

## ONZE TYPES DE PERSONNALITÉ L'intégration du diagnostic de personnalité à la pensée systémique complexe

Matteo SELVINI<sup>1</sup>

(Traduit de l'italien par Dominique WATHELET et Zoé STOKART)

**Résumé :** *Onze types de personnalité. L'intégration du diagnostic de personnalité à la pensée systémique complexe.* – Il n'est pas toujours opportun, surtout lors des premiers entretiens, de restituer aux usagers une connexion entre le symptôme et une difficulté relationnelle. En effet, une telle explication pourrait ne pas être comprise, elle pourrait être vécue comme jugeante/accusatoire, ou pourrait être utilisée par le patient dans un sens accusatoire ou victimisant et retournée « contre » ses proches.

En présence de ces risques, il est plus indiqué de donner une première explication qui mette en lien le symptôme avec un trait existentiel central de l'identité du patient. C'est pourquoi il est important d'approfondir l'étude des différents types de personnalité. Etude fondamentale également pour apprendre à penser par « aller et retour » entre les dimensions relationnelles et individuelles. En effet, l'étude de la personnalité nous aide à construire des lignes de conduite pour prévoir dans quels processus relationnels ces traits ont été acquis. Enfin, le diagnostic de personnalité nous fournit un guide ultérieur pour choisir les techniques et les settings.

**Summary :** *Eleven types of personality. The integration of the diagnosis of personality to the complex systemic approach.* – Not in every case, specifically during initial sessions, is an explanation useful which connects a symptom with a relational problem in the family. In fact such an explanation can be misunderstood and considered as being critical and accusing, or could be used by the patient in a victimistic way « against » other family members. A better idea might be an explanation which connects the symptom with a key personality trait in the patient's identity. This is the first reason for the in-depth study of the various personality types. Another important reason for such a study is to learn to think in a « back and forth » fashion between relational and intrapersonal dimensions. In fact, a personality study helps us to build guidelines for anticipating in which relational processes those traits have been acquired. To conclude personality diagnosis gives us another guide for choosing settings and techniques.

**Resumen :** *Once tipos de personalidad. La integración del diagnóstico de personalidad al pensamiento sistémico complejo.* – No siempre, y especialmente en los primeros encuentros, es apropiado proponer al paciente una conexión entre el sintoma y una dificultad relacional. De hecho, una tal explicación podría no ser comprendida o ser recibida como crítica o acusación, si no podría ser usada por el paciente de manera victimística « contra » los familiares. Dado estos riesgos sería preferible una primera explicación

<sup>1</sup> Co-responsable de l'Ecole de psychothérapie «Mara Selvini Palazzoli».

Ce travail est le fruit d'intenses discussions avec Anna Maria Sorrentino et du sage arbitrage de Stefano Cirillo. L'enthousiasme avec lequel de nombreux élèves ont participé au débat et utilisé immédiatement certaines idées dans leurs thérapies en cours m'a convaincu de l'intérêt de leur publication. J'adresse un remerciement particulier à Laura Fino et je suis très gré à Marco Vannotti pour son aide précieuse dans la révision de la version française de ce travail.

que colege el sintomo con un rasgo central de la personalidad del paciente. También por esta razón es recomendable un estudio en profundidad de los tipos de la personalidad. Este estudio es importante también para aprender a pensar de manera «ida y vuelta» entre las dimensiones relacionales e intrapersonales. De hecho, el estudio de la personalidad ayuda a individualizar líneas guía para prever en cuales procesos relacionales estos rasgos habrán sido adquiridos. Concluyendo el diagnóstico de la personalidad nos ofrece una guía más para elegir técnicas y settings.

**Mots-clés :** Explication systémique versus interpersonnelle – Trait de la personnalité – Coresponsabilité – Désorganisation – Emotions du thérapeute.

**Keywords :** Systemic versus intrapersonal explanation – Key personality trait – Co-responsibility – Disorganization – Therapist's emotions.

**Palabras clave :** Explicación sistémica versus interpersonal – Característica de la personalidad – Corresponsabilidad – Desorganización – Emociones del terapeuta.

### **Restitutions relationnelles versus restitutions individuelles**

Dans l'optique systémique classique, la pensée en termes de relations (pensée circulaire) est perçue comme supérieure à la pensée en termes individuels (pensée linéaire). D'où le filon fondamental des recherches sur les systèmes et les contextes. Cette attitude théorique risque cependant d'entraîner une grave erreur. La polarisation vers une pensée hyper-relationnelle conduit à perdre de vue la dimension individuelle, c'est-à-dire la manière dont un individu se construit, élabore sa souffrance et invente ses stratégies de survie. Dans la pratique clinique et les supervisions, nous avons constaté que la «déformation systémique» pouvait faire perdre à l'individu toute consistance existentielle. La singularité de l'individu, la richesse de ses différentes facettes, ses contradictions et ses drames étaient réduits à un symptôme, à un symbole sur un génogramme ou à une marionnette mue par les fils du jeu familial.

Le point de vue systémique demeure certes essentiel. La pratique clinique, en effet, continue de nous présenter des situations où la psychopathologie et les souffrances sont liées à des problématiques familiales que l'on peut définir comme «prémises dysfonctionnelles» ou encore comme méconnaissance de la réalité. Le modèle systémique classique de la circularité visait une forme de méconnaissance typique : celle qui consistait à considérer le patient désigné comme un bouc émissaire. Il était défini par la famille comme malade/dysfonctionnel, ce qui conduisait à occulter les maladies ou les dysfonctionnements de ses proches et des relations familiales. De là découlaient les classiques, et souvent efficaces, redéfinitions du problème comme familial et la «dépathologisation» du patient. Cette stratégie d'intervention reste indiquée à deux conditions :

1. Avoir correctement évalué le système familial dans lequel certains membres-clés de la famille dénie leurs propres limites et vulnérabilités et les projettent sur le «patient».
2. Être capable de mener une thérapie qui restructure cette défense de déni/projection.

Il ne s'agit cependant pas d'une stratégie invariable. L'intervention de dépathologisation ne fonctionne que si elle parvient à confronter fructueusement les membres de la famille à leurs responsabilités dans le problème en cours. Dans les faits, il n'est pas rare qu'une hypothèse systémique n'ait pas de répercussions sur les patients et leurs proches si ceux-ci sont encore bloqués aux niveaux prépsychologiques de négation.

Toutefois, le problème n'est pas toujours celui de la rigidité d'une définition strictement individuelle du problème (« c'est lui qui est fou », « possédé par le démon », etc.). La rigidité d'une définition exclusivement relationnelle du problème peut être tout aussi dangereuse. Il peut en effet nous arriver, et ce de façon assez fréquente, de rencontrer des systèmes familiaux qui sont prisonniers d'une définition relationnelle erronée des drames qu'ils sont en train de vivre. Dans ces situations, le drame s'alimente précisément du déni des aspects individuels de la pathologie et de la méconnaissance des responsabilités propres.

### **L'exemple de la violence**

L'exemple le plus flagrant de ce type de systèmes concerne les couples où un homme violent frappe ou humilie sa compagne. Ici, le drame peut se perpétuer sur la base d'une prémisse systémique qui met sur le même plan la violence de l'homme et les défaillances/provocations de la femme. Dans ces systèmes, il est clair que la définition d'une pathologie individuelle de l'homme doit être la prémisse à toute intervention. Un projet thérapeutique familial ou de couple ne peut être fructueux que si, et seulement si, l'homme violent a vraiment accepté un programme thérapeutique visant à la résolution de son dysfonctionnement. Nous devons agir sur la croyance de cet homme qui nie son problème ou sa responsabilité.

Pour d'autres pathologies aussi, l'acceptation d'un état de souffrance ou de *mala-die individuelle* doit être obtenue au début du processus pour qu'une intervention psychothérapeutique, individuelle ou relationnelle, puisse avoir lieu. C'est le cas par exemple des dépendances : alcoolisme, anorexie, jeu de hasard, etc.

### ***Exemple clinique 1***

Récemment un collègue nous a présenté en supervision une demande de thérapie de couple formulée par des personnes ayant déjà été traitées à de nombreuses reprises mais apparemment sans aucun résultat. Il nous a semblé évident que répéter une fois de plus la définition d'un problème de couple, non seulement n'apporterait rien de nouveau, mais favoriserait sans doute une sérieuse mystification : celle de mettre sur le même plan les responsabilités de chacun des conjoints. Même s'il n'y avait pas de témoignage patent de violence physique, la dynamique sado-masochique paraissait évidente. L'homme exerçait une domination humiliante sur son épouse qui n'était pas en mesure d'y échapper (elle avait, en effet, fait échouer de nombreuses interventions destinées à l'aider à se séparer).

Dans de telles situations, il est plus utile d'orienter le traitement en considérant les troubles de personnalité des deux conjoints, troubles qui s'amplifient mutuellement.

