

**C.F.T.F.**

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)

Rue Fabry, 11 — 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - H. Schrod - J. Weber

**LETTRE  
CIRCULAIRE**

**Hiver**

**Janvier-Février-Mars 2010**

N° 94 Format Numérique



# **LE DIAGNOSTIC SYSTÉMIQUE DANS LES PSYCHOTHÉRAPIES**

**CONFÉRENCE PAR MATTEO SELVINI**

PSYCHOLOGUE, THÉRAPEUTE FAMILIAL, DIRECTEUR DE LA [SCUOLA DI PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA MARA SELVINI PALAZZOLI \(MILAN\)](#)

**25/02/2010 de 9h à 15h à la Banque Dexia, [Av. Maurice Destenay 7, 4000 Liège](#)**

**Inscription : [marc.melen@gmail.com](mailto:marc.melen@gmail.com)**

**P.A.F. : 35 € (anciens du CFTF, membres de l'ABIPFS) ou 40 €  
à verser sur le compte du CFTF : 001-0508097-87**

## **POUR ACCOMPAGNER LA REFLEXION**

Voir chez [De Boeck](#), *Réinventer la psychothérapie*, l'ouvrage où Matteo Selvini présente l'approche de Mara Selvini-Palazzoli et comment elle est actualisée au sein de la Scuola di Psicoterapia della famiglia et dont Sandrine Leguebe a fait une recension sur [www.systemique.be](http://www.systemique.be).

Voir les **articles** de Matteo Selvini sur [www.systemique.be](http://www.systemique.be). Si vous n'êtes pas encore inscrit, suivez ce lien et laissez-vous guider par les onglets : [www.systemique.org](http://www.systemique.org)

Voir le **DVD** consacré à Mara Selvini-Palazzoli. Il comporte de précieux documents d'archives et est disponible au CFTF. Il peut être commandé auprès de [jbeaujean@gmail.com](mailto:jbeaujean@gmail.com)

# LE DIAGNOSTIC SYSTÉMIQUE DANS LES PSYCHOTHÉRAPIES

## CONFÉRENCE PAR MATTEO SELVINI

### DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE

### THÉRAPEUTE FAMILIAL

DIRECTEUR DE LA [SCUOLA DI PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA MARA SELVINI PALAZZOLI \(MILAN\)](#)

**25/02/2010 de 9h à 15h, Banque Dexia, [Avenue Maurice Destenay 7, 4000 Liège](#)**

Matteo Selvini dirige le *centre Mara Selvini Palazzoli* à Milan et son travail clinique, qu'il exerce depuis 30 ans, l'a amené à devoir penser les limites de la systémique: l'une d'entre elles consiste en un danger de simplisme lié à une vision trop réductrice par exemple de la question du diagnostic. La thérapie est une activité très complexe et M. Selvini propose d'utiliser tous les diagnostics qui se sont montrés utiles dans l'histoire de la psychiatrie, de les intégrer et de les faire dialoguer entre eux. Le clinicien est souvent confronté à la question de savoir quand utiliser le diagnostic comme une interprétation, quand l'utiliser comme un guide sans l'explicitier etc... Comment intégrer les connaissances des différents axes d'observation du système ? M. Selvini, à partir de son expérience clinique a construit un protocole d'intervention proposant au thérapeute de penser son évaluation clinique en fonction de sept types de diagnostics possibles, certains

étant déjà utilisés dans les pratiques systémiques, et d'autres non, mais dont il serait adéquat d'en utiliser les ressources en thérapie systémique :

Diagnostic de la demande d'aide

Diagnostic descriptif psychopathologique

Diagnostic systémique

Diagnostic de la personnalité

Diagnostic de l'attachement

Diagnostic trigénérationnel

Diagnostic des émotions du thérapeute (contre-transfert, résonance - etc.)

