privé de 43 ans, marié depuis 16 ans. Il avoue ressentir comme une contrainte désagréable les rapports sexuels avec sa femme. Il se presse de s'acquitter de son devoir conjugal et il essaie de satisfaire son épouse avec des "moyens détournés" car ces érections ont été insuffisantes dès son mariage. Mais cette situation l'afflige énormément car son épouse le surnomme "l'impuissant" et elle menace sans cesse de divorcer. Une fille adoptée qu'ils chérissent tous les deux, est le seul lien de leur mariage. Il confesse avoir des relations sexuelles extraconjugales une fois par mois avec des prostituées et avec celles-ci sa performance est nettement meilleure. Dans ses relations avec sa femme, il imagine à sa place une des femmes avec lesquelles il a des relations extraconjugales et il se stimule ainsi grâce à cette image d'une situation aventureuse. Pendant ses trois années des fiançailles avec sa femme il l'a toujours "respectée". Sa mère s'opposait à son mariage et elle a essayé de l'empêcher tout au long des fiançailles. Le client fait allusion à diverses situations et accidents dans les deux familles, qui justifieraient ses relations insuffisantes avec son épouse. Ces éléments n'ont pas été approfondis, pas plus que la personnalité de son épouse. Le psychiatre a recommandé une participation à une psychothérapie de groupe.

Certaines impuissances masculines relèvent d'une atteinte à l'estime de soi. Cette atteinte peut être infligée par l'épouse que l'ignorance élémentaire des faits sexuels amène à adopter une attitude de mépris vis-à-vis de la virilité de son mari.

XXX. Ainsi un dentiste de 38 ans, marié depuis quatre ans et père d'un enfant vient se plaindre d'une baisse considérable et progressive de son désir sexuel, devenu plus intense au cours des deux dernières années.

à cette sorte de mariages. Des indications dans cette direction existent aussi dans la clinique des cas du Centre mais les éléments apportés n'étaient pas suffisants pour pousser ici davantage nos conclusions. On doit aussi signaler l'existence des agences matrimoniales qui reprennent dans plusieurs cas les "devoirs" de la famille. Mais des agences matrimoniales existent partout dans le monde. Cf. à ce propos le livre de M. M. SCHÖPF, Recht und Praxis der modernen Heiratsvermittlung.

C'est un homme sensible qui s'examine continuellement et qui a recours à l'alcool pour apaiser son angoisse. Il attribue sa situation à une "maladie héréditaire du foie dont son père souffrait aussi". Il connaît sa femme depuis cinq ans. Au cours de leurs fiançailles qui ont duré un an, ils n'ont pas eu de rapports sexuels. Lors de la première nuit, l'épouse ignorant l'anatomie masculine manifesta sa surprise et sa déception quant à la "petite" dimension du pénis de son mari. Celui-ci a été secoué et il fait remonter à cette première nuit le début de ses difficultés sexuelles.

Au début du mariage la fréquence des rapports sexuels était de deux fois par semaine et il tentait de les éviter. Depuis deux ans une crainte permanente de l'échec l'a amené à fuir davantage les rapports avec son épouse. Il lui est arrivé souvent de commencer ces rapports avec une bonne érection et de la voir disparaître aussitôt le coït commencé. A cette époque son épouse s'est fait traiter afin de concevoir. Il y a un mois elle donnait naissance à une fille. Depuis le début de sa grossesse ils ont interrompu les rapports sur l'ordre du médecin et ils ne les ont pas repris. Cette abstinence n'a pas accru le désir du mari. Il a eu des relations sporadiques avec d'autres femmes mais elles ne lui ont jamais procuré une satisfaction complète. On lui a recommandé une psychothérapie.

2° Rupture d'équilibre et réactions négatives du mari

Parfois s'instaure dans un couple une certaine dialectique entre un mari impuissant et une femme frigide. Cependant des incursions extramaritales réussies peuvent rompre cet équilibre et amener le couple à rechercher le divorce ou un nouveau modus vivendi.

XXXI. Un cas de ce genre est celui d'un employé de 50 ans marié depuis 12 ans. Il a appris l'existence du Centre par les journaux. Voici son anamnèse : Il commence ses relations hétéro-sexuelles à l'âge de vingt ans. Sa puissance et son désir sexuel sont médiocres. Lorsqu'à 26 ans il termine son service militaire, il n'a eu au total que cinq relations sexuelles avec des prostituées. Un peu plus tard il a de brèves liaisons avec une personne à laquelle il ne s'attache pas sentimentalement. Sa femme est de dix ans moins âgée que lui, et il a conclu avec elle un mariage par arrangement ; ils travaillent tous deux au même endroit. Leur mariage est un "mariage blanc" car l'épouse est demeurée vierge.

Lors de la première nuit du mariage, il a eu peur d'entre à la maison car la lumière était allumée et il soupçonnait quelqu'un d'y être caché en vue de lui faire mal. Les jours suivants, il ressentit une lourdeur vésicale et il avait l'impression qu'il avait une tumeur de la dimension d'une orange. Il craignait des malheurs imminents et se lamentait au sujet de son inertie sexuelle ; il souffrait alors d'une intense mélancolie, d'insomnies et de cauchemars violents ; il tendait à interpréter sans cesse les réactions de ses collègues, il craignait leurs commentaires et il éclatait parfois dans des colères clastiques. Son épouse présentait de son côté une frigidité et un désintérêt sexuel total ; elle n'a jamais participé aux efforts de son mari et elle n'a fait aucune avance.

Après s'être désolé pendant quatre ans sur son sort et son incapacité le mari a pris conscience qu'en faisant abstraction de la sphère proprement génitale, la vie en commun n'était pas si désagréable après tout. Il s'est senti alors de nouveau sûr de lui et confiant. Avec l'accord de son épouse, il est allé chez une prostituée où il réussit un rapport sexuel après quatre années d'inanition. Dès lors il a continué ces relations avec des prostituées tout en cohabitant avec son épouse. Celle-ci se doute de ces relations et elle insiste qu'il ait des rapports avec elle aussi. Mais le client prétend que son épouse ne l'excite pas du tout, alors que ses relations extraconjugales s'améliorent sans cesse. Il songe présentement au divorce et à un remariage avec une femme qui puisse le stimuler sexuellement. Mais s'il y avait moyen de lui faire réussir des rapports avec son épouse ce serait selon lui une solution plus simple et avantageuse. Le psychiatre lui a recommandé une psychothérapie de groupe et lui a suggéré de faire examiner son épouse. Le client hésite à cause de sa situation financière et de son scepticisme concernant la thérapie.

Si pour certains les incartades extramaritales prennent figure d'épreuve de leur capacité génitale, d'autres y recherchent une tendresse absente de leur foyer, mais ils peuvent alors être confrontés à une impuissance lors de leur retour au lit conjugal.

XXXII. Un maître-mécanicien de 44 ans marié depuis dix ans avec une femme qui a maintenant 45 ans, et père d'une fille, constitue un tel cas. Il se plaint d'insuffisance sexuelle qui l'accable depuis des ans et l'empêche d'avoir des érections suffisantes. Un médecin de la Fondation des Assurances Sociales (I. K. A.) lui a fourni des hormones qui lui ont tout d'abord apporté un soulagement temporaire, mais qui fut rapidement suivi d'une aggravation. Ses relations sexuelles avec sa femme ont débuté trois jours après le mariage et elles ont continué quotidiennement et sans aucun problème pendant huit ans. Mais le mari ressentait avec sa femme un vide affectif et sentimental : "son épouse ne l'a pas aimé comme sa mère et cela lui a laissé un vide dans son âme". Pour essayer de combler ce vide, il s'est lié affectivement avec une autre femme. Cela date de deux ans et coïncide avec sa période d'insuffisance sexuelle. Celle-ci a débuté lorsque le client a tenté ses premiers rapports avec son amie et de là elle s'est étendue à ses rapports conjugaux. L'épouse soupçonne vaguement un tel lien et elle interroge son mari en souriant. Le psychiatre croit que le lien affectif extraconjugal continue aux dépens du surmoi du malade ; son insuffisance constitue une manifestation psychosomatique qui agit comme mécanisme réactionnel et prouve des sentiments ambivalents du client envers sa mère, son épouse et l'autre sexe en général. Il a besoin d'une psychothérapie.

3° Réactions positives de la femme et malaise de l'homme

Dans d'autres cas, l'impuissance du mari est pour lui une profonde affliction

alors même qu'il est accepté et compris par son épouse ; Voici quelques uns de ces cas.

XXXIII. Un agent maritime de 45 ans marié depuis un an avec une femme de 39 ans vient consulter. Au cours de leurs fiançailles ils ont eu des contacts simples n'aboutissant jamais à un acte complet. Ce comportement a continué après le mariage ; les tentatives faites en vue de s'unir complètement se sont toujours soldées par un échec ; malgré de bonnes érections, une détumescence immédiate se produit dès que le mari tente une pénétration ; avec des caresses, il y a retour de la tumescence, mais toujours une éjaculation ante portas. Son épouse le rassure en lui disant qu'elle est satisfaite. Il croit qu'elle parle ainsi par politesse et il est attristé par sa virginité qui perdure. Depuis sa première jeunesse il a eu des relations avec des prostituées ; avec celles-ci il ne s'est jamais posé de problème et bien qu'il y ait parfois eu de légers relâchements de la tumescence pénienne au début des rapports.

Le psychiatre conclut dans son rapport au Centre : "Je crois que le problème tient peut-être à une caractéristique génitale de l'épouse et j'ai recommandé une défloration artificielle". Sur la base de ce rapport on a recommandé à l'épouse de se présenter pour un examen. Le mari a accepté une psychothérapie recommandée par le psychiatre.

XXXIV. Un autre cas est celui d'un employé privé de 33 ans.

Celui-ci consulte au sujet de ses érections insuffisantes. Depuis deux ans il sort régulièrement avec une femme de deux ans son aînée, qui l'accepte malgré son incapacité et qui se contente de ses essais infructueux. Il est personnellement angoissé par ses échecs et il veut rompre avec son amie malgré sa certitude qu'elle l'aime et qu'elle désire l'épouser.

Une brève anamnèse révèle que son angoisse remonte à quelques années lorsqu'une dame l'ayant invité à son domicile pour faire l'amour il échoua ; Cette femme lui tint alors des propos brutaux, orduriers et grossiers qui l'ont profondément marqué.

Ce dernier cas termine les considérations sur les réactions de couples aux prises avec l'impuissance ou la frigidité de l'un ou l'autre des partenaires. Les cas cités ont témoigné de la complexité des situations et de la dialectique sexuelle vécue par les couples.

d. Problèmes psycho-sexuels et influences négatives de la famille

L'harmonie du couple dans la sphère sexuelle suppose un apprentissage commun et mutuel, une progression par essais et erreurs (50),

(50) Ceci est dit dans le sens quotidien des termes et non dans le sens de la théorie de l'apprentissage. Nous devons signaler quand même l'existence d'une tendance contemporaine de conceptualiser la thérapie familiale comme un processus d'apprentissage. Voir à ce propos l'article de Frederick W. HUFF, A Learning Theory Approach to Family Therapy.

une relation de plus en plus intime. L'existence, la préexistence ou l'apparition subite de la frigidité ou de l'impuissance peut constituer le point de départ d'une dysharmonie sexuelle ; ces problèmes majeurs pour la vie et le développement du couple doivent être affrontés et résolus par celui-ci. Si une situation conflictuelle survient et atteint la pulsion sexuelle et si les conjoints choisissent alors de s'emmurer dans leur silence respectif au lieu d'affronter ensemble la situation, la pulsion sexuelle qui est fondamentalement une pulsion de communication aboutit à un sinistre monologue où les conjoints sont déchirés de ressentiment. Fermés l'un à l'autre, ils doivent s'ouvrir à un tiers pour alléger leur problème ; si le tiers choisi est ignorant des dimensions du problème, de l'espoir possible en vue d'un équilibre nouveau, d'une pacification renouvelée, s'il est irrespectueux de l'intimité du lien même précaire qui unit les deux personnes, il risque fort de compromettre tout progrès voire même de créer des douleurs plus profondes et des situations inextricables.

L'importance de l'existence d'un conseiller compétent appuyé par une équipe multidisciplinaire apparaît dans toute sa nécessité dans l'exemple suivant.