## **Approfondir l'étude de la personnalité**

Approfondir l'étude de la personnalité nous paraît judicieux non seulement pour nous orienter dans les traitements individuels des patients demandeurs, mais aussi pour comprendre à quel moment, au sein même des consultations familiales, *les définitions de problème de type individuel – liant le symptôme ou le problème à un trait de personnalité du patient – sont préférables à une restitution systématique classique.*

Un accueil bienveillant de la fragilité et de la souffrance d'un patient peut faciliter une diminution de la défense de déni des autres membres de la famille. En effet, si un proche ressent le thérapeute bienveillant par rapport aux difficultés du patient, il pourra logiquement s'attendre à une attitude semblable à l'égard de ses propres limites. La procédure inverse par contre, c'est-à-dire partir de la dépathologisation, peut avoir l'avantage d'alléger pour tous le stigmate de la « maladie mentale » mais elle présente d'importants risques de confusion.

### ***Quelle approche pour quelle situation ?***

Un futur champ de recherche dans ce domaine devrait répondre à des questions telles que : à quel moment est-il plus efficace d'utiliser une explication exclusivement relationnelle ? Y a-t-il un avantage à fournir une explication mêlant à la fois des connotations relationnelles (égalisatrices) et des aspects individuels ?

Par exemple, en présence d'un problème relationnel évident et en l'absence d'une psychopathologie définie, il pourrait être indiqué de commencer par une restitution relationnelle qui mette sur le même plan les responsabilités de chacun des membres de la famille, en particulier dans les situations où le conflit se joue autour du « renvoi » de la définition de folie.

L'absence d'une psychopathologie structurée est un indicateur potentiel de maturité de la famille et donc d'une capacité réflexive de co-responsabilité. Mais cela ne constitue certainement pas un critère suffisant.

Une dynamique familiale très difficile à gérer est celle du conflit entre des parents préoccupés par des comportements à la limite du pathologique de leur fils adolescent et l'adolescent qui refuse, avec plus ou moins de colère, cette tentative de le définir comme malade ou problématique. Dans ces situations, il est préférable de privilégier une approche relationnelle prudente.

En présence d'une psychopathologie avérée, une explication centrée sur le symptôme en tant que défense contre une souffrance est utile afin d'apaiser la conflictualité présente en famille et créer un climat de collaboration pour comprendre et aider le patient. Cette démarche vise fondamentalement à désamorcer l'hostilité présente à l'égard du patient comme l'a indiqué Miermont (2002) à propos de la psychoéducation.

Concernant la position cognitive du patient, l'observation chez ce dernier d'une idéalisation de la famille et d'une autoculpabilisation nous oriente vers des explica-

tions relationnelles qui redistribueront plus correctement les responsabilités. Par contre, la diabolisation des membres de la famille nous pousse à donner des restitutions individuelles qui aident le patient à percevoir en quoi il alimente activement son mal-être.

En présence d'une psychopathologie, c'est-à-dire de symptômes spécifiques, une technique fondamentale est de mettre en lien, de façon logique et compréhensible, les symptômes avec un trait de personnalité-clé du patient (Selvini, Sorrentino, 2004).

### *Exemple clinique 2*

Voyons un exemple amené récemment en supervision. Giuliana, une femme de trente et un ans, demande pour la première fois une consultation psychologique pour un eczéma sévère dont elle souffre depuis quinze ans, soigné sans succès de différentes façons et diagnostiqué comme « psychologique » par le dermatologue. Dans cette situation, donner une première explication relationnelle pourrait être tout à fait inutile, vu la présence d'une histoire familiale ostensiblement dysfonctionnelle (parents séparés, mère alcoolique, relation conflictuelle avec le père, etc.). En effet, cela établirait un lien évident avec un passé triste et immuable.

Il pourrait se révéler plus utile de se focaliser sur le présent et d'aider la patiente à réfléchir à la rapidité, au détachement et au ton de banalisation qu'elle utilise lorsqu'elle parle de ces événements familiaux si douloureux. La patiente a probablement utilisé avec succès, durant de nombreuses années, une défense dissociative qui l'aidait à mettre de côté les multiples souffrances de son enfance. En se grattant, elle décharge sur elle-même une tension qu'elle n'a jamais pu partager. Elle a appris, depuis toujours, qu'il n'y avait personne pour écouter sa douleur. Dans ce cas, une restitution qui donne un sens au symptôme en le liant à un trait de personnalité, dans le domaine de l'attachement évitant organisé, se révèle efficace pour attirer son attention et ouvrir la voie à une consultation.

### **Les stades prépsychologiques**

Les proches du patient, tout comme le patient lui-même, doivent être aidés à surmonter les stades dits « prépsychologiques » de leur manière d'élaborer le problème afin de pouvoir bénéficier de la psychothérapie.

Le premier de ces stades est celui du déni ou de la banalisation du problème (tout va bien). Vient ensuite celui de l'omnipotence (je m'en sortirai seul), puis celui de la victimisation ou négation de la responsabilité (c'est la faute de mes mauvais parents ou d'autres) pour arriver finalement à l'acceptation d'une coresponsabilité.

Si nous retournons brièvement au cas de Giuliana, nous constatons qu'elle n'est jamais parvenue, en quinze ans, à passer à ce quatrième stade, continuant à chercher et ne trouvant pas de solutions aux stades de l'omnipotence et de la victimisation.

Une psychothérapie ne peut devenir efficace qu'avec l'émergence de cette capacité réflexive chez le patient et/ou ses proches (voir entre autres, Yalom, 1989). Quand nous rencontrons pour la première fois la famille d'un patient grave, il est improbable que tous aient déjà atteint le stade le plus évolué. Habituellement, seul l'un des

parents, le demandeur qui nous a appelé, a atteint ce quatrième niveau de conscience. Remarquez ici le parallélisme étroit avec ce qu'écrit Stefano Cirillo sur les familles maltraitantes (Cirillo, 2006, p. 29) réélaborant Trepper et Barret (1989).

C'est pour cette raison cognitive fondamentale qu'au premier entretien, une restitution relationnelle pourrait s'avérer inutile, voir contre-productive : nous ne parlons pas le même langage, nous ne pouvons pas être compris, une hypothèse systémique implique implicitement une coresponsabilité de tous, ce que le patient, mais également les autres membres de la famille, ne sont généralement pas encore en mesure de percevoir.

Par contre, une restitution systémique peut se révéler utile lorsqu'une famille amène en consultation un patient très rigide dans la négation de sa propre souffrance. Une explication relationnelle met le patient plus ou moins explicitement en position de victime. Cette approche peut l'aider à sortir de son déni car sa douleur, jusque-là pas entendue ou même objet d'attitudes hostiles, est finalement accueillie.

Une explication relationnelle peut donc servir à « conquérir » un patient fortement non demandeur. Parallèlement, il est nécessaire que les parents du patient aient la capacité de se remettre en question sans quoi nous risquons de nous faire comprendre du patient mais d'éloigner ses proches.

Par contre, si le patient a accepté une définition de maladie, ne serait-ce que grâce à l'évidence de ses symptômes, il se trouvera entre le stade de l'omnipotence et celui de la victimisation. Dans ce cas, une explication systémique peut s'avérer contre-productive car les proches peuvent nous percevoir comme trop alliés au patient, par ailleurs déjà très irrité à leur égard. Nous devons alors tester la capacité du patient à voir en quoi il est coresponsable de ce qui lui arrive. Le moyen le plus efficace pour y parvenir est de mettre en lien le symptôme avec une souffrance dont le patient cherche à se défendre (Selvini, 2003). Ce n'est que lorsque cette première étape sera acquise que l'on pourra s'attaquer à la seconde : mettre en lumière les traits uniques et spécifiques du patient et la façon dont ils sont liés aux symptômes, comme nous l'avons fait pour le cas de Giuliana.

### *Exemple clinique 3*

Prenons maintenant le cas d'une patiente anorexique. En tant que thérapeute, je peux très rapidement établir le lien entre la vie affective désastreuse de ma patiente, sa symptomatologie anorexico-boulimique et son sentiment d'étrangeté totale vis-à-vis de ses parents. Cependant, ni ma patiente, ni ses parents ne sont en mesure de faire immédiatement ces connexions : il faudra donc emprunter un chemin long et difficile dont les trois premières étapes seront :

1. Comprendre que la boulimie sert à gérer une souffrance due à une profonde solitude : c'est une technique pour l'anesthésier, pour se distraire (défense dissociative).
2. Travailler pour comprendre ensemble ce qui a pu déterminer cette incapacité à construire des relations positives ; d'où vient cette profonde méfiance à l'égard de l'autre ? D'où vient cette façon de se rapprocher et de se retirer simultanément dans toutes les relations importantes ?

3. Commencer à élucider les responsabilités individuelles, chacun face à sa « part » : les parents ont pensé que leur fille était tellement brillante et autonome qu'elle n'avait pas besoin de leur proximité, elle pouvait « grandir toute seule », et leur fille a pensé la même chose : mes parents sont inutiles, je m'en sortirai seule.

### *Modèle opératoire interne et diagnostic de personnalité*

Pour présenter ces trois étapes, nous avons utilisé un cas particulier, réel, caractéristique d'un modèle opératoire interne de type évitant versus désorganisé. Mais des schémas similaires peuvent être facilement construits pour tous les types de modèles opératoires internes.