Le **diagnostic systémique** consiste à travailler dans l'ici et maintenant et à faire des hypothèses systémiques pour le travail thérapeutique : Matteo Selvini nous propose pour ce faire de considérer comment fonctionne la famille (en termes de collectivité) selon 12

dimensions : Structure, Pouvoir, Contrôle, Empathie, Préoccupation, Communication, Ouverture vers l'extérieur, Justice, Responsabilisation, Secret, Peur et Mythe. Et surtout il suggère d'évaluer quelle position occupe le patient et chacun de ses membres dans la famille. Ce diagnostic est très opérant si on a à l'esprit les douze dimensions, surtout les plus apparentes. Par exemple, l'apport structural (cf Minuchin) nous aide de façon immédiate : on voit comment les membres de la famille se situent : la mère très proche de l'enfant et le père loin, cela donne une information sur la situation.

**Qu'apportent les autres types de diagnostic pour le travail systémique ?**

Le **diagnostic des émotions du thérapeute** est peu présent dans la tradition systémique alors qu'il s'avère central pour le travail thérapeutique, que ce soit en individuel ou en thérapie familiale. L'émotion vé-

élément fondamental du pronostic et un guide dans la thérapie : le travail sera de faire évoluer les sentiments, de faire évoluer la stratégie thérapeutique et soi-même. Par ailleurs, dans la clinique comme dans la recherche, on commence à étudier le **type d'attachement vécu** (attachement ambivalent, désorganisé, etc.) par les différentes personnalités. Ce diagnostic nous aide si l'on peut relier cela avec les relations existant entre les personnes. Le **diagnostic tri-générationnel** est différent du diagnostic systémique, mais non moins indispensable, en ce qu'il concerne la transmission entre les générations au-delà du « ici et maintenant » du diagnostic systémique. L'optique tri-générationnelle permet d'étudier la position du parent dans sa famille d'origine au même âge que celui de l'enfant actuel et de faire « travailler » et évoluer le système en introduisant une dimension empathique dans la vie de la famille (faire comprendre comment la souffrance a existé chez l'aîné et comment le passage s'est effectué vers les générations suivantes). Un autre système de diagnostic de base est celui de **la demande d'aide**. M. Selvini nous en propose quatre types (individuelle, familiale, relationnelle et sous contrainte), et souligne qu'il existe beaucoup de confusion dans le secteur systémique quant à ces quatre types de demandes : il faudrait se concentrer non sur le contenu donné, mais plutôt bien évaluer parmi ces quatre types de demandes quelle est celle qui nous est adressée, ce qui déterminera le type d'aide et l'alliance thérapeutique à construire à partir de la spécificité de la situation de demande. De même, le **diagnostic des-**

**criptif psychopathologique** du patient ne devrait pas être exclu du travail clinique systémique : connaître le pronostic et quel type de thérapie montre des résultats effectifs dans la configuration diagnostique du patient sont des données indispensables pour opérer un choix de thérapie pertinent. Même si l'influence de l'anti-psychiatrie reste présente en Italie, il faut reconnaître que le diagnostic psychologique est utile pour faire un bon travail psychothérapeutique. Le problème théorique posé ici est que le DSM donne seulement des descriptions. Pour le travail psychothérapeutique, on doit les « traduire » en termes utiles au psychothérapeute, dans une démarche où l'on va chercher les points de base où on peut travailler en psychothérapie. Par exemple, le DSM décrit la personnalité schizoïde comme un individu isolé, n'éprouvant de pas de plaisir dans le contact social, n'ayant pas de capacité d'exprimer ses émotions. Le handicap de personnalité du schizoïde pourrait être défini comme un personne ayant intériorisé l'impossibilité de vivre la sécurité dans la relation, vivant dans un état de terreur (les autres êtres humains sont là pour lui faire du mal). En termes d'attachement, il s'agirait de l'attachement « insécure » (cf situation étrange d'Ainsworth). Que signifie cela pour le travail psychothérapeutique ? Ce sera difficile pour cette personne schizoïde d'établir une relation de confiance avec le psychothérapeute ! Si une petite alliance thérapeutique s'élabore, ce sera déjà beaucoup...