XXXV. Un fonctionnaire de 43 ans marié depuis quinze jours arrive au Centre accompagné de son épouse. Après un bref entretien pour situer la nature du problème, ils sont orientés vers le psychiatre. Ils lui rapportent que la nuit des noces, ils ont tenté par deux fois de s'unir mais ils ont échoué car le mari présentait des éjaculations précoces. Il en a été vivement troublé à un point tel qu'il s'est trouvé complètement impuissant et accablé de fatigue et de désordres végétatifs. A l'examen il est dépressif et présente des sentiments aigus d'infériorité : "puisque j'en suis arrivé à ce point, seule la mort peut maintenant me sauver". Il raconte les malheurs de sa vie ; son père est décédé alors qu'il avait cinq ans, puis il y a cinq ans est morte sa mère, pour laquelle il témoignait un attachement total, ce qui l'a laissé complètement désespéré : "tout était fini pour moi" ; mais rapidement il s'est attaché à sa soeur célibataire, avec laquelle il cohabite. De 27 à 33 ans le client affirme avoir eu une vie sexuelle régulière et normale. Puis l'acte sexuel a commencé à lui répugner : "j'avais un dégoût pour les femmes". Il n'avait rencontré sa fiancée qu'une seule fois lorsqu'il a négocié le mariage avec ses parents et il l'a revue trois jours avant le mariage. Il n'a eu aucun contact avec elle avant le mariage. Les époux vivent présentement dans une maisonnette où leur chambre est contiguë à celle de la soeur du mari. Dès le jour du mariage les deux femmes ont commencé à se disputer. La soeur est tyrannique et despotique ; elle veut tout contrôler dans la maison, elle veut fixer l'heure du coucher, elle entre réveiller les jeunes-mariés le matin etc. Les époux ont eu leur échec de la première nuit mais le lendemain

la soeur a demandé à la femme de son frère de fournir l'épreuve de sa virginité (51). Celle-ci fut alors contrainte d'avouer l'échec de son mari. La soeur n'a pas cru cette confession et elle a couru chez les parents de sa belle-soeur pour leur dire que leur fille n'était pas vierge au moment du mariage et qu'elle aurait même déjà été enceinte. Depuis cet événement le client est dans un état de panique et il n'ose plus affronter sa famille.

Dans un deuxième entretien, le psychiatre a constaté le lien affectif qui unissait les deux conjoints et leur inquiétude face à leur situation. L'épouse manifeste beaucoup d'hostilité envers sa belle-soeur et le mari demeure silencieux, ne sachant dans quelle direction s'avancer. On a tenté de les calmer tous les deux et on a proposé des solutions : on lui a d'abord recommandé une psychothérapie accompagnée d'un traitement médicamenteux ; mais le client ne peut supporter économiquement le coût d'une psychothérapie ; toutefois en tant que fonctionnaire, il a droit à des traitements en clinique neurologique ; on lui a proposé d'entrer dans une telle clinique où il pourra profiter des sessions psychothérapeutiques et recevoir son épouse. L'éloignement de l'ambiance créée par sa soeur constitue pour lui le début de la solution. Cependant le client hésite à accepter "car sa famille va discuter les causes de son entrée à la clinique". Le psychiatre le rassure mais il demeure pessimiste et il déclare qu'il veut du temps pour y penser. Il revient alors au Centre et demande s'il doit suivre la solution proposée par le psychiatre ; finalement après la discussion il se refuse à tout traitement. Trois mois plus tard il revient accompagné de son épouse. Ils sont reconnaissants car le psychiatre les a convaincus "qu'ils pouvaient réussir et qu'ils devaient le faire seuls". Quarante jours après leur visite au Centre leur problème sexuel était solutionné. Ils viennent maintenant car il y a un retard des règles de l'épouse.

Ils ont étonnamment changé et le seul soupçon d'une grossesse les remplit de joie. On leur indique où aller pour le test de grossesse et on leur demande de revenir. Le test est positif et on leur donne des instructions pour suivre les soins de la maternité "ALEXANDRA".

Dans le cas suivant on assiste aussi à une influence défavorable de la famille sur le couple. Le mariage s'achemine vers la dissolution malgré l'acceptation par l'épouse de la performance sexuelle de son époux. Le psychiatre a recommandé à celui-ci de faire une psychothérapie de groupe, mais finalement on ignore l'issue du cas.

XXXVI. Le client est un marbrier de 37 ans marié depuis sept mois. Il est d'une famille pauvre dont la mère extrêmement dominatrice et fanatiquement religieuse a toujours réglé ses moindres faits et gestes. Son père, un homme pusillanime, est décédé il y a quinze ans et depuis ce temps c'est lui qui entretient sa soeur et sa mère. Il y a neuf ans,

(51) Surtout la société rurale grecque exige qu'une fille arrive vierge à son mariage. Dans certaines régions la famille du mari exige de son épouse après la première nuit de noces les preuves de sa virginité, soit un drap taché de sang. Les conséquences pour celles qui ne peuvent offrir de preuves sont dures.

il s'était lié avec son épouse actuelle et il eut avec elle des relations sexuelles eupareuniques dès les premières fréquentations ; celles-ci se faisaient en plein air ou à la maison où elle travaillait comme servante. La mère et la soeur craignant de perdre leur soutien financier se sont opposées à ce lien et elles ont menacé les amoureux de leur jeter un sort qui ferait échouer le mariage (52). La nuit même de cette menace, le client fut impuissant pour la première fois. Il fut rempli d'angoisse et il entra en violentes discussions avec sa mère et sa soeur, et aussi sa fiancée ; finalement cette liaison qui avait duré près d'un an s'interrompit et le client resta soumis à sa mère. Ensuite et pendant six ans bien qu'il se sentait lié effectivement à sa fiancée, il interrompit tout contact et toute rencontre ; il essaya pendant cette période d'avoir des rapports avec des prostituées mais il a échoué. Il y a un an sa soeur aînée âgée de 39 ans se maria et sa mère lui permit aussi de se marier (53). Il retrouve alors sa fiancée et reprend les relations sexuelles avec elle. Il se marie peu après. Un violent conflit éclate alors entre l'épouse et la soeur du client. Cette dernière exige que son frère lui verse une partie de son salaire, ce à quoi s'oppose farouchement l'épouse. Ce conflit se représente à l'intérieur du ménage et le mari se plaint que sa femme est dominatrice, bavarde, et qu'elle lui lance des objets ; en retour il la bat. Au point de vue sexuel leurs relations sont régulières mais les érections insuffisantes du mari doivent être compensées par des artifices.

Dans le cas suivant aussi, l'influence de la famille se fait sentir et se répercute directement dans la vie du couple. Néanmoins l'organisation du traitement en fonction du couple et avec une participation des deux conjoints amènera des améliorations considérables.

XXXVII. Un employé d'une société d'assurances, âgé de 38 ans et marié depuis quinze jours se présente au Centre car il n'a pu avoir de relations avec

(52) Il semble qu'en Grèce certaines croyances populaires attribuent, comme dans le cas cité, une grande efficacité aux sortilèges et aux sorts. Au Centre 3 clients ont incriminé des sorts comme responsables de leur impuissance ou de leur frigidité. Il est intéressant de rapporter à ce sujet l'article de A. DAMIGOU, Le fléau social des préjugés, dans "LE COURRIER", 16(1969) 796, pp. 40-41, où elle rapporte une enquête effectuée par G. LYKETSOS et K. PANAGIOTAKOPOULOS sur les Problèmes issus des préjugés envers la maladie mentale ; cette enquête se base sur un échantillon de 500 personnes de tous les coins de la Grèce. Parmi eux un concierge qui habite Athènes depuis 4 ans affirme "qu'une sorcière peut empêcher quelqu'un de pouvoir coucher avec sa femme et qu'elle peut aussi le guérir".

(53) Dans la plupart des familles grecques, le frère est considéré comme le responsable du mariage de ses soeurs et il ne peut se marier lui-même sans s'être d'abord acquitté de ce devoir. Cf. le travail de A. STAVROPOULOS, L'image idéale de l'homme chez la jeune grecque à l'âge où approche le mariage, pp. 38-41.

son épouse à cause d'érections insuffisantes. Il a appris l'existence du Centre par les journaux et c'est avec beaucoup d'angoisse qu'il se confie. Il raconte qu'il a connu son épouse par arrangement. Au cours de dix-sept mois de leur fiançailles ils n'ont pas eu des rapports complets. Sa propre vie sexuelle remonte à l'âge de 18 ans où il entama des liaisons avec des femmes pour lesquelles il avait un intérêt sentimental, et jamais il n'eut d'érections insuffisantes. Pour ses parents et sa mère en particulier il a toujours eu un grand attachement ; sa mère l'avait chargé de s'occuper du mariage de ses soeurs cadettes, et après la mort de celle-ci, il considéra cette tâche comme un devoir. Pour se consacrer à ce devoir, il abandonna à 23 ans ses études à l'Ecole Supérieure des Etudes Commerciales pour travailler comme employé privé et dans ses temps libres comme marchand de glace. A force de travail, il rassembla une somme d'argent importante avec laquelle il fit bâtir une maison à la campagne et une autre à Athènes ; il fit alors des négociations afin de marier ses soeurs. Mais après tant d'années d'efforts en vue de leur bien-être, ni l'une ni l'autre de ses soeurs ne s'est présentée à son mariage. Cette réprobation le secoua violemment et le troubla profondément ; cette réprobation de ses soeurs représentait à ses yeux une opposition de sa mère et tous ses sentiments ambivalents vis-à-vis d'elle ont réapparu et l'on plongé dans une grave dépression. C'est ainsi déprimé et bloqué au point de vie libidinal qu'il échoua dans ses tentatives de rapport sexuel avec son épouse ; cet échec augmenta sa réaction dépressive. Au cours des entretiens, il apparut toutefois que son échec sexuel n'était pas ressenti par lui avec la même force que ses réactions contre ses soeurs et son sentiment de culpabilité envers sa femme. Sa dépression n'était pas très profonde et son estime de soi était assez bien maintenue. Pour mieux connaître le cas, le psychiatre donne un rendez-vous à l'épouse. Celle-ci est une femme belle, sensible et très à l'aise financièrement. Elle est ignorante des questions sexuelles et elle est bouleversée par ce qui afflige son mari. On lui a recommandé des attitudes à prendre vis-à-vis de son mari et de sa famille en vue de l'aider à surmonter le problème actuel. Au mari le psychiatre a prescrit des thymoleptiques et des entrevues de soutien pendant un mois ; éventuellement le psychiatre a l'intention de le faire participer à une psychothérapie de groupe. De retour au Centre, le client rapporte que le traitement entrepris a permis des améliorations et qu'il a réussi une certaine pénétration et des éjaculations intravaginales. Sa femme présente un retard de règles d'une quinzaine de jours. Un test de grossesse est recommandé et il s'avère positif. Avec le temps la vie sexuelle du mari s'améliore constamment.

On a vu dans quelle mesure un traitement psychiatrique adapté joint à une attitude positive de l'épouse a permis de surmonter l'angoisse et l'impuissance. Mais souvent les conjoints plongés dans les problèmes affligeant l'un ou l'autre sont pris par la même angoisse paralysante ; ainsi un comptable de 38 ans heurté par la frigidity et la phobie sexuelle de sa femme, qui perd tout désir sexuel ; ou encore ce représentant commercial de 62 ans marié depuis 29 ans dont les éjaculations précoces ont eu pour conséquence l'insatisfaction de sa femme et la fuite par celle-ci des rapports conjugaux.

e. Problèmes psycho-sexuels et habitudes sexuelles prémaritales

Souvent les difficultés d'ordre proprement sexuel n'ont pour origine ni la famille ni une impuissance ou une frigidity du partenaire, mais des habitudes prémaritales dont les répercussions peuvent se faire sentir longtemps après le mariage.

XXXVIII. Le cas d'un chauffeur de 37 ans, marié depuis plus de deux ans, illustre bien ce type d'origine de difficultés d'adaptation sexuelle. Il a toujours considéré l'acte sexuel comme difficile. Au cours de son service militaire, il a eu des contacts sporadiques avec des prostituées ; un peu plus tard il s'est lié avec une femme mariée qui prenait l'initiative de rapports sexuels où il adoptait un comportement passif. Il sortait la plupart de temps avec des jeunes filles vierges qu'il laissait intactes. Il y a quatre ans, il rencontra son "type" de femme ; il eut avec elle des relations de fellatio pendant un an. A peu près à la même époque il rencontra aussi sa future femme avec laquelle il se fiancera deux ans avant le mariage. Mais il continue néanmoins à fréquenter la première femme pour n'interrompre définitivement ses relations de fellatio que quelques jours avant le mariage. Avec sa femme il tente d'avoir des rapports normaux, mais ceux-ci se soldent toujours par des éjaculations précoces qui laissent sa partenaire vierge après deux ans et demi de mariage. Le psychiatre a posé un diagnostic d'immaturation psycho-sexuelle accompagnée de réactions psychonévrotiques et psychosomatiques. On lui a fourni des tranquillisants avec le but de retarder l'éjaculation et on lui a recommandé la défloration chirurgicale de son épouse ; mais celle-ci s'oppose, selon lui, à une telle intervention. C'est un cas indiqué pour la psychothérapie mais il n'est pas revenu et on ignore l'évolution de son état.