Nous en arrivons ainsi à expliquer l'utilité centrale du diagnostic de personnalité. Identifier un modèle opératoire interne, c'est-à-dire une identité existentielle de fond, une façon d'« être au monde », n'est autre que commencer à établir un diagnostic de personnalité : seule la terminologie théorico-clinique change.

Le moment essentiel d'une psychothérapie relationnelle a lieu lorsqu'un contenu spécifique, crédible et convaincant est donné au lien que l'on fait entre le noyau de base de la personnalité et la relation avec la famille.

Pour ce faire, l'hypothétisation systémique, c'est-à-dire l'expérience accumulée durant ces cinquante dernières années, nous est d'une grande utilité (Selvini, 2007b). Cependant, la première ébauche d'un diagnostic de personnalité (par l'identification d'un trait important, voir Selvini, Sorrentino, 2004) est également essentielle. En effet, en étudiant la littérature et en réfléchissant systématiquement sur nos situations, nous avons à notre disposition des hypothèses « standards » : un trait symbiotique renvoie à des formes de surprotection, un trait narcissique à un type d'inversion des rôles où l'on a « obéi » à l'enfant, lui permettant de croire qu'il était le roi de la famille, etc.

### *Modèle systémique complexe*

Nous devons disposer d'un modèle systémique complexe où ces indications doivent s'intégrer aux autres systèmes d'évaluation essentiels. Par exemple, se focaliser sur une psychopathologie spécifique nous aide à connaître les constellations familiales les plus courantes liées à ce type de patients et à considérer les liens les plus fréquents entre ce symptôme et certains types de personnalité.

Pour renforcer la capacité à mettre en lien les différents niveaux, le schéma proposé par Benjamin (1996) est très utile. Selon elle, il est toujours possible de relever une cohérence entre les trois niveaux suivants :

1. la manière dont un individu a été traité ;
2. la manière dont un individu se traite lui-même ;
3. la manière dont un individu traite les autres.

Les stades pré-psychologiques nous aident à penser la psychothérapie comme un processus qui se développe dans un laps de temps prolongé. C'est pourquoi nous

avons besoin de modèles qui nous aident à décider quel ordre donner à nos interventions. Je renvoie à mon article « Techniques de prise en charge psychothérapeutique du patient non demandeur » (Selvini, 2003, 2005) pour une présentation théorique des trois phases du processus thérapeutique : entretiens préliminaires, consultation (ou alliance diagnostique), thérapie proprement dite.

### **Le thérapeute systémique a-t-il besoin des diagnostics de personnalité ?**

Historiquement, l'identité des thérapeutes systémiques s'est construite à l'**encontre du diagnostic**, s'opposant ainsi à la psychiatrie institutionnelle marginalisante et à la psychanalyse classique, sa fidèle alliée (Bruni, De Filippi, 2007). Redécouvrir les diagnostics de psychopathologie et de personnalité nous pousse donc à une véritable crise identitaire et à un important mouvement cognitif et émotionnel d'intégration de concepts.

A partir des années quatre-vingt, après *Paradoxe et contre-paradoxe*, le groupe dirigé par Mara Selvini Palazzoli a pris position en faveur d'une visée scientifique de sauvegarde du diagnostic psychopathologique. Madame Selvini considérait le diagnostic comme une référence irremplaçable pour la recherche clinique sur l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des troubles mentaux majeurs.

A cette époque, ce fut un choix à contre-courant particulièrement difficile (même s'il était partagé par d'autres comme Cancrini et Linares). Ces auteurs se distancieraient des thérapies constructivistes, postmodernes et narratives, toutes fortement opposées aux courants de recherche basés sur la psychopathologie.

Cependant, tout au long de la décennie quatre-vingt, le groupe de Mara Selvini Palazzoli continua à partager avec les thérapeutes narratifs une position hyper-relationnelle où la « redécouverte de l'individu » s'énonçait uniquement dans l'optique particulière de la « victime comme acteur » (Cirillo, *et al.*, 1990), c'est-à-dire sur la perception du patient comme stratège actif dans un jeu relationnel (Selvini Palazzoli, *et al.*, 1988). Cette conception que nous définissons comme « systémique-classique » sur le plan théorique, commença à chanceler sous l'effet de l'intérêt croissant pour la théorie de l'attachement. Le concept de « modèle opératoire interne » ramène au premier plan la possibilité de penser aux voies suivant lesquelles un sujet élabore son expérience relationnelle dans une identité de base. Simultanément, cette élaboration peut être vue comme ayant pour but la **défense** d'un excès de souffrance.

### **Une expérience personnelle**

Je mène seul depuis 1990 toutes les premières séances du centre de thérapie Mara Selvini (une moyenne de septante-sept séances par an) (Selvini, 2003). Cette pratique clinique a été progressivement influencée par cette évolution conceptuelle.

Au début des années 90, cette expérience me conduisit à une sorte de règlement de comptes avec le modèle systémique-classique. Un premier entretien familial doit

se conclure par une restitution ou explication concernant la psychopathologie qui nous est présentée (dans nos cas, ce sont principalement des troubles alimentaires et psychotiques). Les restitutions basées sur les critères classiques de la « dépathologisation » et de l'hypothétisation relationnelle se révélaient souvent désastreuses et contre-productive : les abandons de la thérapie, les résistances et les polémiques stériles avec les familles étaient fréquents.

Ces échecs m'ont poussé à expérimenter une approche différente : j'ai découvert que l'empathie des proches envers le patient et la collaboration dans la thérapie augmentaient énormément si, dans les premiers entretiens, je m'abstenais radicalement de toute restitution mettant en lien le symptôme avec les relations familiales. Il s'est avéré beaucoup plus productif de se concentrer sur des explications qui mettent en avant la souffrance personnelle et existentielle du patient qui essaie, au travers des symptômes, de se défendre et de contenir sa souffrance. Parallèlement, j'allais à la recherche de la façon d'« être au monde » du patient (trait-clé de la personnalité) : « un prince qui cache ses peurs ? » (aire narcissique) ; « une enfant qui ne parle pas ou qui crie se raisons ? » (aire borderline) ; etc.

### **Fiches résumées des onze types ou prototypes de personnalité**

Les onze types de personnalité peuvent être ordonnés sur le continuum classique utilisé dans les études de personnalité que nous avons dénommé autarchie/dépendance (Selvini Palazzoli, *et al.*, 1998), mais qui, dans l'histoire de la psychothérapie, a reçu des douzaines de noms. On pourrait en effet parler d'un continuum évitant/ambivalent ou introverti/extraverti, etc. (PDM, 2006, p. 22).

En adhérant à l'idée d'un « continuum » entre normalité et pathologie, j'estime que ces onze diagnostics peuvent être utilisés pour classer n'importe quel individu. Comme le soutient Johnson (1994), suivant que les caractéristiques (ou traits) sont rigides, envahissants ou radicalisés, on parlera de **style de personnalité**, **névrose de personnalité** ou **trouble de personnalité**.

Le diagnostic des onze types de personnalité doit également être considéré en termes de cohérence et d'organisation. Dans seulement un tiers des cas, un individu entrera de façon prépondérante dans un des types de personnalité. Dans la majorité des situations, le diagnostic finit donc par regrouper, de façon non équilibrée, des traits caractéristiques de deux ou trois types de personnalité. On peut parler de bonne organisation si ces traits sont proches ou contigus. On parle, par contre, de désorganisation lorsque les traits paraissent très contradictoires, par exemple les traits schizoïdes et symbiotiques sur l'axe autarchie/dépendance. La désorganisation, dans ses formes les plus éclatantes, peut être considérée comme une nouvelle terminologie pour les phénomènes de fragmentation et de scission que beaucoup d'auteurs ont réduits à la personnalité psychotique.

Je ne pense pas que le groupe A, excentrique (schizoïde/paranoïde), ait une affinité exclusive avec l'aire psychotique. Un sujet « paranoïde organisé » court tout autant le risque d'une décompensation psychotique qu'un sujet « symbiotique organisé ».

## Les émotions du thérapeute

Une particularité de cet écrit repose sur la tentative d'identifier les contre-transferts caractéristiques de ces types de personnalité.

Ce thème – ici seulement esquissé – part des considérations personnelles suivantes :

1. Les émotions du thérapeute en séance sont pluridéterminées : nous pouvons distinguer au moins huit facteurs les influençant, la personnalité du patient n'étant qu'un de ceux-ci (Selvini 2006).
2. Il existe une relation évidente entre la gravité du trouble de personnalité et la pureté et l'universalité du contre-transfert. Cancrini, citant Kernberg, l'a bien décrit lors d'un séminaire d'il y a quelques années (voir l'ouvrage récent *L'océan borderline*). Des patients moins graves, moins « prototypiques », peuvent susciter des émotions différentes chez des thérapeutes différents. Par contre, l'état-limite grave du DSM IV produit chez chacun de nous le même effet (même si certains réagiront en fuyant, d'autres en se paralysant, d'autres encore en s'acharnant, etc.). On peut donc dire que la même émotion peut porter à des contre-transferts ou des résonances différentes (Mony Elkaïm).
3. La relation avec le thérapeute est un instrument diagnostique fondamental, bien plus sûr que n'importe quel test ou récit.