Pour rendre les informations du diagnostic utiles dans le processus thérapeutique, Matteo Selvini propose une

classification remaniée des types de personnalité en onze catégories (Parentifié, Schizoïde, Masochiste, Symbiotique, Borderline/psychotique, Antisocial, Obsessionnel, Narcissique, Histrionique, Paranoïde, Evitant). Cette classification est issue du DSM IV, mais modifiée en fonction de ses observations cliniques (ajout par exemple de deux diagnostics : parentifié et masochiste) et/ou des risques existants de confusion terminologique (élimination du diagnostic de « dépendant » par exemple car il fait par trop référence aux conduites d'assuétudes, comportements généralement présents chez les personnalités antisociales ou borderline. Ici, la « dépendance » devrait être considérée comme un trouble de la personnalité, et non comme la qualification d'un comportement symptomatique ; l'utilisation d'un tel terme induit donc des malentendus entre thérapeutes de références épistémologiques différentes). M. Selvini considère comme utile cette classification de la personnalité car l'on peut, dans une vision schématique, avoir accès à la normalité comme à la pathologie : c'est juste une question de degré. Tout le monde présente ces 11 aspects, en une sorte de continuum, mais chacun a un « style » (aspects qui dominent et « typent la personnalité »), ce style pouvant évoluer jusqu'au « trouble » de personnalité. Les expériences cliniques ont montré que ces onze catégories de personnalité sont des « prototypes » ; dans deux-tiers des cas, les diagnostics sont mixtes. Pourquoi n'est-ce pas suffisant de n'utiliser que le diagnostic psychopathologique ? Si l'on prend par exemple les jeunes anorexiques (spécialité de

Mara Selvini), déclarer simplement le diagnostic d'anorexie restrictive n'est pas suffisant, car on voit qu'il y a des différences de personnalité énormes entre ces patients cependant tous anorexiques et qu'il existe aussi des différences importantes dans la structure et la vie émotionnelle de la famille. C'est pourquoi il faut utiliser les 7 types de diagnostics et être conscient qu'un seul est toujours insuffisant.

### **Comment faire dialoguer les différents types de diagnostics ?**

L'idée première de M. Selvini est de postuler que les différents systèmes d'évaluation peuvent être utilisés de façon « chronologique » : après l'analyse de la demande d'aide, le deuxième système utilisé est le système de la psychopathologie. On doit envisager un résultat différent des interventions psychothérapeutiques en fonction des diagnostics psychopathologiques : par exemple, un patient phobique répond bien au placebo tandis que les patients obsessionnels ne répondent pas au placebo et sont « mauvais » sujets pour les psychothérapies psychodynamiques. Même si l'activité scientifique est encore limitée en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des différents paradigmes psychothérapeutiques, le peu que l'on sait doit être utilisé.

Au-delà de la séquence temporelle, l'aspect multidimensionnel des diagnostics doit être considéré (notion de complexité). Pour toutes ces dimensions du diagnostic, la notion d'isomorphisme reste en jeu: il est pratiquement sûr que le thérapeute va toucher

au même modèle que le système demandeur et, partant, de tomber dans les mêmes impasses. C'est pourquoi la restriction à l'optique systémique peut être dangereuse : le thérapeute rencontre parfois le patient avec une idée très forte, avec sa propre histoire et peut arriver à un conflit entre le modèle mental du thérapeute (relationnel) et celui du patient. Il faut varier les stratégies, lier - pour le patient - son problème à son histoire relationnelle, ce qui n'est pas forcément admissible pour le patient. Souvent, on pense que la systémique n'aurait pas à considérer la relation du patient avec lui-même (le comment il se défend de ses souffrances) ; or, ce rapport-là est crucial pour l'évolution du travail thérapeutique. Comment peut-on penser « psychopathologie » et faire le lien avec les autres systèmes d'évaluation diagnostiques ? Matteo Selvini prend pour exemple une pathologie actuellement fréquente en cabinet privé, l'« attaque de panique », souvent une demande urgente, d'une personne très inquiète réclamant généralement un traitement biologique. Comme pour les autres exemples, il est compliqué de classifier le trouble panique dans les sept catégories de diagnostics ; mais l'on peut relever un certain nombre de catégories facilement abordables et utilisables dans le travail: il s'agit d'une **demande de la première catégorie** des types de demande (**demande individuelle**), il faut ensuite déterminer quel est le type de personnalité (phobique ? parentifiée ?), et considérer les **histoires familiales** (très différentes selon que le patient est devenu parentifié ou phobique), et aussi bien sûr, le