Cependant si l'issue de ce dernier cas n'est pas connue, d'autres cas où des habitudes semblables ont eu des conséquences similaires ont réagi favorablement à une thérapie suivie. Un tel cas est celui d'

XXXIX. un employé de 38 ans qui s'est marié pendant son traitement au Centre. Comme il était l'aîné de cinq enfants il se sentait moralement responsable de l'exemple qu'il donnait à ses frères et sœurs. Il évitait ainsi ouvertement des relations sentimentales avec l'autre sexe, mais dès son adolescence il était habitué d'aller en cachette chez les prostituées. Comme il mettait du temps à être stimulé, les rapports sexuels avec les prostituées commençaient invariablement par le fellatio jusqu'à ce qu'il ait une érection complète. Il s'est maintenant fiancé il y a quelques mois. Il a tenté de s'unir à plusieurs reprises avec sa fiancée mais il a échoué car il n'osait exiger de celle-ci les prologues coutumiers avec les prostituées. Ces échecs l'ont déprimé et sa dépression s'accroît avec l'approche du mariage. Il demeure très lié affectivement avec sa fiancée mais il est harcelé par des remarques de prostituées qui lui reviennent : "Tôt ou tard tu reviendras chez nous" etc.

Le psychiatre a recommandé une psychothérapie avant le mariage et une entrevue avec la fiancée ; il a exposé le cas comme le fait d'un conditionnement et il proposa un reconditionnement sous hypnose comme étant ici la technique la plus appropriée.

Le client est revenu au Centre discuter du traitement proposé ; il refuse d'abord puis après discussion hésite et finalement accepte. Huit mois plus tard il revient au Centre et il annonce qu'il s'est marié et que le traitement lui a permis d'avoir des rapports sexuels normaux sans nécessiter du prolegomène de la fellatio. Deux mois après, il vient annoncer que son épouse est enceinte.

Les cas présentés dans ce deuxième chapitre témoignent de la vie du Centre et illustrent la diversité des problèmes qui y ont été apportés. Nous n'avons pas inclus tous les cas. Une sélection était nécessaire et nous avons opté pour des cas où la problématique de la relation entre deux partenaires était prédominante. Les explications d'ordre théorique des différents problèmes n'ont pas été abondamment utilisées. Nous avons préféré nous limiter à de brefs introductions et commentaires afin de permettre le plus possible au matériel lui-même de parler directement et de témoigner sans carcan explicatif ou justificateur.

D'autres approches sont possibles, tel que l'élaboration théorique de sujets comme la dysharmonie sexuelle, l'interaction névrotique dans le mariage (54) et aussi la dialectique de l'impuissance masculine et de la frigidité féminine des couples mariés (55) ; la discussion peut aussi s'engager sur la question plus vaste de la pathologie et de la thérapie du mariage et de la famille (56). Mais cela dépasserait le cadre du travail de notre mémoire

- (54) Cf. EISENSTEIN Victor W. (ed.), Neurotic Interaction in Marriage.
McGEE Thomas and KOSTRUBALA Thaddeus, The Neurotic Equilibrium in Married Couples Applying for Group Psychotherapy.
- (55) ABRAHAM G., Sexologie clinique.
BERGLER E., Psychopathologie sexuelle. Homosexualité, impuissance, frigidité.
BRICAIRE H., DREYFUS-MOREAU J., Les impuissances sexuelles et leur traitement.
GIESE Hans (Hsg.), Psychopathologie der Sexualität, pp. 374-377.
HESNARD A., La Sexologie normale et pathologique.
RATTNER J., Psychologie und Psychopathologie des Liebeslebens.
ROEN Philip R., Impotence. A Concise Review.
STOURZ H., Die Anorgasmie der Frau.
- (56) Cf. ALEXANDER Irving E., Family Therapy.
BODAMER J., Pathologie und Therapie der Ehe.
BOVET Th., Ehekunde I, pp. 125-139.
DEUTSCH M.A., Research Approach to Family Diagnosis and Treatment.

qui est un bilan analytique et clinique du travail du Centre et non une recherche sur l'étiologie de différents symptômes ou syndrômes, ni une recherche sur les fondements théoriques de diverses explications courantes de ces problèmes.

Dans ce sens on pourrait aussi pousser davantage l'étude des rapports cliniques du psychiatre pour y dégager l'ensemble des données de la constellation psycho-sexuelle pour les différents problèmes, comme par exemple ceux de l'impuissance et de la frigidité. On pourrait alors examiner les corrélations entre les variables d'impuissance et de frigidité et les différents facteurs comme les imago parentales, l'évolution psycho-sexuelle, le contexte socioculturel, le choix conjugal, la belle-famille etc..... Mais encore une fois, cela dépasse les cadres fixés à ce mémoire et de plus le psychiatre a tenu à se réserver cette approche.

Ceci dit, nous pouvons maintenant aborder la dernière partie de notre étude qui tente de jeter un regard critique sur le travail effectué au Centre de consultations prémaritales et conjugales et de formuler les mesures nécessaires pour une aide plus adéquate à la famille grecque.

-
- DICKS H. V., Concepts of Marital Diagnosis and Therapy.
 GOODWIN Hilda M. and MUDD Emily H., Concepts of Marital Diagnosis and Therapy.
 HARNIK Bernard, Ehekrankheiten, pp. 115-124 et 145-219.
 JOHNSEN K. P., Self-Concept Validation as the Focus of Marriage Counseling.
 LESLIE G. R., The Field of Marriage Counseling.
 MANUS Gerald I., Marriage Counseling : A Technique in Search of a Theory.
 POLLAK Otto, Issues in Family Diagnosis and Family Therapy.
 POLLAK Otto, Sociological and Psychoanalytic Concepts in Family Diagnosis.
 SPORAKOWSKI M. J. and MILLS P. R. (Jr.), What's It All About ? An Overview of Family Therapy.

IMPLICATIONS, APERÇU CRITIQUE ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

L'examen du bilan analytique et du bilan clinique nous amène à la fin du présent exposé. Les chapitres précédents ont ordonné et décrit les données obtenues pendant les trente mois de fonctionnement du "Centre de consultations prémaritales et conjugales". Ce Centre est né du souci des membres de la Société Hellénique d'Eugénisme pour le Mariage et la Famille, et a été créé par leur désir d'assister dans cette période de transition la société et la famille grecques en proie à une transformation radicale, de patriarcale et rurale, en urbaine, nucléaire et égalitaire.

Ce Centre était expérimental ; après avoir examiné son fonctionnement et ses buts, on peut sonder ici ses résultats et questionner son utilité. Le Centre, avec les moyens qu'il avait à sa disposition, a-t-il aidé la famille grecque ? A-t-il atteint les buts assignés par son règlement ? Qu'a valu l'investissement pendant plus de deux ans d'un travail dévoué de la part d'une équipe soucieuse des besoins multiples de la famille et du couple ? On peut se demander aussi quelles mesures sont susceptibles d'améliorer le travail du Centre et sa portée face aux données et aux besoins de la société grecque.

Ce court chapitre tentera de répondre à ces questions, d'évaluer en perspective le travail accompli et d'esquisser les moyens d'organiser une aide plus efficace.

Dans l'évaluation du service offert, il faut tout d'abord souligner la bienveillance et la disponibilité des membres du Centre qui ont dispensé leurs connaissances et leur aide avec attention et compétence. Parallèlement, il faut souligner aussi leur ouverture aux diverses problématiques prémaritales, conjugales et familiales. Le Centre était ouvert à tous les problèmes. Mais cette ouverture était-elle réaliste, cadrerait-elle avec les possibilités d'accueil du personnel ? La réponse se doit d'être affirmative, car les membres du Centre avaient eux-mêmes une excellente formation scientifique et par honnêteté professionnelle ils reconnaissaient leurs limites et avaient pris soin de s'entourer de spécialistes dans des branches complémentaires.

Il manquait toutefois dans l'équipe d'accueil et bien que ce soit prévu par les règlements, la présence d'un psychologue avec une formation centrée sur les problèmes psychosexuels et familiaux. Cette absence s'est fait sentir dès le début, et tout problème psycho-sexuel ou de conflit conjugal devait aussitôt être renvoyé au psychiatre.

On a vu déjà que c'était la politique du Centre de renvoyer le client à un spécialiste dès que son problème était perçu, et avant même qu'il entre dans les confidences, de peur qu'il ne puisse se confier par la suite au spécialiste. Cette attitude est prudente et peut se justifier, mais satisfait-elle au fond le client ?

Celui-ci vient parler de sa perception de la situation et il demande surtout une écoute attentive ; souvent il se présente après beaucoup d'hésitation, dans un moment de courage mêlé de crainte, et dès qu'il aborde son problème on lui coupe sa parole et on lui dit qu'il vaut mieux consulter quelqu'un d'autre. Un dialogue si précieusement amorcé et si rapidement rompu ne peut provoquer chez le client qu'une situation insécurisante, surtout si le spécialiste auquel on le réfère est le psychiatre, qui est un personnage craint et mal vu (57).

Le renvoi rapide peut aussi faire songer à l'angoisse et à l'incompétence du conseiller, et ce renvoi risque toujours de fixer la première demande qui n'est au fond bien souvent qu'une entrée en matière, un déguisement pour un problème plus aigu et plus terrifiant ; c'est ainsi que se dissimule parfois sous le problème d'une stérilité de la femme présenté par le mari, celui de sa propre impuissance, ou qu'une demande de pilules contraceptives cache une peur de la grossesse.

(57) "People are reluctant to contact psychiatrists for their own psychological problems and they are also reluctant to advise others to do so. Social or occupational maladjustment, marital difficulties, school difficulties are not considered problems requiring special psychiatric help. They are usually neglected until more serious disturbances develop." George and Vasso VASSILIOU, On the Image of Mental Health Practitioners in Major Athens Area, pp. 13-14. Cf. aussi George and Vasso VASSILIOU, Attitudes of the Athenian Public toward Mental Illness. L'exemple suivant est caractéristique de l'attitude du public. Une jeune fille fiancée qui a visité le Centre a rapporté que ses parents lui ont interdit de visiter le psychiatre "parce qu'il la rendrait folle."

Néanmoins 77 % des gens renvoyés au psychiatre s'y sont rendus, mais on ignore le pourcentage de ceux qui y ont poursuivi un traitement. On peut suggérer que le renvoi s'effectue plus progressivement et d'une manière plus souple, ainsi que la préparation du client à accepter un traitement psychiatrique (58). Il reste que dans la pratique, la confiance des clients allait souvent spontanément à leur premier confident, c'est-à-dire le conseiller du Centre ; plusieurs sont revenus discuter avec lui des recommandations du psychiatre. Il importe donc de permettre cette confiance et d'offrir le dialogue.

La présence d'un psychologue dans l'équipe d'accueil semble d'autant plus nécessaire si on constate que plus de la moitié (56 % cf. tableau 14 a) des cas présentaient des problèmes psycho-sexuels et de désaccords. On peut alors suggérer la création de deux départements au Centre : un département de clinique génétique et gynécologique avec un gynécologue comme directeur, et un département de clinique psycho-sexuelle et de conflits conjugaux et prémaritaux, avec un psycho-sexologue comme directeur. La réceptionniste après que le client ait complété ses données d'identification et formulé le but de sa visite pourrait alors le diriger vers le médecin ou vers le psychologue. Ceux-ci pourraient par la suite éventuellement après l'avoir préparé le référer à un spécialiste, tout en l'assurant de leur entière disponibilité. Ce fonctionnement pourrait donner une aide plus efficace, d'autant plus que tous les collaborateurs du Centre collaborent déjà très étroitement.

Il serait utile et profitable d'introduire au Centre des réunions de synthèse où le personnel permanent et les collaborateurs puissent se réunir et échanger leurs vues sur les divers cas. Ces réunions peuvent aussi avoir un rôle de supervision où chacun réexamine son attitude clinique et approfondit son interaction avec le client.

On a déjà décrit l'attitude du client qui s'amène pour la première fois au Centre, et à ce sujet on pourrait ici critiquer l'utilisation d'une fiche de renseignements et la manière de la remplir. Il y a en effet plusieurs in-

(58) "Another interesting development is the increase in the number of clients who are willing to accept psychiatric treatment when the need is indicated. Although counseling in these cases cannot treat the problem, yet it serves as an important instrument in getting the client in a state of readiness to accept psychiatric treatment.
Patricia SCHILLER, Marriage Counseling in a Legal-Aid-Setting, p. 215.

convénients à ce que le premier contact avec le Centre commence par un "interrogatoire". Si précieuses que puissent être les données contenues dans les fiches, il faut toujours respecter la disponibilité du client à divulguer des données personnelles. Il nous a été possible d'observer (59) que des clients se sont refusés à donner des renseignements par peur surtout d'être identifiés. Pour remédier à cela, la réceptionniste pourrait se contenter de demander au client le but de sa visite pour ensuite le diriger vers le conseiller de l'un ou l'autre département ; ce dernier après avoir écouté et dialogué avec le client pourrait à la fin de l'entrevue lui donner un questionnaire (60) à remplir à la maison et à renvoyer au Centre au moyen d'une enveloppe affranchie prévue à cet usage ; le consultant serait libre d'inscrire son nom. Ce procédé par questionnaire, tout en risquant que tous ne répondent pas, permet néanmoins d'accumuler des données et donne la certitude de ne pas gêner ou d'indisposer le client avant l'entrevue.