## Continuant le débat sur le diagnostic

La pensée systémique complexe ou « familiale-individuelle », comme j'ai récemment essayé de la définir (Selvini, 2005a), est dans le prolongement de la pensée systémique classique ou historique (Watzlawick, *et al.*, 1967, et bien d'autres) par le fait qu'elle se méfie du mauvais usage du diagnostic en tant que réification d'un problème, connotation négative du patient, décharge de toutes les responsabilités sur le patient, stigmatisme social, etc. Ceci comporte un refus du diagnostic qui soit purement descriptif ou photographique. Le diagnostic systémique se caractérise par une attention particulière au processus de construction de la réalité menant à ce diagnostic. La pensée systémique classique mettait par contre de côté les diagnostics individuels, tombant dans un réductionnisme en niant les réalités individuelles.

La pensée systémique complexe, en conformité avec la prescription classique de penser par « aller et retour » (Selvini Palazzoli, *et al.*, 1988), récupère l'ensemble des niveaux diagnostiques qui se sont démontrés cliniquement utiles et opérants et tente toujours de les *interconnecter*. Ces niveaux (ou systèmes de classification) diagnostiques sont au moins au nombre de sept :

1. Demande : qui demande de l'aide, pourquoi et pour qui : quatre cas fondamentaux.
2. Psychopathologie : la symptomatologie, axe I du DSM IV.
3. Système : dans l'ici et maintenant.

4. Personnalité : modèle opératoire interne (MOI) ou organisation identitaire ou axe II du DSM IV.
5. Attachement : charnière fondamentale entre la pensée individuelle et relationnelle.
6. Trigénérationnel : la transmission des modèles relationnels.
7. Emotions du thérapeute : impact du patient sur le thérapeute et réaction du thérapeute liée à sa propre logique affective.

L'idée de base est qu'aucun de ces éléments ne doit être utilisé seul et/ou ne doit « dominer » les autres et en particulier le diagnostic de personnalité. Ce dernier ne doit *jamais* être isolé des autres niveaux diagnostiques et d'observation, ni être détaché des dimensions trigénérationnelles.

Ces niveaux diagnostiques se réfèrent à une théorie plus complexe et achevée que celle présentée par Selvini Palazzoli en 1998. Ces niveaux soulignent la nécessité de raisonner autour de trois pôles (symptôme, famille, personnalité) et de ne plus se centrer uniquement autour du lien symptôme-famille comme nous l'envisageons précédemment.

De manière générale, le champ de la psychiatrie et de la psychothérapie est divisé entre des professionnels, des modèles et des écoles qui refusent les systèmes diagnostiques et des secteurs opposés qui tendent à se polariser vers des formes de mythification/sacralisation des classifications nosographiques. Pour notre part, l'utilisation des systèmes diagnostiques aide à élaborer un certain relativisme et pragmatisme dans l'usage des diagnostics et à trouver une intégration plus équilibrée entre polarisations opposées.

## Onze types de personnalité

Nous allons pour suivre décrire les caractéristiques des onze types de personnalité :

1. schizoïde ; 2. paranoïde ; 3. narcissique ; 4. antisocial ; 5. évitant ; 6. obsessionnel ; 7. borderline ; 8. histrionique ; 9. parentifié (oral) ; 10. masochiste ; 11. dépendant-symbiotique.

### 1. Schizoïde

**Noyau de la définition :** Détachement, distance « sidérale », inaccessibilité dans la relation.

**Causes :** Cet enfant a été élevé avec difficultés et efforts, sans joie. Une éducation extrêmement formelle et détachée.

**Attachement :** Evitant détaché.

**Déficit fondamental :** Le sentiment d'appartenance à la famille, et aux relations affectives en général, est fortement altéré. Déficit du monitoring, c'est-à-dire aucune

capacité à reconnaître les états internes. Ces patients sont alexithymiques, c'est-à-dire incapables de reconnaître et d'exprimer leurs émotions. Déficit d'empathie.

**Contre-transfert typique :** La fatigue, l'ennui et la difficulté à arriver à la fin d'une heure de séance peuvent être très importants. Ceci d'autant plus que ces patients sont difficilement demandeurs. Ils arrivent souvent en thérapie par des pressions externes.

Di Maggio et Semerari (2003) parlent du cycle dysfonctionnel de la distance : le thérapeute, inconsciemment, réagit à la distance émotionnelle « sidérale » du patient en s'éloignant de lui à son tour.

**Indications de traitement :** Dans de nombreux cas, on travaillera surtout avec les parents du patient car les séances familiales n'aident souvent pas le patient à s'exprimer ou risquent d'être conditionnées par l'hostilité/le détachement d'un ou plusieurs des proches vis-à-vis du patient. Souvent, ces patients refusent l'implication de leurs proches.

Ce sont habituellement des patients peu traitables, qui nécessitent des temps très longs et une thérapie peu intensive car des séances trop fréquentes pourraient les perturber.

La thérapie doit être une expérience correctrice qui empêche le patient de rester en retrait, ce qui confirmerait sa vision du monde. Comme l'observe Sorrentino (Selvini, Sorrentino, 2004) avec tous les patients de l'aire autarcique, il convient de donner avant tout sur le plan des soins, des attentions, et d'encourager les proches à faire de même. Intervenir sur le plan des règles et des conseils se révèle beaucoup moins important.

**Combinaisons et sous-types :** L'idée de base est qu'elle est la forme la plus grave de l'évitant. Elle est très semblable au paranoïde, qui se différencie uniquement par la présence d'un parent plus clairement destructeur.

**Pathologies associées :** Autisme, dépression majeure.

## 2. Paranoïde

**Noyau de la définition :** Détachement, distance, comme chez le schizoïde, mais en même temps, la vigilance, due à la suspicion et au manque de confiance, prend une forme très active.

**Causes :** Cet enfant n'a pas seulement été un poids, il a aussi été haï et attaqué. Toutefois, il n'a pas fait que subir ; il a également appris des formes actives d'autodéfense du type : « la meilleure défense, c'est l'attaque ».

**Attachement :** Évitant détaché/furieux.

**Déficit fondamental :** Grave incapacité autocritique et autoréflexive. Les déficits sont les mêmes que ceux du schizoïde.

**Contre-transfert typique :** Le thérapeute est confronté à la méfiance et à la colère du patient qui projette sur lui ses parents sadiques ou indifférents. Le sentiment principal est donc celui de la peur.

**Indications de traitement :** Ces personnes sont difficilement traitables. Tout comme les schizoïdes, il est rare qu'ils demandent de l'aide. Réussir à établir une relation est très important mais il est parfois très difficile de ne pas être en collusion avec leur façon de se vivre exclusivement comme des victimes.

Il arrive que nous soyons interpellés par des proches de patients paranoïdes non traitables mais très souvent les séances conjointes ne sont pas réalisables. Vice versa, si les patients paranoïdes arrivent à demander une thérapie individuelle, ils refuseront souvent l'implication de leurs proches. Ce sont très souvent des pères maltraitants envoyés par le Tribunal.

**Combinaisons et sous-types :** J'ai déjà évoqué l'étroite ressemblance du paranoïde avec le schizoïde.

Le patient persécuteur qui rend la vie impossible aux intervenants est un sous-type du patient borderline. En effet, un certain sous-type borderline a un important noyau identitaire paranoïde : l'identité de victime peut en effet être interprétée dans un sens plus histrionique ou plus paranoïde (ce qui pourrait transformer le triangle dramatique – Karpman, 1968 – en carré).

Il est important de ne pas confondre le paranoïde avec le psychotique, car le paranoïde présente une organisation stable alors que le psychotique présente des traits contradictoires non intégrés. Même s'il est clair que beaucoup de psychotiques présentent d'importants traits ou défenses paranoïdes.

**Pathologies associées :** Somatisations associées au stress d'un état d'alarme permanent.

### 3. Narcissique

**Noyau de la définition :** Sentiment d'être particuliers, supérieurs.

**Causes :** On a obéi à cet enfant, exalté et utilisé comme trophée mais tout ceci se combine avec une dimension de négligence. En effet, l'enfant sait qu'il ne peut pas se permettre d'avoir des faiblesses sinon son mythe s'écroulerait. Cette dynamique peut être alimentée par les deux parents, ou par la mère dite « théâtrale » qui vit pour l'enfant en l'opposant au conjoint. La blessure fondamentale que ces personnes doivent élaborer est celle de ne pas avoir été aimées par leurs parents et leurs proches. Une froideur/inaffectivité de base occultée et en partie compensée par l'exaltation de leurs dons extraordinaires. Le manque d'empathie est passé d'une génération à l'autre alors que la dimension existentielle de la compétition a été encensée.

**Attachement :** Evitant furieux.

**Déficit fondamental :**

- Incapacité à reconnaître les limites et les difficultés, c'est-à-dire incapacité auto-critique.
- Graves difficultés dans les relations intimes : difficultés à s'impliquer et donc à impliquer l'autre de façon stable après l'enthousiasme des débuts. L'autre tend à être perçu comme dominant ou désintéressé.
- Déficit d'identification des émotions (ou monitoring).