diagnostic psychopathologique ne pouvant être seul à piloter les choix thérapeutiques, réaliser le **diagnostic de la famille**, qui viendra contribuer à la détermination d'une stratégie thérapeutique. L'idée a donc été de lier la demande d'aide avec le diagnostic psychopathologique et aussi le diagnostic de la famille. Et de voir le rapport de l'individu avec lui-même, le lien entre le symptôme et les modalités qu'a l'individu de se défendre de ses souffrances. Ainsi, à partir d'un même diagnostic symptomatologique, les stratégies thérapeutiques peuvent devenir complètement différentes. Un exercice semblable consiste à réfléchir, à partir de la situation relationnelle d'un enfant dans sa famille, son devenir psychologique comme adulte, puis de penser le type de thérapie qui serait indiquée (en famille ? chaque membre en individuel ? le patient en individuel ?), quelle stratégie sera la plus efficace.

Matteo Selvini s'attache ainsi à montrer le lien entre le diagnostic, le handicap de personnalité et les implications pour les choix thérapeutiques : comment le diagnostic de la personnalité peut aider à clarifier le travail psychothérapeutique, comment lire le handicap de fonctionnement spécifique qui se présente chez cette personnalité. Quand il y a consultation, il nous faut donner une forme d'explication à la crise : si cette explication est psychologique (et non bio-médicale), sera-t-elle relationnelle ? intra-personnelle ? Quel guide avons-nous pour choisir ? Quel setting thérapeutique peut rencontrer ces difficultés ? Que faire dans le programme de la thérapie ?



# ADOPTION ET FRATRIE

HANNELORE SCHROD

DOCTEUR EN SOCIOLOGIE, THÉRAPEUTE FAMILIALE, FORMATRICE AU CFTF

D'après la conférence donnée le 13/10/2009 dans le cadre d'un colloque organisé par le Centre d'Etudes et de Documentation Sociales (ECDS) et l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)

## Introduction

Avant d'aborder la question de la fratrie et de l'adoption, j'aimerais faire une remarque préalable. Dans les démarches d'adoption, comme dans les processus de procréation médicalement assistée, le couple est confronté à la présence d'un tiers (organisme d'adoption, médecin, etc.). Ce tiers s'introduit dans la sphère la plus intime de la relation conjugale avec des impacts importants sur le couple et, certainement, sur la relation avec les enfants. Impacts que nous mesurons seulement partiellement. Dans le désir d'adoption, les parents sont soumis à l'approbation ou non de leur projet de créer une famille. Ils sont confrontés à une expertise de leur aptitude à la parentalité. Cette expertise peut augmenter les pressions à être une « bonne famille », à réussir l'adoption et conduire à sous-estimer alors l'aspect de la co-construction dans les relations familiales.

Le titre indique le fait que l'adoption peut s'inscrire dans un contexte familial plus large, pouvant préexister avant l'adoption ou se constituer après l'adoption.

Brigitte Camdessus (1997) pose la question : « comment peut-on créer des attaches fraternelles solides dans une famille à partir d'enfants arrachés du terreau qui les a vus naître, coupés de leurs racines d'origine ? Par quel lien du cœur vont-ils pouvoir compenser l'absence de liens de sang et permettre à des frères et sœurs de hasard de grandir ensemble ? ». Les fratries sont souvent les relations les plus longues dans une vie et peuvent être considérées comme un des pôles de sécurité affectifs essentiels.

Mais pour devenir ce pôle de sécurité un processus d'adoption réciproque doit s'installer dans des fratries adoptives.

Quel que soit l'âge, les enfants adoptés ont vécu des ruptures, des séparations. Ils ont dû s'adapter à d'autres odeurs, d'autres règles, un autre mode de vie et de sécurité. La fratrie peut devenir un des éléments de cette sécurité.

## On ne choisit pas sa fratrie

« Tu dois aimer ton frère comme toi-même ». Injonction divine qui reste souvent un vœu pieux de beaucoup de parents, en face de leur progéniture qui ne répond pas nécessairement à cette attente.