On peut aussi faire des objections à une autre pratique du Centre, celle qui consiste à conseiller à un consultant venu seul de revenir avec l'autre partenaire (61). Les trois quarts des consultants auxquels un

(59) Lors de notre stage au Centre pendant l'été 1966.

(60) Voir à ce propos le questionnaire d'Ethel NASH dans NASH E. M., JESSNER L., ABSE W., Marriage Counseling in Medical Practice, pp. 345-350. Une traduction française se trouve dans RUCQUOY G., Principes et méthodes de consultation familiale et conjugale, pp. 37-40. Cf. aussi le "Marriage Counseling Inventory" développé par Alphonse H. CLEMENS, Directeur du Centre de Consultations Maritales de la Catholic University of America et revu par Emile McMILLAN dans Revision of a Marriage Counseling Inventory : Interaction of Husband and Wife, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, 1966. Le texte de cet inventaire nous a été envoyé en photocopie par l'auteur, que nous tenons à remercier ici. On peut trouver le résumé d'un chapitre de sa dissertation dans l'article Problem Build-up : A Description of Couples in Marriage Counseling.

(61) A la base se trouve le principe de la thérapie conjointe (conjoint therapy : both partners are seen together in the same session by the same therapist), une des techniques des consultations conjugales (marital counseling). "On insiste sur le couple comme système social ; donc on sort du champ individuel, tout en respectant précisément l'aspect individuel de l'autre partenaire (dans un système social, il faut que chacun admette l'intégrité de l'autre personne) ; on se focalise sur les relations actuelles du couple. Le passé est laissé relativement de côté." RUCQUOY G. oeuvre citée p. 182.

Sur la thérapie conjointe voir :

LESLIE Gerald, Conjoint Therapy in Marriage Counseling.

SATIR Virginia M., Conjoint Family Therapy.

SATIR Virginia M., Conjoint Marital Therapy.

WRAGE Karl Horst, Paar-Beratung.

tel conseil a été donné ne sont pas revenus. Pourquoi ? On ne peut évidemment ici que risquer des conjectures et des suppositions. C'est peut-être parce que le client perçoit dans ce conseil, l'angoisse ou l'incapacité du conseiller face à son problème, et son désir de temporiser. C'est peut-être aussi parce que le client était venu pour se justifier ou se faire approuver et qu'il est déçu dans ses attentes et voit alors qu'il doit tenir compte du conjoint. Quoi qu'il en soit des raisons évoquées, il reste que l'essentiel est d'entamer le dialogue avec le consultant qui se présente, de le laisser se situer par rapport à l'autre et d'envisager le problème de l'interaction du couple à travers sa perception à lui.

Il reste encore beaucoup de travail à effectuer pour que les consultations prémaritales et conjugales puissent se faire d'une manière adaptée en Grèce. Et tout d'abord il manque à la base, certaines informations nécessaires aux "conseillers conjugaux" pour saisir la réalité contemporaine et de se situer vis-à-vis d'elle.

Les recherches à faire dans ce sens sont très nombreuses. Par exemple, comment sensibiliser les classes les plus défavorisées et les amener à consulter ? Avec quel type de méthode structurer les consultations pour qu'elles soient plus efficaces, plus adaptées au consultant moyen ? L'attitude du Centre qui a été plutôt directive, profiterait-elle d'une approche plutôt non-directive ?

Comment s'adapte le Grec de province qui s'installe dans la capitale ? Quelles sont ses images de la famille et du mariage, et comment diffèrent-elles de celles de la capitale ? Plusieurs conflits dérivent d'attentes et d'images opposées ou contradictoires ; combien de temps demande l'adaptation ? Quelle est l'attitude des jeunes vis-à-vis des relations préconjugales et de la virginité de la fille ? Comment diffèrent dans leurs répercussions le mariage par amour et le mariage par arrangement ? Quelle est l'attitude des Grecs, vis-à-vis de la régulation des naissances et de l'avortement ? Comment sont vécues les relations sexuelles ? Sont-elles considérées comme une valeur ou comme un mal nécessaire ? Quelles sont les répercussions de l'union sexuelle, de l'infidélité du mari ou de la femme sur l'union matrimoniale ? Y a-t-il une double morale ? Si oui, comment est-elle vécue dans la société grecque ?

On ne peut épuiser ici la liste des recherches à effectuer et on doit se contenter de recommander de réunir toute la documentation et les informations existantes, de suggérer que des organismes spéciaux se chargent d'établir des priorités de recherche, de les financer et de les organiser.

Comme on le constate aisément, il y a beaucoup à faire dans le domaine familial en Grèce, et l'urgence s'accroît à mesure que le développement industriel et social progresse. Un réseau de centres de consultations prémaritales et conjugales est à créer dans tout le pays. On doit pour cela prendre en considération le travail effectué par le Centre de la Société Hellénique d'Eugénisme : on doit éviter les défauts et s'approprier les qualités de cette initiative, telles que l'ouverture et l'éventail des perspectives amorcées. On doit aussi créer un "bureau spécial de coordination des centres de consultations" (62) ou un institut d'études familiales qui organisera au niveau national la collaboration de tous les gens intéressés par la question.

Cet institut pourra créer et regrouper les divers centres de consultations. De manière parallèle, l'institut pourra lancer un mouvement de préparation au mariage. Les mêmes forces pourront collaborer à la création de ces deux services.

Pour l'aide et la recherche, on pourra contacter et obtenir les services du ministère des affaires sociales, du ministère de l'éducation nationale, du ministère de la présidence du gouvernement, du ministère de la justice, du ministère de la coordination, et aussi du centre national des sciences sociales et du centre royal de recherches. Comme le mariage en Grèce est uniquement religieux, l'Eglise pourra aussi contribuer avec toutes ses instances, et plus particulièrement ce sera le rôle du comité pastoral du Saint Synode, du bureau de pastorale familiale de l'Archevêché d'Athènes et des divers mouvements religieux. On pourra aussi s'assurer la collaboration d'organisations privées intéressées par le mariage et la famille en Grèce, du Centre de santé mentale et de recherche, de l'Athenian Institute of Anthropos et de la confédération panhellénique des familles nombreuses.

(62) D'ailleurs proposé par le Comité de politique démographique dans son rapport du juin 1968 pp. 23-24.

Des gens de toute formation, médecins, prêtres, psychologues, instituteurs, sages-femmes, assistantes sociales pourront de façon coordonnée collaborer et apporter une aide efficace au bien être de la famille grecque. Il importe que ces gens soient formés, qu'ils voient les buts vers lesquels ils travaillent et qu'ils aient à coeur de les réaliser. Pour situer le sens de leur engagement il est utile de méditer à nouveau le texte suivant :

"L'institution de la 'famille grecque' ayant subi l'épreuve implacable de l'histoire, a démontré sa vivacité et ses grandes possibilités éducatives. Mais actuellement elle se sent menacée, si les processus socio-économiques en voie de développement dans le pays ne sont pas apprivoisés par les institutions culturelles et les sciences humaines du pays de telle façon que leur développement soit harmonisé avec l'évolution générale de la société grecque" (63).

(63) VASSILIOU G., A Preliminary Exploration of Variables Related to Family Transaction in Greece, p. 154.

R E S U M E

Dans le développement social et industriel actuel, la famille contemporaine affronte des problèmes nouveaux et de plus en plus complexes. Des centres de consultations axés sur ces problèmes ont été créés pour lui fournir une aide adaptée et compétente.

En Grèce où les problèmes de la famille, de la sous-natalité, de l'avortement et de la contraception se posent avec acuité dans une structure sociale où le rôle de l'Eglise est très important, la Société Hellénique d'Eugénisme a expérimenté un centre de consultations prémaritales et conjugales afin de saisir les particularités de la situation grecque et d'organiser ainsi par la suite des mesures réellement appropriées. La présente étude situe ce centre, en examine le fonctionnement, en dresse un bilan analytique et clinique, et se termine par un coup d'oeil critique et prospectif.

Le premier chapitre dresse d'abord le bilan analytique du fonctionnement du centre. L'équipe y est décrite ainsi que le mode et la durée du fonctionnement. Les caractéristiques des consultants et de leurs demandes sont ensuite examinées : qui est venu ? combien sont venus ? pourquoi sont-ils venus ? que leur a répondu le centre ? quels résultats ont été obtenus ?

Le second chapitre dresse ensuite le bilan des cas cliniques où ceux-ci sont étudiés dans leur particularité, leur diversité et leur évolution. Les problèmes sont envisagés en trois sections : d'abord les problèmes généraux de désaccord, puis les problèmes génétiques et gynécologiques, et enfin les problèmes psycho-sexuels. Pour témoigner de la vie du centre et de la nature des problèmes, l'exposé a préféré permettre le plus possible aux cas eux-mêmes de parler directement plutôt que de les enfermer dans des cadres et des discussions étiologiques précises et approfondies.

Le chapitre final jette un regard critique et prospectif sur le travail du centre et sur ses perspectives d'avenir. Son ouverture, sa disponibilité et sa compétence y sont soulignées ; l'absence d'un psychologue, des renvois trop hâtifs, des exigences trop sévères, des formalités administratives anxigènes y sont discutées. Des recherches sont ensuite suggérées en vue de mieux connaître et de mieux aider la famille grecque. La création d'un centre de coordination est proposée en vue d'établir les priorités de recherche et de faciliter la collaboration des diverses sources déjà existantes d'aide à la famille. L'insistance est mise sur la formation de personnel compétent et sur la formulation de buts réalistes. C'est dans cette perspective que la création d'un réseau de centres de consultations et que des cours de préparation au mariage sont envisagés.

ANNEXE I

SOCIETE HELLENIQUE D' EUGENISME
CENTRE DE CONSULTATIONS PREMARITALES ET CONJUGALES
REGLEMENT INTERIEUR

A. BUT

1. Le but du centre est d'effectuer un examen médical et de dispenser des conseils biologiques, médicaux, sociaux et juridiques aux futurs conjoints et aux gens mariés.
2. Ce but va être propagé par des conférences et les autres moyens de diffusion publique et répandu par des équipes spéciales dans tout le pays ; la population sera ainsi sensibilisée à des problèmes, consciente de la nécessité d'une aide compétente et informée de son existence .
3. La formation du personnel est médicale et paramédicale en vue de la diffusion et de la réalisation des buts du centre et aussi en vue d'effectuer des recherches ultérieures dans ce sens.

B. SERVICES QUI SERONT OFFERTS**1. Examens prémaritaux**

- a. Examen du système génital des deux futurs conjoints.
- b. Examen d'autres systèmes organiques.
- c. Examens généraux ou spéciaux de laboratoire.

2. Conseils aux futurs conjoints

La nature et le nombre des conseils dépendra des besoins du couple tels qu'évalués par une équipe médico-psychologique sur la base d'une anamnèse détaillée.

Les conseils seront dispensés d'abord par le médecin, puis éventuellement par le psychologue ou l'assistante sociale.

Ils comprendront :

- a. Des éléments d'anatomie et de physiologie de la reproduction à

l'aide de modèles et de diagrammes spéciaux.

- b. Adaptation sexuelle du couple
 - 1. Différences entre l'homme et la femme
 - 2. Préparation sexuelle
 - 3. Orgasme
 - 4. Problèmes sexuels
- c. Planification familiale - Moyens de contrôle physiologique des naissances
- d. Facteurs sociaux et psychologiques de l'hygiène du mariage
- e. Compréhension entre époux - Facteurs de personnalité - Conflits - Divorces - Problèmes financiers
- f. Génétique

3. Conseils aux gens mariés

- a. Grossesse avant le mariage
- b. Anatomie et physiologie du système génital
- c. Planification familiale
- d. Age et intervalles intergénésiques de procréation
- e. Moyens de contrôle de la fécondité
- f. Problèmes sexuels
- g. Anomalies du cycle menstruel
- h. Stérilité
- i. Problèmes génétiques
- j. Adoption
- k. Physiologie de la grossesse et de l'accouchement
- l. Maladies et accidents de la grossesse
- m. Ménopause

C. ADMINISTRATION

1. Le centre va constituer un département particulier de la Société Hellénique d'Eugénisme (S. H. E.).
2. Un Comité de trois membres désigné par décision du Conseil d'Administration de la S. H. E. va exercer une surveillance immédiate et définir les modalités de l'action du Centre.
3. Un membre du Comité - médecin - va assumer le rôle de Directeur du Centre et en sera le représentant.