On peut faire l'hypothèse d'une désorganisation de la personnalité typique du narcissisme, mais probablement présente aussi avec d'autres traits : une oscillation/instabilité entre être gagnant ou dominant, ce qui procure au sujet une sensation de bien-être, et couper la relation dès que ce besoin d'être au centre de l'attention n'est pas satisfait.

**Contre-transfert typique :** Le patient transmet une sensation de distance et d'exclusion : il ne nous fait pas sentir thérapeutes. Il est cependant possible qu'il y ait une idéalisation réciproque (Kohut, 1971) ou un climat de défi dans lequel le patient mette en doute la capacité du thérapeute ou l'utilité de la thérapie. La déception du thérapeute, qui s'est pris d'affection pour un patient (souvent brillant) et qui a été froidement « éliminé », est assez typique. Ces personnes doivent être dominantes dans toutes les relations. Si elles n'y parviennent pas, elles s'en vont. C'est effectivement difficilement compatible avec le rôle de patient en psychothérapie.

**Indications de traitement :** Ces patients ne sont traitables que s'ils ont subi des revers dans leur vie. La difficulté la plus typique est d'avoir été abandonné par son épouse. Si ce n'est pas le cas, c'est nous qui devons les mettre en crise ou les défier. Accueillir de façon empathique un narcissique compensé (tout comme un antisocial) est tout à fait contre-productif. Setting individuel avec élargissements.

**Combinaisons et sous-types :** Millon (1999) parle de quatre sous-types :

- Antisocial sans principes (beaucoup de leaders politiques).
- Le séducteur amoureux, Don Juan (histrionique).
- L'élitiste narcissique pur (l'aristocrate).
- L'évitant compensé (voir la fiche sur l'évitant).

J'ajouterais la combinaison classique avec le borderline, moins demandeur, plus paranoïde, très difficile à accrocher, et aussi le narcissisme névrotique dont parle Miller, c'est-à-dire le parentifié qui se sent spécial dans sa capacité à aider les autres. Voir aussi la fiche du « parentifié » qui est un des sommets du triangle dramatique. Nous pouvons ainsi identifier six sous-types.

**Pathologies associées :** Promiscuité sexuelle, troubles de la sexualité, abus d'alcool et de drogues, autres dépendances.

#### **4. Antisocial**

**Noyau de la définition :** Manque de remords pour les souffrances infligées à autrui, instrumentalisation des relations.

**Causes :** L'enfant a été activement rejeté, d'habitude par le père (Cirillo, *et al.*, 1994), et simultanément utilisé/valorisé comme défenseur par d'autres membres de la famille, souvent la mère, qui se sont révélés incapables de protection et d'empathie à son égard.

**Attachement :** Évitant furieux.

**Déficit fondamental:**

- Incapacité d'empathie avec pour conséquence un blocage de l'intimité.
- Graves difficultés dans la réflexivité autocritique (comme pour les narcissiques).

**Contre-transfert:** Ces patients sont souvent rencontrés dans des contextes d'intervention sous contrainte où ils parviennent à faire naître chez le thérapeute un mouvement empathique destiné à se transformer bientôt en une amère désillusion quand l'instrumentalisation de la relation se dévoilera.

Risque de colluder avec le patient dans une minimisation de la gravité de ses comportements.

**Indications de traitement:** Quand elles sont compensées, ces personnes ne sont absolument pas traitables. Elles ne le deviennent, non sans difficultés, que lorsque leur stratégie existentielle a été durement attaquée par des faits réels (prison, abandons, etc.), mais même dans ce cas, le climat de la prise en charge peut être essentiellement celui du défi et de la provocation, vu la présence d'un déficit important dans l'acceptation des limites propres.

**Combinaisons et sous-types:** Ce sont surtout les ressemblances avec le narcissique, dont il est l'un des sous-groupes, qui sont importantes. En effet, les déficits fondamentaux sont fort similaires.

Il serait intéressant de considérer si la personnalité sadique revient au même ou en est un sous-type ou si c'est une autre personnalité. De manière générale, on considère que l'antisocial fonctionne sur base d'une identification à l'agresseur (alors que le borderline est instable dans cette identité). Personnellement, je pense que la personnalité sadique peut être considérée comme synonyme d'antisociale, ou comme un sous-type possible.

**Pathologies associées:** Gabbard (1994) soutient que 50% des détenus se retrouvent dans cette catégorie et que beaucoup d'antisociaux deviennent toxicomanes (de 52% à 65%). L'abus de substances excitantes augmente la sensation de puissance objective. La dépression face aux échecs et la sexualité sadique sont fréquentes.

## 5. Évitant

**Noyau de la définition:** Peur du jugement, prédisposition à avoir honte de soi, timidité extrême.

**Causes:** Il s'agit d'un enfant chez lequel on a suscité la honte de soi et qui a été empêché d'exprimer ses pensées et ses sentiments. Le contrôle et un sens hypercritique tendent à paralyser le sujet, le poussant vers une complaisance formelle (hétérorégulation des objectifs). Pour eux, la proximité a toujours voulu dire contrainte ou humiliation. Ils cherchent donc des relations qui permettent une distance de sécurité. L'attention des parents est formelle, détachée, mais pas de façon extrême comme dans les familles des patients schizoïdes. Souvent ces personnes se souviennent qu'elles n'ont pas eu de rapport avec un des deux parents, si ce n'est pour recevoir des critiques ou des sarcasmes. L'autre parent compensait modestement.

**Attachement :** Évitant timoré.

**Déficit fondamental :**

- Le sentiment d'appartenance à la famille et aux relations est touché. Sentiment d'étrangeté.
- Déficit du monitoring, c'est-à-dire faible capacité à reconnaître les états internes : opaques pour eux-mêmes et pour les autres (Dimaggio-Semerari, 2003, pp. 296-298). Cela reste toutefois à un niveau modéré. En effet, «l'évitant est capable de raconter ses propres sentiments dans son journal intime mais il n'est pas capable d'exprimer verbalement sa douloureuse difficulté à vivre avec les autres» (*op. cit.*, p. 322).

**Contre-transfert typique :** Semblable à l'obsessionnel mais avec un degré moindre de fatigue et d'ennui. Il est plus facile que le patient parvienne à «raconter son journal». L'obsessionnel nous implique moins émotionnellement (et le schizoïde bien moins encore). Ce patient stimule abondamment un désir de protection. Il nous déçoit profondément quand nous nous rendons compte qu'il nous ment à nous aussi ! (pour éviter un reproche imaginaire).

**Indications de traitement :** Des séances individuelles et familiales en parallèle, où il est probable que les réunions familiales soient particulièrement efficaces pour restituer une voix à ces personnes. En particulier, à l'aide des techniques expérientielles pratiquées par Alfredo Canevaro qui favorisent le contact émotionnel intense, comme par exemple «le sac à dos» (Canevaro, Selvini, Lifranchi, Peveri, 2007).

**Combinaisons et sous-types :** Sa fréquente combinaison avec la personnalité dépendante, signalée par Gabbard, apparaît contradictoire avec la définition exposée. C'est peut-être lié à un défaut du système diagnostique qui confond l'évitement du conflit présent dans les deux types de personnalité mais qui s'inscrit au sein de dynamiques de fonctionnement très différentes. Nous-mêmes, nous avons pendant longtemps surdiagnostiqué la dépendance à cause de cette confusion. La contiguïté autarcique avec le parentifié, l'obsessionnel et le schizoïde (qui est un évitant poussé à l'extrême) est plus logique. L'évitant peut présenter une aire imaginaire ou réelle de «revanche narcissique» qui pourrait avoir généré le diagnostic incertain de Gabbard de narcissisme hypervigilant. Le double diagnostic dépendant-évitant pourrait être également lié à la fréquence élevée de patients névrotiques désorganisés qui oscillent entre ces deux types de fonctionnement.

**Pathologies associées :** Benjamin observe que les sujets évitants sont enclins à devenir «amants» ou «thérapeutes» pour pouvoir bénéficier d'une intimité tout en maintenant une distance de sécurité.

## 6. Obsessionnel-compulsif

**Noyau de la définition :** Perfectionnisme, sens du sacrifice, reproches à autrui, hyperresponsabilisation dans la gestion de soi.

**Causes :** Un enfant à qui on a donné et/ou qui s'est donné des règles excessives et une discipline rigide.

**Attachement :** Evitant timoré/détaché.

**Déficit fondamental :**

- Incapacité à s'accorder du plaisir et du repos, suivant le rythme de ses propres désirs.
- Difficulté d'entrer en relation de façon vraiment intime.
- Déficit du monitoring.

**Contre-transfert typique :** Frustration et difficultés dues à la distance émotionnelle et au rapport formel qui en découle. Le patient est cordialement sur la défensive. Méfiance faussement complaisante. Risque d'une fin prématurée de la prise en charge à cause de la fatigue/ennui du thérapeute.

**Indications de traitement :** Setting individuel et familial avec des séances conjointes et séparées. (Uniquement les parents lorsque l'hostilité réciproque et les difficultés de communication sont trop importantes dans les séances familiales.)

Il est fondamental de sauvegarder l'empathie, la légèreté et l'aspect agréable du travail individuel. La thérapie ne peut pas devenir un énième fardeau, un devoir ou lieu supplémentaire où vivre dans la peur d'être critiqué. Eviter de colluder avec les intellectualisations du patient, utiliser les techniques expérientielles, comme pour les évitants.