Les couples qui ont décidé d'avoir plusieurs enfants, une fratrie, sont souvent adeptes du mythe de la famille unie où tout le monde s'entend bien et ils ont du mal à envisager (d'autant plus si le parent est enfant unique) qu'eux, les parents, doivent s'occuper de leur relation, de la relation entre eux et leurs enfants mais aussi des relations entre les enfants. Le premier défi à relever consiste à empêcher que les enfants s'entretuent. Jacques LACAN nous parle, à ce sujet, du concept de *complexe d'intrusion* qu'il définit comme la réaction structurante, et parfois déstructurante, de l'enfant confronté à l'irruption d'un intrus, à savoir la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur, ou une adoption ou une modification familiale par recomposition. Le désir de mort à l'égard de l'autre paraît un élément constant dans les relations de la fratrie. La jalousie est considérée comme un archétype des sentiments sociaux pour lequel l'enfant s'identifie à l'autre comme son semblable, son « frère ».

Si le premier défi adressé aux jeunes parents concerne la violence potentielle, le deuxième défi touche à la proximité : éviter que les enfants soient trop proches entre eux. Ici se situe toute la problématique du tabou d'inceste, considérablement complexifiée dans les recompositions familiales.

La famille est le lieu d'expériences primaires des comportements agressifs, tant dans leur expression directe, que dans leur canalisation. La rivalité fraternelle peut s'exprimer en vue de la captation de l'affection parentale et se structure en fonction des positions des frères et sœurs, les uns par rapport aux autres, selon la nature des agressions, selon l'espace matériel et psychique.

Le psychologue autrichien Walter Toman (1992) a mis en évidence l'importance des constellations fraternelles sur le développement et la formation de la personnalité, ainsi que l'importance de la place dans la fratrie (cadet, aîné...) sur le choix des liens conjugaux et amicaux ultérieurs.

Si la fratrie génère des sentiments de rivalité, de haine, de jalousie, elle est aussi le symbole de solidarité, d'intimité, d'amitié, de complicité et d'amour, permettant d'ancrer le sentiment d'appartenance souvent mis en difficulté dans nos sociétés mouvantes où les séparations au niveau parental induisent l'insécurité. La fratrie devient alors un lien plus stable et protecteur, où le mythe d'unité essaye de faire face au morcellement parental. Les liens de fratrie sont, dès lors, souvent une ressource précieuse tout au long de la vie.

Le *mythe familial* est une notion clé pour la compréhension du fonctionnement familial et en ce qui concerne notre propos, c'est une notion clé pour comprendre la réussite ou la difficulté des processus d'adoption. Toute famille a un système de croyance, des mythes qui lui sont spécifiques.

Par mythe familial, il faut entendre un ensemble de croyances concernant les qualités supposées du groupe. C'est une sorte de saga, plus au moins développée selon que le groupe est investi ou non par ses membres. De ces croyances découlent des règles de comportement concernant les membres du groupe, le type de relations qu'ils doivent établir entre eux, mais également le type de relations qu'il est attendu que chacun d'eux établisse avec le monde extérieur (cf. Neuburger, 2009). Le mythe familial peut être considéré comme un mécanisme de défense groupal. Plus une famille a été confrontée à des traumatismes qui n'ont pas pu être élaborés plus les mythes familiaux peuvent être rigides et très grande l'exigence d'être conforme au mythe.

Tout enfant, quel que soit le mode de procréation, entre dans sa famille par un acte civil. L'inscription dans l'état civil est d'une importance symbolique essentielle, souvent actuellement banalisée. La famille humaine est avant tout culturelle. Dans cet optique, il serait intéressant de souligner que *l'enfant est entré dans la famille par adoption*, plutôt que de parler qu'il s'agit d'un enfant adopté. Dans l'adoption, comme dans la filiation biologique, l'urgence est l'établissement du lien, pas uniquement aux parents, mais aussi à son groupe d'appartenance et plus spécifiquement à sa fratrie. Cette appartenance implique un partage des croyances du groupe, une certaine *Weltanschauung*, autrement dit d'une participation aux mythes familiaux. Neuburger parle dans l'adoption d'une *greffe mythique* (cf. Neuburger, 2005).