D. CADRES

1. Personnel

- a. Médecin
- b. Sage femme auxiliaire ou soeur visiteuse
- c. Psychologue
- d. Aide-Secrétaire, Assistante Sociale

2. Collaborateurs permanents

Ils seront des médecins de presque toutes les spécialisations et en plus des sociologues, avocats, théologiens, assistants sociaux spécialisés.

Ces collaborateurs seront choisis d'après les décisions du Comité de trois membres du Centre et ils fourniront alors des services spéciaux ou selon le cas dispenseront des conseils plus généraux. Des chercheurs et médecins intéressés par les buts du Centre et travaillant dans ce sens ou dans les domaines connexes seront surtout choisis comme collaborateurs.

E. EMPLACEMENTS NECESSAIRES ET INSTALLATION

1. Emplacements nécessaires

- a. Salle d'attente
- b. Bureau d'accueil et de l'assistante sociale
- c. Bureau du médecin et salle d'examen
- d. Bureau du psychologue

La salle d'examen doit comprendre une table gynécologique, un lit d'examen, ainsi que des modèles et diagrammes spéciaux pour l'enseignement des fonctions reproductrices humaines.

2. Installation

Le Centre sera installé dans l'aile d'Obstétrique des dispensaires externes de la Maternité "ALEXANDRA". Un écriteau y décrira le fonctionnement du Centre. La salle d'attente, le bureau des médecins, le bureau de l'assistante sociale, la salle d'examen et la salle d'exercices existant pour les discussions des couples en groupe seront utilisées.

F. MODE DE FONCTIONNEMENT

1. A l'arrivée du couple ou d'un des conjoints ou des futurs conjoints l'assistante sociale assurera l'accueil.
2. L'inscription des premiers éléments sera faite par l'assistante sociale au moyen d'une fiche spéciale (voir annexe II).
3. Examen séparé par le médecin de chaque futur conjoint
4. Enregistrement d'une anamnèse détaillée au moyen de deux fiches spéciales (voir annexe II).
5. Les examens nécessaires de laboratoire peuvent être effectués à la Maternité "ALEXANDRA" ou dans un laboratoire privé selon le désir des examinés : Des examens hématologiques spéciaux et d'autres tests particuliers seront envoyés à des spécialistes. Tous ces examens seront fournis gratuitement.
6. Les problèmes d'hérédité et tous les problèmes religieux, juridiques ou psychologiques que le médecin ne peut résoudre seront renvoyés aux collaborateurs permanents.
Le renvoi sera effectué comme suit :
 - a. Si le médecin juge que l'examiné a besoin d'un examen particulier par un spécialiste, il choisira celui-ci sur la liste des collaborateurs permanents et l'assistante sociale en discutera avec le client et prendra un rendez-vous pour lui chez le spécialiste.
 - b. Si la solution du problème exige une discussion avec un spécialiste du Centre le médecin ou le psychologue s'en chargera.
7. La réponse concernant le pronostic d'une aggravation héréditaire sera donnée par le Médecin du Centre uniquement au membre intéressé et non au couple.
8. Pour des examens d'autres systèmes organiques le couple sera renvoyé à d'autres spécialistes.

G. AUTRES ACTIVITES

Sous les instructions du Directeur du Centre seront développées d'autres activités parallèles.

1. Création d'un bureau spécial et permanent ou seront installés à plein temps le psychologue et l'assistante sociale-secrétaire. L'installation du bureau doit être faite hors de la Maternité et constituera une unité indépendante.
2. Le Centre par ce Bureau spécial prendra contact avec tous les organismes en Grèce qui s'occupent de problèmes semblables et aussi avec tous les organismes semblables à l'étranger.
3. Il donnera les informations nécessaires sur l'activité du Centre soit à des organismes soit à des individus.
4. Il donnera des réponses par correspondance à tout solliciteur d'information.
5. Il rassemblera du matériel bibliographique sur des secteurs relatifs aux activités du Centre.
6. On tentera d'imprimer des articles spéciaux ou des brochures sur des sujets relatifs aux intérêts du Centre ; on les distribuera aux consultants et à d'autres organismes. Les articles proviendront de traductions d'auteurs étrangers valables ou d'auteurs qui s'occupent de ces sujets en Grèce.
7. Il entreprendra de propager les activités du Centre par la presse, la radio ou d'autres moyens de diffusion.
8. Il entreprendra l'organisation des conférences par des spécialistes. Ces conférences seront annoncées d'avance et s'adresseront à tous les intéressés. Les conférences auront lieu dans une salle spéciale ou en cas de participation nombreuse à l'amphithéâtre de la Maternité "ALEXANDRA".
9. Il entreprendra l'étude d'anamnèses de couples pour arriver à des conclusions qui contribueront à la promotion et au renouvellement du fonctionnement du Centre.

10. Il entreprendra le recrutement de futurs collaborateurs du Centre. Leur formation sera assurée par un personnel médical et paramédical. On se souciera de former des médecins, sages-femmes et assistantes sociales en vue de leur installation dans d'autres villes de Grèce de telle sorte que seront ainsi assurés des cadres convenables pour la création des centres similaires dans toute la Grèce.
11. Il entreprendra la création de contacts avec des chercheurs et spécialistes qui travaillent dans des domaines relatifs aux intérêts du Centre ; ils seront invités à donner des conférences.
12. Il entreprendra la promotion de la recherche dans les domaines d'intérêt du Centre.

H. COUT DU FONCTIONNEMENT *

1. Personnel permanent

- a. Médecin-Directeur
- b. Psychologue
- c. Assistante sociale
- d. Sage-femme ou soeur visiteuse

Durant la première année du fonctionnement du Centre le Médecin-Directeur et ses collaborateurs permanents fourniront leur travail gratuitement. Plus tard on donnera un traitement au Médecin et on désignera des prix de visites aux collaborateurs spéciaux.

2. Installation permanente du bureau spécial
3. Coût d'installation du bureau spécial et achats des modèles spéciaux.
4. Dépenses pour le matériel de bureau et les fiches imprimées.
5. Dépenses futures pour l'impression des brochures, articles etc. et aussi du matériel de diffusion.

* Nous donnons les secteurs qui doivent être financés sans inclure des sommes précises d'argent qui dépendent toujours du coût de la vie actuel.

I. SOURCES DE FINANCEMENT

1. Ministère des Affaires Sociales. Il lui est possible d'accepter de payer les traitements du personnel permanent et l'installation du bureau.
2. Subventions spéciales de la part des organismes s'intéressant aux domaines d'activité du Centre en Grèce et en dehors du pays.
3. Demandes de subventions de recherche.
4. Dons privés
5. Souscriptions de réclame.

ANNEXE IIFICHE DES CONSULTANTS

SOCIETE HELLENIQUE D'EUGENISME

	NUMERO D'ORDRE	ANNEE
CENTRE DE CONSULTATIONS	DATE	
PREMARITALES ET CONJUGALES	MODE DE RECRUTEMENT	

CELIBATAIRE
 VENU AVEC (le ou la)

MARIE
 NUMERO D'ORDRE

NOM
 ADRESSE
 LIEU D'ORIGINE
 MARIAGES PRECEDENTS

PRENOM AGE
 TELEPHONE
 RESIDENCE PERMANENTE
 GROSSESSES
 AVORTEMENTS
 FAUSSES COUCHES

BUT DE LA VISITE :
 DIAGNOSTIC :

RELIGION
 INSTRUCTION
 DUREE DE CONNAISSANCE
 DATE DU MARIAGE

PROFESSION
 FIANCAILLES

ANAMNESE FAMILIALE

Etes-vous parents ?

De quel degré ?

Parmi vos parents proches ou éloignés, de la lignée de votre père ou de votre mère, a-t-il existé ou existe-t-il des maladies comme le retard mental, la neurasthénie, la psychopathie, des évanouissements, des spasmes,

des suicides, l'alcoolisme, l'abus de stupéfiants, la tuberculose, le diabète, l'asthme, la cécité, la surdité ou n'importe quelle autre maladie qui était considérée par votre famille comme héréditaire ?

De la lignée paternelle :

De la lignée maternelle :

ANAMNESE DU MALADE

- A. Maladies antérieures :
1. Quelles maladies avez-vous eues dans le passé ?
 2. Avez-vous déjà subi une opération ?
- B. Maladies nerveuses :
1. Avez-vous déjà eu une maladie du système nerveux ?
(ébranlement nerveux ou troubles mentaux ou peurs ou évanouissements ou spasmes ou troubles de la personnalité).
- C. Problèmes sexuels :
1. Connaissez-vous les différences somatiques entre l'homme et la femme ?
 2. Pensez-vous que vous avez des craintes ou des désirs spéciaux dans votre vie sexuelle ?
 3. Voulez-vous discuter avec nous de votre vie sexuelle antérieure, de vos habitudes ou encore de problèmes qui vous préoccupent pour l'avenir ?
 4. Avez-vous discuté de problèmes sexuels avec votre fiancé(é) ?
- D. Problèmes de grossesse :
1. Avez-vous des questions relatives à la fécondation et à la grossesse ?
 2. Ressentez-vous des craintes concernant une grossesse future ou un accouchement ?
 3. Qu'est-ce que vous voulez apprendre sur les problèmes de la fécondation et de la grossesse ?

E. Contraception

1. Avez-vous décidé d'avoir des enfants et combien ?
2. Voulez-vous avoir des enfants maintenant, plus tard ou pas du tout ?
3. Connaissez-vous des moyens existant pour éviter une grossesse indésirable ?
4. Quelle sorte d'informations désirez-vous avoir concernant la reproduction et la contraception ?

(Signature)

REMARQUES

ANNEXE IIICODE

Code

DONNEES D'IDENTIFICATION

- | | |
|---------------------|---|
| 1 | Numéro d'ordre |
| 2 | Année |
| 3 | Sexe |
| 4 | Age |
| 5 | Age du partenaire |
| 6 | Date de la première visite |
| 7 | Nombre des visites |
| 8 | Mode de recrutement |
|
 | |
| <u>Etat civil :</u> | |
| 9 | Célibataire |
| 10 | Engagé |
| 11 | Fiancé |
| 12 | Marié |
| 13 | Veuf |
| 14 | Séparé |
| 15 | Divorcé |
|
 | |
| 16 | Venu(e) seul(e) |
| 17 | Venu(e) accompagné(e) |
| 18 | Numéro d'ordre de celui (celle) qui l'a accompagné(e) |
| 19 | Année |
|
 | |
| 20 | Lieu d'origine |
| 21 | Lieu de résidence permanente |
| 22 | Mariages précédents |
| 23 | Grossesses |
| 24 | Avortements |
| 25 | Fausses couches |

Code

- 26 Enfants d'un mariage précédent
27 Enfants du mariage présent
- 28 Religion
29 Profession
30 Instruction
- 31 Durée de connaissance
32 Durée des fiançailles
33 Durée du mariage
- ANAMNESE FAMILIALE
- 34 Degré de parenté
35 Maladies de la lignée paternelle
36 Maladies de la lignée maternelle
- ANAMNESE DU MALADE
- 37 Maladies antérieures
38 Opérations
- 39 Maladies du système nerveux
- Problèmes sexuels :
- 40 Différences corporelles homme-femme
41 Craintes
42 Désirs
- 43 Discussion sur la vie sexuelle précédente avec le Centre
44 Discussion sur la vie sexuelle présente avec le Centre
45 Discussion sur la vie sexuelle future avec le Centre
- 46 Discussion sur la vie sexuelle avec le (la) fianca(e)
- Problèmes de grossesse :
- 47 Questions
48 Craintes
49 Informations

Code

Contraception :

Enfants

- 50 Combien
- 51 Maintenant
- 52 Plus tard
- 53 Pas du tout

- 54 Moyens d'éviter une grossesse indésirable
- 55 Informations concernant la reproduction et la contraception

- 56 But de la visite
- 57 Diagnostic
- 58 Renvoi à un spécialiste
- 59 Recommandation

- 60 Mariage d'amour
- 61 Mariage par arrangement

- 62 Remarques

ANNEXE IV

TABLEAUX ET GRAPHIQUE

1. Tableau synoptique sur quelques données d'identification des consultants du "Centre de Consultations Prémariatales et Conjugales" qui a fonctionné du 22 février 1966 au 5 juillet 1968.	p. 73
2. Distribution mensuelle des consultations.	74
3. Tableau des consultants par sexe, état civil, consultations seuls ou accompagnés.	75
4. Tableau comparé du nombre des consultations et des consultants.	76
5. Nombre total des consultations par sexe et état civil des consultants.	76
6. Nombre de consultations par consultant.	76
7. Nombre de consultations par sexe et état civil des consultants.	77
8. Mode de recrutement.	77
9. Lieu de résidence permanente.	78
10. Niveau d'instruction par sexe.	78
11. Consultants par groupes de professions et par sexes.	79
12. Age des consultants.	79
13. Durée du mariage à la première consultation.	80
14a. Motifs pour lesquels les gens consultent (en général).	82
14b. Motifs détaillés des consultations.	83
15. Durée du mariage et motifs des consultations.	84
<u>Graphique.</u>	
Durée du mariage à la première consultation.	81

TABEAU 1 : Tableau synoptique sur quelques données d'identification des consultants du "Centre de Consultations Préméritales et Conjugales" qui a fonctionné du 22 Février 1966 au 5 Juillet 1968.