**Combinaisons et sous-types :** L'analogie la plus importante est avec l'autarcie et la méfiance organisée de l'évitant. Dans les cas les plus graves, cette méfiance peut se rapprocher du trait paranoïde. L'hyper-responsabilisation de soi peut s'étendre à un des proches créant ainsi une combinaison avec le trait parentifié. Le perfectionnisme extrême peut se rapprocher du trait narcissique.

Il existe deux sous-types principaux : celui de l'individu discipliné aux parents rigides et celui du sujet gravement carencé qui a souvent grandi en institution et qui s'est « sauvé » en s'autodisciplinant, phénomène typique chez les pères des anorexiques (voir Selvini Palazzoli, *et al.*, 1998).

**Pathologies associées :** Toutes les dépendances et les troubles de l'affectivité (dépressions majeures, troubles bipolaires).

## 7. Borderline

**Prémisse :** L'existence même de ce type de personnalité n'est pas acceptée par le mouvement psychanalytique contemporain. Voir le récent *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) publié par l'ensemble des associations psychanalytiques américaines unies contre le DSM. Le PDM cite quatorze troubles de personnalité, ajoutant les personnalités sadique, masochiste, dépressive, « somatisante », anxieuse et dissociative, mais sans inclure la schizotypique (à raison, il me semble) et surtout la personnalité borderline. En effet, si le diagnostic ne doit pas être seulement descriptif mais s'il doit faire correspondre un fonctionnement ou une organisation de la personnalité avec des comportements caractéristiques déterminés, il est vrai que des traits désorganisés (pour moi, synonymes de borderline) comme le dilemme besoin/

peur (impossibilité de réguler la distance affective) et les intégrations impossibles d'identité (traits antithétiques, oscillation entre idéalisation-diabolisation) peuvent être observés chez des types de personnalité très hétérogènes et pas seulement chez le borderline impulsif/agressif décrit comme prototypique par le DSM IV. Cependant, dans cet article, je suivrai la position prise par les cognitivistes qui considèrent la personnalité borderline comme un diagnostic en soi (Dimaggio, Semerari, 2003).

**Noyau de la définition :** Impulsivité agressive et autoagressive, instabilité émotionnelle entre des attitudes opposées, difficulté à réguler les distances interpersonnelles : trop proche/trop distant. La révélation précoce et immédiate de faits personnels très pesants est typique de cette catégorie. Le concept de triangle dramatique (Karpman, 1968) rend bien l'idée d'une oscillation d'identité entre les trois noyaux (les sommets du triangle) bourreau-victime-sauveur.

**Causes :** L'enfant a été effrayé et excité. Il a été traité de façon à ce qu'il se sente simultanément coupable et victime et il a été mis dans l'impossibilité d'intégrer correctement les différentes identités ou vécus (par exemple, plaisir dans la douleur, puissance dans l'impuissance, etc.).

Les relations fondamentales ont été paritaires et instables, oscillant continuellement d'une dimension relationnelle à l'autre. La structure de la famille (hiérarchies et distances) est très instable, changeant suivant les thèmes et les moments.

Expériences traumatiques fréquentes. Possibles phénomènes dissociatifs. On peut faire l'hypothèse que ces personnes ont eu des parents désorganisés aux associations relâchées. Le concept classique du «double-lien», telles les attitudes contradictoires de la mère du schizophrène décrite par Bateson (1956), peut être vu comme un exemple de désorganisation du fonctionnement des mères de ce type de patients.

**Attachement :** Ambivalent désorganisé.

**Déficit fondamental :** Manque de régulation émotionnelle, non intégration de polarités et rôles opposés (typiquement, la peur et le besoin de l'autre), déficit de hiérarchisation (avec hyperproduction narrative), états dissociatifs.

**Contre-transfert typique :** Le rapport thérapeutique est très intense et impliquant, plus qu'avec n'importe quel autre patient. La relation peut devenir également très stressante avec des patients hautement imprévisibles qui accusent le thérapeute, lui demandent de sortir du cadre, font du chantage au suicide. Il arrive ainsi que le thérapeute puisse en arriver à espérer que le patient abandonne la thérapie. Le patient reproduit chez le thérapeute ses propres scissions : lorsqu'il critique le thérapeute, il lui fait vivre simultanément, le sentiment d'être victime d'une violence injustifiée mais aussi le sentiment que le patient a en partie raison.

**Indications de traitement :** Le thème fondamental est de contenir et de stabiliser le patient pour favoriser l'ordre mental et l'intégration. Pour cela, les séances conjointes ne sont pas indiquées car elles risquent de favoriser des échanges agressifs, vindicatifs et accusateurs. Le format le plus classique est celui de l'«échiquier» ou «parallèle» dans lequel le patient est vu individuellement et les proches sont rencontrés parallèlement en individuel ou en sous-groupes. Les progrès de la thérapie rendent

ensuite utiles des séances élargies à un autre membre de la famille. Ici, l'objectif spécifique est de récupérer avec un des parents un attachement plus sécurisé, surmontant les dynamiques destructives réciproques antérieures (thérapie de la réconciliation) (Selvini 2005).

Le risque de surévaluer les ressources du patient est important. Le borderline est un patient « avide » et « dérégulé » pour lequel la rigidité et la distance du cadre psychanalytique classique ont été conçues. De leurs côtés, les thérapies familiales systémiques ont aussi inventé la directivité et les prescriptions pour les familles de ces patients.

*Combinaisons et sous-types :* Comme je le disais dans le préambule, la tradition psychanalytique s'oppose à la définition d'un tel trouble de la personnalité, réservant le terme borderline à un niveau ou type de fonctionnement (Kernberg 1980).

Je suis en partie d'accord sur ce point, reconnaissant que beaucoup de personnalités sont caractérisées par des oscillations, non intégration ou discontinuité d'identités (c'est-à-dire par de la désorganisation). Certaines de ces variantes peuvent être :

- Présence d'un noyau symbiotique/abandonnique particulièrement important.
- Victimisation plaintive qui s'apparente à la personnalité histrionique.
- Traits sadiques et hétéro-agressifs qui se rapprochent de la personnalité antisociale.
- Forte distance, mépris et méfiance dans les relations principales, ce qui s'apparente aux patients narcissiques, schizoïdes et paranoïdes.
- Présence d'une attitude importante : « je te sauverai ».
- La dissociation de la personnalité multiple.

La complexité de ces sous-identités diverses a été partiellement synthétisée dans le concept de triangle dramatique (victime, bourreau, sauveur).

Une hypothèse de travail possible est que tous les attachements désorganisés portent à des personnalités non intégrées qui peuvent fonctionner à un niveau névrotique (typiques, les symptomatologies phobiques, anxieuses et dysthymiques) ou à un niveau plus typiquement borderline. A un niveau encore plus grave de désorganisation, on arrive à la personnalité psychotique (Selvini, 2005) qui peut déboucher sur les schizophrénies, les troubles bipolaires et les dépressions majeures.

La présence d'aspects plus ou moins importants de fonctionnement désorganisé a été retrouvée dans pratiquement l'ensemble des onze types de personnalité que j'envisage ici. En particulier, chez toutes mes patientes anorexiques ou boulimiques, même celles plus évitantes/obsessionnelles, apparemment éloignées du prototype borderline du DSM IV. Ceci nous pose un problème théorique et clinique de fond car si nous nous détachons (comme nous essayons de le faire) des critères descriptifs du DSM IV pour classer les différentes personnalités et pour penser en terme de déficits et types de fonctionnement, nous ne pouvons pas définir une personnalité désorganisée car les oscillations polarisées de l'identité ou le manque d'intégration (0 sacrifice/égocentrisme, dominance/soumission, agressivité incontrôlée/inhibition) (Millon) ont été observés dans tous les types de personnalité.

Quels sont alors les déficits et le fonctionnement particulièrement spécifique d'une hypothétique personnalité borderline ?

L'erreur diagnostique la plus commune est celle de confondre une décompensation, c'est-à-dire une phase de souffrance aiguë, avec un diagnostic de personnalité. En effet, n'importe quel type de personnalité, dans un moment de désespoir aigu, tend à avoir des comportements impulsifs, agressifs, déréglés, etc. Il est fondamental de rappeler que le diagnostic de personnalité ne se donne qu'après avoir observé des comportements présentant une continuité et une répétition dans le temps. On ne peut pas le faire en évaluant seulement l'ici et maintenant.

**Pathologies associées :** Toutes les dépendances et les troubles de l'affectivité (dépressions majeures, troubles bipolaires).

## 8. Histrionique

**Noyau de la définition :** Théâtralité, exhibitionnisme.

**Causes :** L'enfant a été oublié. Pour exister, il a dû protester, se plaindre ou se rendre intéressant en se pliant aux besoins des adultes. Le cas le plus typique est celui de la petite fille négligée qui devient séductrice avec son père pour gagner son attention.

**Attachement :** Ambivalent organisé.

**Déficit fondamental :** La présence d'un noyau symbiotique, comme pour le borderline, renvoie aux mêmes déficits. En particulier, un déficit de mentalisation/réflexivité.