Une deuxième notion clé est celle du *don* et de *dette relationnelle* qui joue un rôle central dans le processus d'adoption. Ces concepts ont été développés par Ivan Boszormenyi-Nagy (cf. notamment, Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; ou, en français, Michard, 2005). Donner et recevoir forment la trame relationnelle profonde de la dimension de l'*éthique relationnelle*. La *réciprocité* et l'*équité* du « donner et recevoir » déterminent l'équilibre de la relation. L'équité de la relation doit tenir compte de la nature symétrique ou asymétrique des droits et des obligations. Toutes les relations ont leur part d'asymétrie, mais ce sont les relations parents-enfants qui ont la plus grande part d'asymétrie car les parents ne peuvent s'attendre à recevoir autant que ce qu'ils donnent. Pourtant en s'occupant de l'enfant, en lui apportant l'amour, l'attention, l'expérience de la fiabilité et de la confiance, le parent gagne des mérites.

Particulièrement problématiques sont les situations où l'enfant ne peut pas recevoir ou bien celles où le parent ne peut pas recevoir. Pour illustrer cette question du donner et du recevoir, j'aimerais citer des extraits d'une chanson de Jean-Louis Aubert :

*On n'invente pas un sentiment  
Des baisers donnent l'alphabet  
L'amour nous griffe, ouvre ses plaies  
L'amour nous soigne, l'amour nous fait  
On aime comme on a été aimé*

*C'est cela qui nous fait courir  
De reproduire et faire grandir  
L'amour nous griffe, ouvre ses plaies  
L'amour nous soigne, l'amour nous fait  
On aime comme on a été aimé*

*C'est cela qui nous fait courir  
De reproduire et faire grandir  
Ce qui nous a été donné sans jamais pouvoir en parler  
On aime comme on a été aimé*

*On n'apprend pas un sentiment  
Même si on veut faire autrement  
On aime comme on a été aimé...*

L'adoption est ce pari fou sur la puissance de la relation, la possibilité de réparation, du changement, de l'amour. Et heureusement, si cette rencontre entre un enfant et une famille peut se tisser, le sentiment peut s'apprendre, peut se vivre. Mais il y a des situations où, en fonction des traumatismes du passé des deux côtés, cette rencontre ne se fait pas ; des situations où les ressources se bloquent, laissant ainsi la place à la destructivité.

La fratrie peut, alors, être une ressource remarquable permettant de créer des *racines horizontales* qui favorisent un sentiment d'appartenance. C'est grâce à ce sentiment d'appartenance que les capacités du donner et du recevoir augmentent. Ainsi la fratrie peut aider les parents dans leur difficulté de créer des liens plus constructifs.

## Références

- Camdessus, B. (1997). *L'adoption, une aventure familiale*. Paris : [ESF editeur](#)
- Boszormenyi-Nagy, I. et Krasner, B.R. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. Bristol, PA : [Brunner/Mazel](#).
- Michard, P. (2005). La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy : Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale. Bruxelles : [De Boeck](#).
- Neuburger, R. (2009). *Le mythe familial* (4e éd.). Paris : [ESF Editeur](#).
- Neuburger, R. (2005). *Les familles qui ont la tête à l'envers. Revivre après un traumatisme*. Paris : [Odile Jacob](#).
- Toman, W. (1992) *Family Constellation: Its effects on personality and social behavior* (4th ed.). New York : [Springer Pub](#).

**Envoyez à un collègue :**

**Aidez vos collègues à rester informés des conférences et des formations du CFTF en leur envoyant cette Lettre Circulaire** [ENVOYER->](#)

**Si vous ne voulez plus recevoir cette Lettre Circulaire :**

**Pour ne plus recevoir cette Lettre et vous désinscrire cliquez sur le lien ci-dessous avec comme objet**

**Désinscription** [ENVOYER->](#)

**Au passage, signalons que c'est le premier anniversaire de l'ère numérique de la Lettre Circulaire, alors si vous voulez donner votre avis sur cette formule, envoyez un message à cette [adresse](#)**



TOUTE L'ÉQUIPE DU CFTF VOUS PRÉSENTE, AINSI QU'À  
VOS PROCHES, SES MEILLEURS VOEUX  
POUR L'ANNÉE 2010