	Total	Sexe		Etat Civil		
		hommes	fémmes	céliba- taires	marés	mariés
Jours de consultations	74					
Heures de consultations	148					
Nombre des consultants	205	114	91	28	40	137
Nombre des consultations	273	172	101	42	55	176
Venus seuls	142	89	53	25	26	91
Venus accompagnés	63	25	38	3	14	46
Région d'Athènes	173	94	79	20	33	120
Reste de la Grèce	25	17	8	8	4	13
Niveau d'instruction: supérieur	114	69	45			
" " : inférieur	58	29	29			
Professions supérieures- moyennes	86	60	26			
Ouvriers	44	40	4			
Population non active	63	9	54			
Agés de 18-34	103	43	60	18	28	57
35-44	76	49	27	9	11	56
45 et +	26	22	4	1	1	24
Durée du mariage - 5	79	35	44			
5 et +	58	30	28			

TABLEAU 2 : Distribution mensuelle des consultations.

	22 Février - Fin Décembre 1966												total										
	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Octobre	Novem.	Déc.	%	N	%	N								
Jours de consultations	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	42										
Consultations (% h)	3	24	9	11	4	23	8	42	16	19	7	19	7	21	8	15	5	18	7	12	4	213	78
Nouveaux cas (% v)	100	15	63	9	82	17	74	36	86	13	69	12	63	14	67	8	53	15	83	9	75	157	74

	Janvier - Mai 1967						Février 66		TOTAL								
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	total	6.7.67	5.7.68	N	%							
Jours de consultations	2	3	3	2	2	13	19	55	74								
Consultations (% h)	4	7	2,5	5	2	9	3,5	5	2	37	14	250	92	23	8	273	100
Nouveaux cas (% v)	5	45	6	86	3	60	7	78	4	80	25	68	182	73	100	205	75

N. B. % h = pourcentages faits dans le sens horizontal
 % v = pourcentages faits dans le sens vertical.

TABLEAU 3 : Tableau des consultants. par sexe, état civil ; consultations seuls ou accompagnés .

Etat civil	Total		SEULS				ACCOMPAGNES											
	N	%	Hommes		Femmes		total		Hommes		Femmes							
			N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h						
Célibataires	28	14	23	82	5	18	25	89	21	84	4	16	3	11	2	66	1	34
Fiancés	40	20	26	65	14	35	26	65	19	73	7	27	14	35	7	50	7	50
Mariés	137	66	65	47	72	53	91	66	49	54	42	46	46	34	16	35	30	65
Total	205		114	56	91	44	142	69	89	63	53	37	63	31	25	40	38	60

TABLEAU 4 : Tableau comparé
du nombre des consultations et
des consultants.

	Consultants		Consultations	
	N	%v	N	%v
1	162	79	162	59
2	29	14	58	21
3	8	4	24	9
4	2	1	8	3
5	3	1,5	15	5
6	1	0,5	6	3
	205		273	

TABLEAU 5: Nombre total des Consultations
par sexe et état civil des consultants.

	Total			Hommes			Femmes		
	N	%v	N	%v	N	%v	N	%v	N
Célibataires	42	16	37	22	88	5	5	12	
Fiancés	55	20	37	22	67	18	18	33	
Mariés	176	64	98	56	56	78	77	44	
	273		172		63	101		37	

TABLEAU 6 : Nombre des consultations par consultant.

Total	Célibataires						Fiancés						Mariés										
	Hommes		Femmes		total		Hommes		Femmes		total		Hommes		Femmes		total						
	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h					
1	79	49	83	51	14	79	5	21	19	12	20	65	11	35	31	19	45	40	67	60	112	59	
2	29	14	23	79	6	21	7	24	7	24	4	67	2	33	6	21	12	75	4	25	16	55	
3	8	4	6	75	2	25	1	12,5	1	12,5	1		1		1	12,5	5	83	1	17	6	75	
4	2	1	2				1				1				1	50	1			1	50	1	
5	3	1,5	3				1				1				1	33	2			2	67	2	
6	1	0,5	1																				
205	114	56	91	44	23	5	28	14	26	14	40	19	65	72	137	67							

TABLEAU 7 : Nombre des consultations par sexe et état civil des consultants .

Total	Célibataires						Fiancés						Mariés											
	Hommes		Femmes		total		Hommes		Femmes		total		Hommes		Femmes		total							
	N	%v	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h						
1	162	59	79	49	83	51	14	74	5	26	19	12	20	65	11	35	31	19	45	40	67	60	112	69
2	58	21	46	79	12	21	14	14	4	24	14	24	8	67	4	33	12	21	24	75	8	25	32	55
3	24	9	18	75	6	25	3	3	3	12,5	3	12,5	4	4	3	12,5	3	15	15	83	3	17	18	75
4	8	3,5	8										5	5	5	33	5	50	4	4	4	4	4	50
5	15	5	15										6	6	6	33	6	33	10	10	10	10	10	67
6	6	2,5	6																					
	273		172	63	101	37	37	5	42	15	37	18	55	20	98	78	176	65						

TABLEAU 8 : Mode de recrutement.

	N	%v
Libre	107	52
Presse-Radio	53	26
Médecin, Psychologue	35	17
Relations	4	2
Pas de renseignements	6	3
	205	

TABLEAU 9 : Lieu de résidence permanente.

	Total		Hommes		Femmes		Célibataires		Fiancés		Mariés				
	N	%v	N	%h	N	%h	H.	F. t.	H.	F. t.	H.	F. t.			
Région d'Athènes	173	85	94	54	79	46	16	4	20	22	11	33	56	64	120
Reste de la Grèce	25	12	17	68	8	32	7	1	8	2	2	4	8	5	13
Sans renseignements	7	3	3	43	4	57				2	1	3	1	3	4
	205		114		91		23	5	28	26	14	40	65	72	137

TABLEAU 10 : Niveau d'instruction par sexe.

	Total		Hommes		Femmes	
	N	%v	N	%v	N	%v
Supérieur (Enseignement supérieur et secondaire)	114	56	69	61	45	50
Inférieur (Enseignement primaire et technique)	58	28	29	25	29	31
Sans renseignements	33	16	16	14	17	19
	205		114		91	

TABLEAU 11. : Consultants par groupes de professions et par sexes.

	Total		Hommes		Femmes	
	N	%v	N	%v	N	%v
Professions libérales, techniciens, directeurs et cadres administratifs supérieurs.	31	15	22	20	9	10
Employés de bureau et vendeurs	55	27	38	33	17	19
Agriculteurs, travailleurs - ouvriers	44	21	40	40	4	4
Activité ménagère	51	25			51	56
Ecoliers - étudiants	9	4	6	5	3	3
Pensionnés	3	2	3	3		
Profession non déclarée	12	6	5	4	7	8
	205		114		91	

TABLEAU 12 : Age des consultants.

	Total N	Hommes		Femmes		Célibataires total		Fiancés total		Mariés total													
		N	%h	N	%h	N	%h	N	%h	N	%h												
18-34	103	43	42	60	58	13	72	5	28	18	18	16	57	12	43	28	27	14	25	43	75	57	55
35-44	76	37	49	64	27	36	9		9	12	9	82	2	18	11	14	31	55	25	45	56	74	
45 et +	26	13	22	85	4	15	1		1	4				1	4		20	83	4	17	24	92	
	205	114		91		23	5	28	26	14	40	65	72	137									

TABLEAU 13. : Durée du mariage à la première consultation

	Total		Hommes		Femmes	
	N	%v	N	%v	N	%v
1 à 6 mois	12	9	9	14	3	4
7 à 12 mois	37	27	15	23	22	31
Première année	49	36	24	37	25	35
13 à 18 mois	5	4	3	5	2	3
19 à 24 mois	12	9	4	6	8	11
Deuxième année	17	13	7	11	10	14
Troisième année	6	4	1	1	5	7
Quatrième année	7	5	3	5	4	5
- 5	79	58	35	54	44	61
5 à 9 ans	21	15	10	15	11	15
10 à 14 ans	11	8	8	12	3	4
15 à 19 ans	6	4	3	5	3	4
20 et +	9	7	5	8	4	6
5 et +	47	34	26	40	21	29
Sans renseignements	11	8	4	6	7	10
Total	137		65		72	

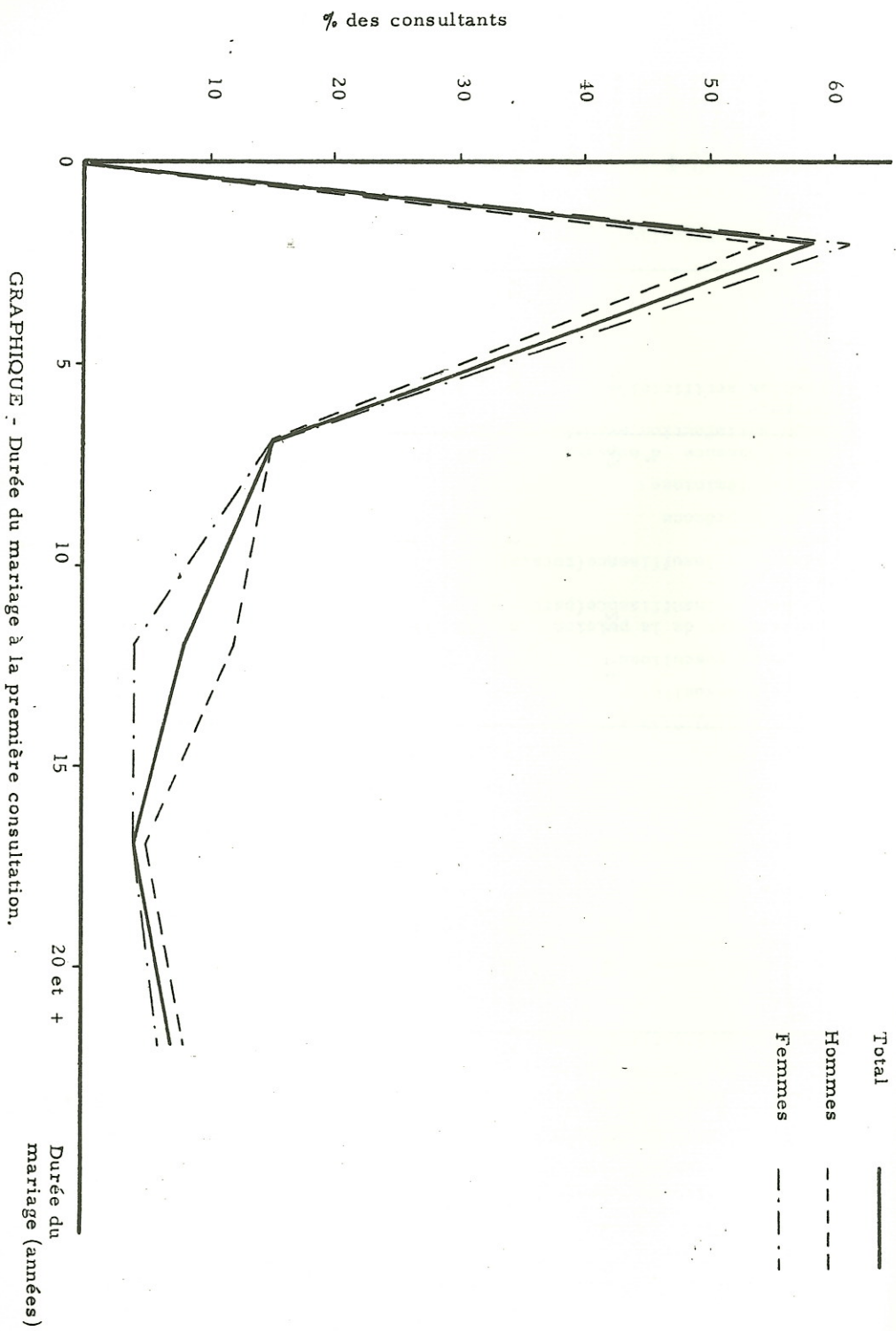


TABLEAU 14a : Motifs pour lesquels les gens consultent (en général).