**Contre-transfert typique :** Le thérapeute se sent l'objet d'une forte manœuvre de séduction. Il peut être captivé par cela ou au contraire éprouver une irritation car il perçoit la fatuité ou la stupidité du patient.

**Indications de traitement :** Séances familiales et individuelles en parallèle. Indication spécifique à utiliser des interprétations et des réflexions qui favorisent la connaissance de soi.

**Combinaisons et sous-types :** Les combinaisons les plus courantes concernent la personnalité borderline du DSM et le sous-type séducteur du narcissisme.

**Pathologies associées :** Comme pour le borderline, les symptômes hystériques ou de conversion (cécité, paralysie) pourraient ne pas être présents dans une personnalité de ce type (Johnson, 1994).

## 9. Parentifié

**Noyau de la définition :** Ce diagnostic est absent du DSM et du PDM, sans doute car il s'agit d'une défense ou d'une adaptation globalement fonctionnelle, même si des formes extrêmes de dévouement aux autres du type « je te sauverai » peuvent exister. Ces formes sont toutefois socialement classées dans le domaine de la sainteté et non dans la pathologie. Elles sont cependant définies comme « orales » par la tradition psychanalytique (Johnson, 1994).

Ces personnes vivent en fonction des besoins d'autrui, négligeant et ignorant leurs propres besoins. Il y a une ressemblance importante avec les dépendants symbiotiques mais la différence fondamentale est que les parentifiés ne sont pas capables de demander de l'aide pour eux-mêmes, ils se contentent de la bienveillance qui dérive de leur dévouement aux autres.

**Causes :** L'enfant a été responsabilisé et « adultisé » en permanence dans une inversion des rôles. Il doit prendre en charge les besoins d'un des deux parents, des deux parents, d'autres membres de la famille ou de l'ensemble de la famille.

**Attachement :** Ambivalent.

**Déficit fondamental :** Analogies avec le dépendant, l'obsessionnel, l'évitant (voir les indications).

**Contre-transfert typique :** Il est fondamentalement agréable d'être avec une personne habituée à prendre en charge les besoins des autres. Comme pour le dépendant-symbiotique, le risque est que la protection complaisante du patient illusionne le thérapeute sur l'efficacité inexistante de la thérapie.

**Indications de traitement :** Setting individuel et familial. Aider la famille à prendre finalement en charge les difficultés du patient. Dans le setting individuel, il est important de travailler sur les différents déficits : celui de la représentation des objectifs propres (comme pour le dépendant), celui de la focalisation des désirs et la recherche du plaisir (comme pour l'obsessionnel), celui de la difficulté à exprimer ses sentiments et ses besoins (comme pour l'évitant).

**Combinaisons et sous-types :** J'ai déjà abordé les combinaisons principales avec le dépendant, l'obsessionnel et l'évitant. Le noyau « je te sauverai » est présent chez le borderline comme une des pointes identitaires du triangle dramatique.

Un sens extrême du sacrifice peut se rapprocher du masochisme. Par contre, si l'identité de sauveur est renforcée et valorisée à outrance, elle devient un noyau narcissique, équivalent au thème de la « revanche narcissique » qui caractérise certains évitants. Alice Miller (1996) a décrit ces personnes dans *L'avenir du drame de l'enfant doué*, parlant en effet de « narcissisme névrotique ».

**Pathologies associées :** Il n'existe aucune donnée à ce propos.

## 10. Masochiste

**Noyau de la définition :** Ce diagnostic n'est pas non plus présent dans la classification officielle du DSM IV, probablement pour des raisons politiques, du fait du lien étiologique évident avec la violence intrafamiliale.

Il n'est absolument pas clair si ce diagnostic de personnalité peut être ramené à l'usage commun et historique du terme, le masochisme sexuel, défini par Johnson (1994) comme « une perversion évidente de la sexualité où la douleur, l'humiliation et la dégradation sont recherchées soit car elles sont considérées comme agréables en soi, soit car elles rendent possible ou elles augmentent l'exutoire sexuel » (p. 225, ed. it.). Le masochisme sexuel pourrait être, en effet, une symptomatologie post-traumatique

particulière, typique des sujets très désorganisés. Le masochisme comme type de personnalité, pourrait, par contre, renvoyer à une tendance plus générale à mettre en acte des comportements frustrants dans la propre vie sociale, émotionnelle et professionnelle.

Au niveau descriptif, le trait le plus significatif est probablement celui d'une apparente soumission dans la relation, combinée à des éléments d'agressivité passive. Dans cette prospective, le diagnostic de masochiste vient coïncider avec celui de personnalité passive-agressive. Il s'agit de personnes très ambivalentes, pleines de ressentiment et d'envie, qui critiquent les autres à mots couverts et qui disent oui, mais pensent non.

Le patient a développé une sorte d'orgueil concernant sa capacité à être constamment une victime et à avoir pu, malgré cela, résister et survivre.

Le débat sur le diagnostic différentiel avec le diagnostic de personnalité que Millon (2007) définit « sceptique-négativiste », « pessimiste-dépressif » et « masochiste affligé » (*aggrieved*) reste ouvert.

**Causes :** L'enfant a été humilié et maltraité sans que personne, au sein de sa famille ni en dehors, ne bouge le petit doigt pour le défendre. Le sujet intériorise ainsi l'incapacité à se défendre activement et développe son identité autour de sa victimisation. Simultanément, il idéalise ses persécuteurs, au moins partiellement.

**Attachement :** Ambivalent.

**Déficit fondamental :** On retrouve, de façon fréquente, le cycle dysfonctionnel basé sur la typique prophétie qui s'autoréalise : ces personnes, s'attendant à être humiliées, créent les conditions qui favorisent leur mauvais traitement.

**Contre-transfert typique :** Désir de faire du mal ou, au minimum, de secouer le patient : irritation, mépris, pouvant aller jusqu'à des fantaisies de tortures physiques.

**Indications de traitement :** Setting individuel et familial. Essayer de montrer au patient qu'il n'est pas aussi impuissant qu'il le pense a déjà une grande influence et peut atteindre rapidement une efficacité positive majeure.

**Combinaisons et sous-types :** L'enfant, soumis à une discipline extrême, se retrouve à la frontière entre l'obsessionnel et le masochiste. Voir le célèbre cas freudien du Président Schreber. Une considération de ce type vaut également pour le dépendant qui tombe sous le joug d'une éducation sadique, et pour les humiliations qui construisent le versant évitant/schizoïde. Toutefois, le masochiste reste très ouvert à la relation. L'analogie, la combinaison et la confusion les plus fréquentes se produisent donc avec le dépendant et l'histrionique, ce dernier ayant lui aussi un noyau identitaire très lié à la victimisation. Cependant, l'histrionique est extrêmement revendicatif et protestataire tandis que le masochiste est, au maximum, légèrement plaintif.

## 11. Dépendant-symbiotique

**Noyau de la définition :** Incapacité à être seul de par son besoin vital de relations interpersonnelles protectrices.

Attention : ne pas le confondre, comme nous l'avons fait, avec des traits comme « l'incapacité à gérer un conflit » qui caractérise aussi les évitants, les schizoïdes, les parentifiés et les masochistes, mais sur des bases de fonctionnement différentes. Attention également à ne pas faire de confusion avec la capacité assertive qui s'avère finalement une sorte de synonyme d'incapacité à vivre un conflit.

**Causes :** L'enfant a été surprotégé et baigné dans un climat chargé d'une anxiété contagieuse. L'enfant n'a pas été critiqué de façon importante mais il a été l'objet d'une disqualification implicite, instaurée au travers d'une compulsion à l'aider, le conseiller, le mettre en garde, et surtout à faire à sa place. Les deux parents peuvent alimenter une telle symbiose, ou bien le père peut ne pas intervenir dans la fusion symbiotique avec la mère ou avec un autre proche éventuel, bien souvent la grand-mère maternelle. Lorsqu'on parle d'environnement négligent (Selvini, Sorrentino, 2004) ou autoritaire (Bornstein, 1998), on fait probablement confusion avec la personnalité parentifiée, dans le premier cas, et avec le masochiste ou l'obsessionnel, dans le second cas.

**Attachement :** Ambivalent.

**Déficit fondamental :** L'incapacité à développer une pensée propre de façon autonome entraîne une incapacité à avoir des projets personnels. La personne symbiotique se convainc de vouloir ce que désire la personne qui prend soin d'elle. En l'absence d'une personne de qui dépendre, elle ressent donc une sensation de vide. L'anxiété de séparation sera alors dominante. Cette anxiété est, par contre, absente chez les obsessionnels et chez les évitants où l'angoisse de prestation est, en revanche, très présente. La famille du dépendant symbiotique est typiquement la famille enchevêtrée, fusionnelle et inséparable.

**Contre-transfert typique :** Le patient est pendu aux lèvres du thérapeute et suscite chez celui-ci l'impression d'être un héros. Un grave danger est de reproduire un cycle symbiotique dysfonctionnel avec le thérapeute (jusqu'à arriver à une vraie relation sadomasochiste) ou par contre, que le thérapeute, irrité à la longue par la passivité et le côté « collant » du patient, l'abandonne en mettant fin prématurément à la thérapie.