	Total		Hommes		Femmes		Célibataires				Mariés											
	N	%v	N	%h	N	%h	Hommes	Femmes	total	Hommes	Femmes	total	Hommes	Femmes	total							
	N	%v	N	%h	N	%h	N	%h	N	%v	N	%v	N	%h	N	%v						
I																						
Informations générales																						
Renseignement sur le mariage	13	6	6	7	1	1	3	4	4	8	18	2	2	4	3							
II																						
Problèmes conjugaux et problèmes des fiançailles	11	5	3	8	1	1	3	1	1	2	4	2	6	8	5							
III																						
Santé- Aide médicale (gynécologique)	37	32	32	54	3	3	6	9	5	14	31	20	46	66	43							
IV																						
Problèmes sexuels	116	50	84	32	22	22	71	15	6	21	47	47	26	73	47							
V																						
Problèmes psychologiques psychiatriques	4	2	2	2	1	1	3	1	1	2	3	1	2	3	2							
230	127	55	103	45	26	84	5	16	31	13	29	64	16	36	45	20	72	47	82	53	154	67

N. B. L'addition donne plus de 205 (nombre total des cas) parce qu'à l'occasion, le client apporte plusieurs problèmes à la fois qui sont classés dans diverses catégories.

TABLEAU 14 b : Motifs détaillés des consultations.

	T. N	H. N	F. N	Célibataires			Fiancés			Mariés		
				H. N	F. N	t. N	H. N	F. N	t. N	H. N	F. N	t. N
I. <u>Informations générales - Renseignements sur le mariage</u>	13	6	7		1	1	4	4	8	2	2	4
II. <u>Problèmes conjugaux et problèmes des fiançailles</u> (Dysharmonie, désaccord, divorce etc.) déception amoureuse	10 1	3	7 1		1	1	1	1	2	2	6	8
III. <u>Santé - Aide médicale (gynécologique)</u>												
a. Hérédité	8	3	5	1	1	2				2	4	6
Maladies vénériennes	1		1								1	1
Autres maladies	5	3	2				2	1	3	1	1	2
Opérations	2	2		1		1	1		1			
b. Retard des règles	9	2	7	1		1	1	2	3		5	5
Grossesse	1		1			1	1					
Accouchement sans douleur	1		1								1	1
c. Procréation - Stérilité	45	14	31				1	1	2	13	30	43
d. Contraception	14	8	6		1	1	4	1	5	4	4	8
IV. <u>Problèmes psycho-sexuels</u>												
a. Dysharmonie sexuelle	3	1	2							1	2	3
b. Impuissances masculines												
Affaiblissement de la pulsion	15	15		2		2	1		1	12		12
Impuissance - Insuffisance (partielle)	26	24	2	5		5	6		6	13	2	15
Impuissance - Insuffisance (totale)	13	12	1	6		6	4		4	2	1	3
Anéjaculation	3	3		2		2				1		1
Éjaculation précoce	16	14	2	5		5	1	2	3	8		8
c. Frigidités féminines :												
Frigidité-Absence d'orgasme	27	10	17				2	3	5	8	14	22
Refus de satisfaction sexuelle	3	1	2							1	2	3
Dyspareunie	5	1	4							1	4	5
Défloration artificielle	1		1								1	1
d. Autres												
Phobies	1	1					1		1			
Masturbation	2	1	1	1		1		1	1			
Perversions	1	1		1		1						
V. <u>Problèmes psychologiques-psychiatriques</u> (ne se rapportant pas à la vie sexuelle de l'individu)	4	2	2	1		1				1	2	3
	230	127	103	26	5	31	29	16	45	72	82	154

TABLEAU 15 : Durée du mariage et motifs des consultations.

Ans	Total		Hommes		Femmes		I		II		III		IV		V		
	N	%v	N	%h	N	%h	N	%v	N	%h	N	%v	N	%h	N	%v	
1	57		27	30	4		2		25		24		2				
2	21		9	12	1		1		10		10						
3	6		1	5					4		2						
4	7		3	4					3		4						
-5	91	59	40	44	51	56	4	5	3	38	3	42	64	46	40	55	44
5-9	22		10	12					2		9				11		
10-14	11		8	3							3				8		
15-19	7		4	3					1		1				6		
20 et +	11		6	5					1		2				7		1
5 et +	51	33	28	55	23	45			4	50	8	14	21	27	32	44	63
Sans renseignements	12	8	4	33	8	67			1	12	8	10	15	84	1	1	8
	154		72	47	82	53	4	3	8	5	66	43	73	47	3	3	2

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM Georges Sexologie Clinique.
Paris, Doin, 1967, 128 pp.
- ABSE Wilfred D. Sexual Disorder and Marriage.
In : Marriage Counseling in Medical Practice
A Symposium ed. by Ethel M. Nash, Lucie Jessner,
D. Wilfred Abse, pp. 41-73.
- ACKERMAN N. W. The Psychodynamics of Family Life
(Diagnosis and Treatment of Family Relationships),
New York, Basic Books Inc., 1958.
- ALBERT Gerard Advanced Psychological Training for Marriage Counselors -
Luxury or Necessity ?
Marriage and Family Living 25(1963) 2 : 181-183.
- ALEXANDER Irving E. Family Therapy.
Marriage and Family Living 25(1963) 2 : 146-154.
- AMERICAN ASSOCIATION OF MARRIAGE COUNSELORS, Inc.
Marriage Counseling : A Casebook.
New York, Association Press, 1958.
- ANASTASIADIS Jean Facteurs d'angoisse dans la famille grecque (en grec)
Dissertation. Athènes 1966, 93 pp.
- BARRETT Donald N. A Trial Examination of Counsellor Assesments
Records.
Manuscrit non publié.
Voir Mercure J. Le C.M.A.C. Service de la Commu-
nauté Catholique de Grande Bretagne, pp. 98-118.
- BERGLER Edmund Psychopathologie sexuelle.
Homosexualité - Impuissance - Frigidité
traduit de l'américain par L. Jospin d'après la 2e
édition, revue et augmentée, Paris, Payot, 1969,
345 pp.
- BEUERLEIN Ingrid Die Künstliche Samenübertragung beim Menschen in
angloamerikanischen Bereich.
(Beiträge zur Sexualforschung 29. Heft) Stuttgart,
F. Enke Verlag, 1963, 63 pp.
- de BIE Pierre Les Relations Familiales. Modèles de symbioses et de
symbioses et de prédominance des réseaux ou des fonc-
tions de contact et d'assistance.
The 9th International Seminar on Family Research,
Tokyo, Japan, 14-20 september 1965, Paper II-2, 15 pp.

- BINET André et HARTEMANN Jean Les rapports sexuels et leurs déficiences chez la femme.
(Impuissance et frigidité)
Paris, Vigot Frères, éditeurs, 1955 (2), 207 pp.
- BOAS van Emde Conrad Thérapie intensive de groupe avec des couples mariés
In : Revue Française de Psychanalyse (1962) 4 : 447-465
- BODAMER J. Pathologie und Therapie der Ehe.
In : -Zeitwende 24 (1953) 5.
- BOLTON Charles D. and KAMMEYER Kenneth The Decision to use a Family Service Agency.
In : The Family Coordinator 17 (1968) 1 : 47-53.
- BOLTON Charles D. and KAMMEYER Kenneth C. W. Community and Family Factors Related to the Use of a Family Service Agency.
The Journal of Marriage and the Family 30 (1968) 3 : 488-498.
- BOSS Medard Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen.
Ein daseinsanalytischer Beitrag zur Psychopathologie des Phänomens der Liebe.
Bern, Huber, 1966 (3), 142 pp.
- BOVET Theodor Ehekunde. Die jüngste Wissenschaft von der ältesten Lebensordnung.
I. Allgemeiner Teil.
Tübingen, Katzmann Verlag, 1961, 166 pp.
II. Spezieller Teil.
Tübingen, Katzmann Verlag, 1967 (zweite neu bearbeitete Auflage), 383 pp.
- BOYER Clayton L. Group Therapy with Married Couples.
In : Marriage and Family Living 22 (1960) 1 : 21-24.
- BRICAIRE H. et DREYFUS-MOREAU J. Les impuissances sexuelles et leur traitement.
Paris - Editions médicales Flammarion, 1964, 195 pp.
- BURGEL Guy Aspects de la structure de l'agglomération athénienne.
(en français et en grec)
In : Koinoniologiki Skepsi (Sociological Thought).
1(1966) 2 : 176-239.
- DEUTSCH M. A. Research Approach to Family Diagnosis and Treatment.
In : Marriage and Family Living 20(1958) 2 : 140-145.
- DICKS H. V. Clinical Studies in Marriage and the Family : A Symposium of Methods.
In : Brit. J. Med. Psychol., 26(1953) Sept. 181-221.
- DICKS H. V. Concepts of Marital Diagnosis and Therapy.
as developed at the Tavistock Family Psychiatric Units,
London, England.

In : Marriage Counseling in Medical Practice
A Symposium ed. by Edith M. Nash, Lucie Jessner, D.
Wilfred Abse, Chapel Hill, The University of North
Carolina Press, 1964, pp. 255-275.

EINZELFRAGEN DER SEXUALWISSENSCHAFT Vorträge gehalten auf
dem 3. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sexual-
forschung in Königstein 1954, II. Teil.
(Beiträge zur Sexualforschung 7. Heft).
Stuttgart, F. Enke Verlag, 1955, 68 pp.

EISENSTEIN Victor W. (ed.) Neurotic Interaction in Marriage.
New York, Basic Books, Inc., 1956.

ELIZUR Abraham Analysis and Treatment of Communication Distortions
in Family Life : First Stage.
In : The Family Coordinator 18(1969) 4 : 353-361.

ELLIS Albert-ABARBANEL (eds) The Encyclopedia of Sexual Behavior.
New York, Hawthorn Books Inc., 1967 (2) : 1072 pp.

EVOLUTION DE LA POPULATION GRECQUE ET POLITIQUE DEMOGRA-
PHIQUE.
Rapport de la commission de politique démographique
(en grec).
Athènes, juin 1968, 60 pp.

FEUILLES FAMILIALES La Famille dans 20 ans ?
n° spécial, août-septembre 1967, 112 pp.

FREEMAN S. J. J., LEAVENS Edith J., and Mc CULLOCH D. J.
Factors Associated with Success or Failure in Marital
Counseling.
In : The Family Coordinator 18 (1969) 2 : 125-128.

GIESE Hans (Hsg.) Mensch-Geschlecht-Gesellschaft.
Das Geschlechtsleben unserer Zeit gemeinverständlich
dargestellt.
Baden-Baden, Verlag für angewandte Wissenschaften,
1961 (2), 972 pp.

GIESE Hans (Hsg.) Psychopathologie der Sexualität.
Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1962, 627 pp.

GIESE Hans (Hsg.) Die Sexuelle Perversion.
(Akademische Reihe : Auswahl repräsentativer Texte.
Sexualwissenschaft)
Frankfurt, Akademische Verlagsgesellschaft, 1967,
420 pp.

GIESE Hans (Hsg.) Die Sexualität des Menschen.
Stuttgart, F. Enke Verlag, 1968 (2) 1. Lieferung,
586 pp.

GOODWIN Hilda M. - MUDD Emily H. Concepts of Marital Diagnosis
and Therapy.

as Developed at the Division of Family Study,
Department of Psychiatry, School of Medicine, University
of Pennsylvania dans :
Marriage Counseling in Medical Practice
A Symposium ed. by Ethel M. Nash, Lucie Jessner,
D. Wilfred Abse.
Chapel Hill, The University of North Carolina Press,
1964, pp. 276-282.

- GREENE Bernard L. (ed.) The Psychotherapies of Marital Disharmony.
New York, The Free Press, 1965, 191 pp.
- GROEGER Guido N. Die Sprechstunde. Antworten auf Lebensfragen.
1. Teil : Ehe- und Familienfragen.
(R. Brockhaus Taschenbuch Nr. 53)
Wuppertal, R. Brockhaus Verlag, 1962, 134 pp.
- GROEGER Guido N. Tagung über internationale und zwischenkirchliche
Zusammenarbeit zur Entwicklung von Familienberatung
und Familienbildung.
In : EHE 5 (1968) 2 : 88-94.
- HARNIK Bernard Ehekrankheiten.
Ihre Behandlung und Vorbeugung. Aus der Praxis der
Eheberatung und Vorberatung.
Zürich-Frankfurt, Gotthelf, 1961, 220 pp.
- HARVEY Les V. Marriage Counseling and the Federal Divorce Law in
Australia.
In : The Journal of Marriage and the Family 26 (1964) 1 :
83-86.
- HARVEY Les V. 'Approved' Marriage Counseling Services in Australia :
1965-1966.
In : The Family Coordinator 18 (1969) 2 : 149-154.
- HESNARD A. La Sexologie normale et pathologique.
(Petite Bibliothèque Payot 31)
Paris, Payot, 1959, 431 pp.
- HOPPE Günter Zur Methodik in der Eheberatung (I) und (II).
In : EHE 4(1967)2 : 62-66, 3 : 122-129.
- HUBINONT Pierre-Olivier Une expérience : "La Famille Heureuse".
dans : Familles d'aujourd'hui, Colloque consacré à la
sociologie de la Famille (Etudes démographiques),
Bruxelles, Editions de l'Institut de Sociologie U. L. B.,
1968, pp. 121-134.
- HUFF Frederick W. A Learning Theory Approach to Family Therapy.
In : The Family Coordinator 18(1969) 1 : 22-26.
- HUNZIKER Walther Zu Begriff, Inhalt und Therapieansatz der Ehekrise.
In : EHE 5 (1968) 3 : 97-113.

- JOHNSEN Kathryn P. Self-Concept Validation as the Focus of Marriage Counseling.
In : The Family Coordinator 17(1968)3 : 174-180.
- KLEMER Richard H. (ed.) Counseling in Marital and Sexual Problems.
A physician's handbook.
Baltimore, The William and Wilkins Company, 1965,
309 pp.
- KLEMER Richard H. Talking with Patients about Sexual Problems.
In : Counseling in Marital and Sexual Problems,
A Physician's Handbook, ed. by Richard H. Klener
pp. 118-125.
- KLEMER Richard H. The Marriage Counselor in the Physicians' Office.
In : The Journal of Marriage and the Family 28(1966) 3 :
287-292.
- KOURETAS D. and PAPATHOMOPOULOS E. Marriage by Arrangement in Greece and its Psychopathology.
In : Annuaire Scientifique de la Faculté des Sciences
Juridiques et Economiques de l'Université de Thessaloniki.
14 (1968) 3 : 527-537 (en grec + résumé en anglais).
- KRUPINSKI J., POLKE P., STOLLER A. An Analysis of Activity of an Australian Marriage Guidance Council.
In : The Journal of Marriage and the Family 27 (1965) 4 :
502-508.
- LANSING Cornelius Sexual Symptoms as Presenting Complaints.
In : Marriage Counseling in Medical Practice.
A Symposium ed. by Ethel M. Nash, Lucie Jessner, D.
Wilfred Abse, pp. 24-40.
- LEMAIRE Jean G. en collaboration avec Evelyn LEMAIRE-ARNAUD
Les conflits conjugaux.
Paris, Les éditions sociales françaises, 1966, 207 pp.
- LESLIE G. R. The Field of Marriage Counseling.
In : Handbook of Marriage and the Family, ed. by
H. T. Christensen, Chicago, Ill. : Rand McNelly and
Co., 1964, pp. 912-943.
- LESLIE Gerald R. Conjoint Therapy in Marriage Counseling.
The Journal of Marriage and the Family 26(1964) 1 :
65-71.
- MANN Anthony Erfahrungen und Plannungen der englischen Eheberatung.
(Bericht)
In : EHE 6(1969) 1 : 38-45.
- MANNONI Maud Le premier rendez-vous avec le psychanalyste.
(Collection Femme) Genève, Gonthier, 1965, 187 pp.
- MANUS Gerald I. Marriage Counseling : A Technique in Search of a Theory.
In : The Journal of Marriage and the Family 28 (1966)
4 : 449-453.

- MASTERS William H. - JOHNSON Virginia E. Counseling with Sexually Incompatible Marriage Partners.
dans : Counseling in Marital and Sexual Problems, A Physician's Handbook, ed. by Richard H. Klemer
pp. 126-137.
- McGEE Thomas F. and KOSTRUBALA Thaddeus The Neurotic Equilibrium in Married Couples Applying for Group Psychotherapy.
In : The Journal of Marriage and the Family 26 (1964) 1 : 77-82.
- McMILLAN Emile L. Problem Build-up : A Description of Couples in Marriage Counseling.
In : The Family Coordinator 18 (1969) 3 : 260-267.
- MERCURE Julien Le "Catholic Marriage Advisory Council" : Service de la Communauté Catholique de Grande-Bretagne.
Louvain, Mémoire de Licence en Sciences Familiales et Sexologiques, 1968, 206 pp.
- METHODEN DER BEHANDLUNG SEXUELLER STÖRUNGEN Vorträge gehalten auf dem 2. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung in Königstein 1952, II, Teil (Beiträge zur Sexualforschung 2. Heft) Stuttgart, F. Enke Verlag, 1952, 97 pp.
- MOGEY John Marriage Counseling and Family Life Education in England.
In : Marriage and Family Living 23(1961) 2 : 146-154.
- NASH E. M., JESSNER L., ABSE W. (eds) Marriage Counseling in Medical Practice.
Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 1964, 368 pp.
- NATIONAL STATISTICAL SERVICE OF GREECE Demographic Trends and Population Projections of Greece 1960-1985.
(Z : 5 Methodological Studies) Athens, 1966, 78 pp.
- NATIONAL STATISTICAL SERVICE OF GREECE Statistical Yearbook of Greece
Athens 1967, 405 pp.
- NEUBECK Gerhard et al. Who are Your "Untreatables" ?
In : Marriage and Family Living, 22 (1960) 4 : 333-340.
- NEUHAUS Ruby Family Treatment in Focus.
In : Marriage and Family Living 24 (1962) 1 : 62-65.
- OFFICE NATIONAL DE STATISTIQUE Mouvement naturel de la population de la Grèce en 1965.
Athènes 1967, 144 pp.
- ORMONT Louis R. Ph. D. The Use of Group Psychotherapy in the Training of Marriage Counselors and Family Life Educators.
In : Marriage and Family Living 24 (1962) 2 : 144-150.

- PETERSEN P. Psychiatrische Fragen der Familienplanung.
(Aus einer psychiatrischen Untersuchung an Frauen mit
hormonaler Kontrazeption).
In : EHE, 6(1969)3 : 105-115.
- PFISTNER H. J. Zur Diagnostik in der Eheberatung.
In : EHE 3(1966) I : 43-48.
- POLLAK Otto Issues in Family Diagnosis and Family Therapy.
In : The Journal of Marriage and the Family 26 (1964) 3 :
279-287.
- POLLAK Otto Sociological and Psychoanalytic Concepts in Family
Diagnosis.
In : The Psychotherapies of Marital Disharmony ed.
by Bernard L. Greene, New York, The Free Press,
1965, pp. 15-26.
- PRESVELOU Clio La femme grecque à l'heure où approche l'urbanisation.
Problématique du travail et enquête d'opinion. Louvain,
mémoire de Licence en Sciences Politiques et Sociales.
1959, 184 pp.
- RATTNER Josef Psychologie und Psychopathologie des Liebeslebens.
Eine Einführung in die Tiefenpsychologische Lehre von
Sexualität und Liebe in ihrer gesunden und kranken
Erscheinungsweise. Bern, Stuttgart, Huber, 1965,
201 pp.
- ROEN Philip R. Impotence. A Concise Review.
In : New York State Journal of Medicine 1965, 65(20)
2576-2582.
- ROSE William M. and BURDETTE Walter J. Some Sociological Aspects in
Genetic Counseling.
In : The Journal of Marriage and the Family 28 (1966) 2 :
204-205.
- RUCQUOY G. Principes et méthodes de consultation familiale et con-
jugale.
Cours professé à l'U. C. L. pendant l'année académique
1967-1968.
- RUTLEDGE Aaron L. Husband-Wife Conferences in the Home as an Aid to
Marriage Counseling.
In : Marriage and Family Living 24 (1962) 2 : 151-154.
- RUTLEDGE Aaron L. Should the Marriage Counselor Ever Recommend Divorce ?
In Marriage and Family Living 25 (1963) 3 : 319-325.
- RUTLEDGE Aaron L. Pre-Marital Counseling.
Cambridge, Mass., Schenkman Publishing Company,
Inc., 1966, 336 pp.

- SAFILIOS-ROTHSCHILD C. An Analysis of Honor Crimes in Greece.
A paper read at the joint meetings of the Michigan Sociological Association and the Michigan Academy of Science, Arts and Letters, East Lansing, Michigan, March 27, 1964.
- SAFILIOS-ROTHSCHILD C. Family Sociology or Wives' Family Sociology ? A Cross-Cultural Examination of Decision Making.
In : The Journal of Marriage and the Family 31(1969) 2 : 290-301.
- SATIR Virginia M. Conjoint Family Therapy.
Palo Alto, Science and Behavior Books, Inc., 1964.
- SATIR Virginia M. Conjoint Marital Theory.
Chapitre 7 du livre The Psychotherapies of Marital Disharmony, édité par Bernard L. Greene, New York, The Free Press, 1965, pp. 121-133.
- SCHILLER Patricia Marriage Counseling in a Legal-Aid Setting.
In : Marriage and Family Living 22 (1960) 3 : 213-217.
- SCHÖFFLING K. Störungen der Keimdrüsenfunktion bei männlichen Zuckerkranken.
(Beiträge zur Sexualforschung 19. Heft)
Stuttgart, F. Enke Verlag, 1960, 83 pp.
- SCHÖPF M. M. Recht und Praxis der Modernen Heiratsvermittlung.
Karlsruhe, Verlag C. F. Müller, 1962, 159 pp.
- SEXOLOGIA - LEXIKON Genève, Gonthier, 1963, 405 pp.
- SMITH Veon G. and ANDERSON Floyd M. Conjoint Interviews with Marriage Partners.
In : Marriage and Family Living. 25(1963) 2 : 134-138.
- SPECK Ross V. Family Therapy in the Home.
In : Journal of Marriage and the Family 26 (1964) 1 : 72-76.
- SPORAKOWSKI Michael J. and MILLS Paul R., Jr. What's it all about ? An overview of Family Therapy.
In : The Family Coordinator 18(1969)1 : 61-69.
- STAVROPOULOS A. M. L'image idéale de l'homme chez la jeune grecque à l'âge où approche le mariage.
Méthodologie et Enquête Pilote. Louvain, Mémoire de Licence en Sciences Familiales et Sexologiques, 1967, 85 pp.
- STAVROPOULOS-KOKKOTAKIS H. A. Contribution à l'étude des attitudes familiales : Relations entre les mères et leurs "enfants-problèmes" approchées par l'interview dirigée et les méthodes projectives.
Louvain, Mémoire de Licence en Psychologie, 1969, 136 pp.

- STOURZH Hélène Die Anorgasmie der Frau.
(Beiträge zur Sexualforschung 23. Heft).
Stuttgart, F. Enke Verlag, 1962 (2. ergänzte Auflage),
91 pp.
- STRUCK Günter Konfliktsituationen vor der Ehe.
In : EHE 6(1969)I : 14-21.
- VALAORAS V.G., POLYCHRONOPOULOU A. and TRICHOPOULOS D.
Control of Family Size in Greece.
(The Results of a Field Survey).
In : Population Studies 18(1965) 3 : 265-278.
- VASSILIOU G. and VASSILIOU V. Attitudes of the Athenian Public towards
Mental Illness.
Research Report.
Athens, The Athenian Institute of Anthropos, 1967, 23 pp.
- VASSILIOU G. and VASSILIOU V. On the Image of Mental Health Practitioners
in Major Athens Area.
Research Report N° 3.
Athens, The Athenian Institute of Anthropos, 1965, 14 pp.
- VASSILIOU G. A Preliminary Exploration of Variables Related to
Family Transaction in Greece.
Technical Report n° 5, Athens, The Athenian Institute
of Anthropos, 1966, 166 pp.
- WALLIS J.H. and BOOKER H.S. Marriage Counseling : A description and
Analysis of the Remedial Work of the National Marriage
Guidance Council.
London, Routledge and Kegan Paul, 1958.
- WINKLER Klaus Fachliche Eheberatung als Form der Seelsorge.
In : EHE 5(1968)2 : 59-65.
- WRAGE Karl Horst Paar-Beratung.
(Vortrag anlässlich der Jahrestagung der Konferenz für
evangelische Familien- und Lebensberatung in der
Bundesrepublik Deutschland am 14. Juni 1968 in Berlin
zur Einleitung eines Gruppengesprächs über "Indikations-
stellung zur Paar-Beratung".)
In : EHE 5(1968) 3 : 114-124.
- WYNN John Charles and HUNT James J. Experiment in the Use of a Family
Casework Agency As a Training Source for Pastoral
Counseling.
In : Marriage and Family Living 24(1962) 4 : pp. 381-383.
- ZUBER Herbert Gestörte Ehen.
Bern, Huber, 1967, 84 pp.
- ZENONI Alfredo Contribution à la problématique de la consultation psy-
chologique.
dans : Revue de psychologie et des sciences de l'éduca-
tion 4(1969)1 : 72-99.

Φωτογραφική ανάπτυξη, Ιούλιος 1977