Un autre danger important du cycle symbiotique dysfonctionnel est que le patient, idéalisant le thérapeute, lui fasse croire qu'ont eu lieu des changements en réalité inexistantes.

**Indications de traitement :** Les cognitivistes conseillent, eux aussi, un setting combiné (alterné) de séances individuelles et familiales conjointes (Dimaggio, Semerari, 2003, p. 293) : Le patient a habituellement de grandes capacités à entrer dans une alliance thérapeutique. Il est important de combattre l'idéalisation des figures d'attachement mais certainement pas pour amener à une séparation physique du patient. Il est essentiel que le patient commence à penser de façon autonome mais en restant dans la relation de soins pour la faire évoluer et changer. Il est important d'activer le processus adolescentaire que ces personnes n'ont jamais pu vivre. Il est dangereux, par contre, d'alimenter a priori une forme d'opposition réactionnelle. Il faut au contraire travailler afin de faciliter une plus grande capacité de faire des choix de façon autonome.

**Combinaisons et sous-types :** L'analogie et la confusion la plus typique est avec le masochiste qui tend, lui aussi, à entrer dans des relations de soumission et qui, en accentuant l'acceptation des humiliations, va favoriser celles-ci, voire les demander avec une attitude légèrement provocatrice.

Une autre confusion typique est avec le borderline qui, par définition, a toujours un important trait symbiotique/abandonnique mais qui est mêlé de façon désorganisée à un trait évitant ou à des traits impulsifs, agressifs, etc. Un symbiotique abandonné accentue sa soumission, un borderline le fait en y mêlant des explosions de colère.

Analogie, la contiguïté avec la personnalité histrionique.

Une autre similitude, apportant parfois de la confusion, concerne la personnalité parentifiée qui présente, elle aussi, des liens affectifs importants mais qui prend soin des autres et ne demande rien en retour. Le symbiotique est « en position basse »<sup>2</sup>, toujours menacé d'une escalade complémentaire avec des partenaires sadiques (antisociaux), narcissiques, borderline ou parentifiés qui l'utilisent pour leurs propres desseins.

**Pathologies associées :** Dépression, anxiété. Être victime d'une secte (tout comme pour le masochiste).

## Conclusions

Cet article a été écrit dans le but de fournir aux psychothérapeutes des « cartes » pour identifier les parcours familiaux qui conduisent aux différents types de personnalité : c'est un guide supplémentaire pour leur travail de compréhension afin de reconstruire et de co-construire avec les patients et leurs familles le sens de la souffrance.

Ces réflexions sont encore « en cours d'élaboration ». Il est impossible d'embrasser l'ensemble des contributions majeures de la littérature sur la personnalité. De plus, l'apport expérientiel des cas provenant, d'une part, de ma pratique clinique et d'autre part, de la pratique des enseignants de l'école, des supervisions d'étudiants et d'ex-étudiants, est encore trop basé sur les situations qui m'ont le plus touché et pas assez sur des confirmations quantitatives suffisamment solides. Enfin, les interconnexions entre les types de désorganisation du système et les types de désorganisation de la personnalité doivent être approfondies.

*Matteo Selvini*  
Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia  
Viale Vittorio Veneto, 12  
Milano – 20124  
Italie  
matteoselvini@scuolamaraselvini.it

<sup>2</sup> Le terme « down » est utilisé par l'auteur dans le texte italien (N.d.t.).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G., Jackson D.D., Haley J. Weakland J.H. (1956) : Verso una teoria della schizofrenia. Tr. fr. : Vers un modèle de la schizophrénie. In *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, Paris, 1980.
2. Benjamin S.L. (1996) : (Trad. it.) *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, LAS, 1999.
3. Bornstein R.F. (1998a) : Dependency in the personality disorders: Intensity, insight, expression, and defense, *Journal of Clinical Psychology*, 54, 175-89.
4. Bornstein R.F. (1998b) : Depathologizing dependency, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 67-73.
5. Bruni F., De Filippi P.G. (2007) : *La tela di Penelope*, Bollati Boringhieri, Torino.
6. Cancrini L. (2006) : *L'oceano borderline*, Cortina, Milano. Trad. fr. : *L'océan borderline*, de Boeck, Bruxelles, 2009.
7. Canevaro A., Selvini M., Lifranchi F., Peveri L. (2008) : La terapia individuale sistemica e il coinvolgimento dei familiari significativi, *Psicobiiettivo*, 28, 1, 143-166.
8. Canevaro A., (2009) : *Quando volano i cormorani. La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Borla, Roma.
9. Cirillo S., Di Blasio P., Malacrea M., Vassalli A. (1990) : La vittima come attore. In Vassalli, A. : *Segreti di famiglia*, Cortina, Milano.
10. Cirillo S., Rangone G., Selvini M. (1994) : Il sottotipo regolare dell'adolescente antisociale, *Terapia familiare*, 44, 37-46. Trad. fr. : L'adolescent antisocial: le sous-groupe de familles « régulières », *Thérapie familiale*, 1998, 19, 4, 323-334.
11. Cirillo S. (2005) : *Cattivi genitori*, Cortina Milano. Trad. fr. : *Mauvais parents, comment leur venir en aide*, Fabert, Paris, 2006.
12. Dimaggio G., Semerari A. (dir) (2003) : *I disturbi di Personalità, Modelli e Trattamento*, Laterza, Roma.
13. Gabbard G.O. (1994) : (Trad. it.) *Psichiatria psicodinamica*, Cortina Milano, 1995.
14. Karpman S.B. (1968) : Fairy tales and script drama analysis, *Transactional Bulletin*, 7, 39-43.
15. Kernberg O.F. (1980) : *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*, Jason Aronson, Inc., New York. (Trad. it.) *Mondo interno e realtà esterna*, Boringhieri, Torino, 1985. (Trad. fr.) *La personnalité narcissique*, Dunod, Paris, 1997.
16. Kohut H. (1971) : *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York. (Trad. it.) : *Narcisismo e l'Analisi del Sé*, Boringhieri, Torino 1976. (Trad. fr.) : *Le Soi*, PUF, Paris, 1974.
17. Johnson S. (1994) : *Character Styles*, W.W. Norton, New York. (Trad. it.) : *Stili caratteriali*, Crisalide, 2004.
18. Miermont J. (2002) : L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliare de William R. McFarlane, *Thérapie familiale*, 23, 2, 105-120.
19. Miller A. (1996) : (Trad. it.) *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002. (Trad.fr.) *L'avenir du drame de l'enfant doué*, PUF, Paris.
20. Millon T. (1999) : *Personality-guided therapy*, John Wiley & Sons, New York.
21. Millon T., Grossman S. (2007) : *Moderating severe personality disorders*, John Wiley, Hoboken, New Jersey.
22. Millon T., Grossman S. (2007) : *Overcoming resistant personality disorders*, John Wiley, Hoboken, New Jersey.
23. Pallini S., Schepisi L., Valcella F. (1999) : Disturbi di personalità. Alcuni modelli esplicativi, *Rivista di psicoterapia*, 9, 99.
24. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* (2006) : Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring, MD.

25. Selvini M. (2003): Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente, *Terapia Familiare*, 73, 5-33. Trad. fr. (2005): Techniques de prises en charge psychothérapeutique d'un patient non demandeur, *Cahiers Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 34, 159-188.
26. Selvini M. (2005a): *L'approccio sistemico «familiare-individuale» alle più gravi psicopatologie*, www.scuolamaraselvini.it
27. Selvini M. (2005b): *Lettura di Stephen Johnson (1994) 292: Stili caratteriali*, Crisalide, 2004. www.scuolamaraselvini.it
28. Selvini M. (2006): Introduzione al tema *Controtransfert e risonanze nelle sedute individuali e nelle sedute familiari*. Relazione al Convegno di Salice Terme, 27 ottobre 2006. www.scuolamaraselvini.it
29. Selvini M. (2007a): La complessità dell'obesità. Relazione introduttiva al 2° convegno dell'associazione Centri Mara Selvini *Anoressia e disturbi del comportamento alimentare*. www.scuolamaraselvini.it
30. Selvini M. (2007b): Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica, *Terapia familiare*, 84, 9-29.
31. Selvini M. (2009): Prefazione a Canevaro (2009).
32. Selvini M., Sorrentino A.M. (2004): *Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico*. www.scuolamaraselvini.it
33. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988): *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano. Trad. fr.: *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris, 1990.
34. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1998): *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milano. Trad. fr.: *Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale*, Médecine et Hygiène, Genève, 2002.
35. Telfner U. (2006): *Ho sposato un narciso*, Castelveccchi, Roma.
36. Trapper T.S, Barret M.J. (1989): *Systemic Treatment of Incest: A Therapeutic Handbook*, Brunner-March, New York.
37. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967): *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*, Norton and Compagny, New York. Trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971. Trad. fr.: *Une logique de la communication*, Seuil, Paris, 1972.
38. Yalom I. (1989): *Love's Executioner & other tales of psychotherapy*, Harper Perennial, NY. Trad. fr.: *Le Bourreau de l'amour, histoire de psychothérapie*, Galaade Editions, Paris, 2005.