

Douze dimensions pour orienter le diagnostic systémique¹

Matteo SELVINI².

Traduction de Dominique Wathelet

Résumé

Dans cet article, l'auteur traite le concept de diagnostic systémique étroitement apparenté à celui de l'hypothétisation relationnelle. Un instrument opérationnel clinico – théorique essentiel pour n'importe quel psychothérapeute qui a été discuté dans une infinité de contextes mais généralement de manière anecdotique, des exemples cliniques ou relatifs à des problématiques spécifiques. Ici on tente par contre une systématisation plus globale en articulant douze dimensions possibles, utiles comme guide des diverses focalisations potentielles d'observations et d'interventions.

Summary

In this article the author treats the concept of systemic diagnosis, which is strictly similar to the concept of relational hypothesization. It's a basic clinical and theoretical tool for every psychotherapist and it has been discussed in a infinite number of contexts, although generally either on the basis of the anecdotal evidence of clinical examples or discussing specific topics. The present study seeks to provide a wider systematization, by defining twelve possible dimensions, useful as a guide for different potential focalizations for observation and intervention.

Préambule général

Par diagnostics systémiques il est question de ces évaluations provenant de deux éléments fondamentaux :

1. La connaissance des faits de base de l'histoire du patient et de sa famille. Ces faits de base sont les éléments essentiels, immédiatement nécessaires pour situer la description d'un problème (acte initial de toute consultation) : il s'agit des décès, des séparations, de la composition de la famille, des différences d'âge, de l'ordre des naissances, des maladies graves, etc...Je me réfère ici aux informations les plus macroscopiques, celles les plus chargées d'évidences qui sont dès lors les moins sujettes à interprétation.
2. L'observation dans l'ici et maintenant de la manière dont la famille se raconte ; aussi bien entre eux dans l'intimité qu'en présence du professionnel avec lequel elle entre en contact.

Par définition donc le diagnostic systémique proprement dit, se base surtout sur la possibilité d'observer en direct l'interaction d'une famille dans la salle de thérapie, même si parfois les témoignages des intervenants qui entrent systématiquement en contact avec chacun des membres de la famille (d'autres psychothérapeutes, médecins, éducateurs, enseignants, assistants sociaux, etc...) sont également utiles.

Le diagnostic systémique évalue l'ici et maintenant de la famille (l'aspect synchronique) même si, comme nous l'avons vu, il prend en considération certains faits marquant l'histoire personnelle et familiale (aspect diachronique). En cela il se différencie d'un autre système diagnostic relationnel bien connu : le tri générationnel qui se focalise au contraire sur l'histoire et sur les processus de transmission de traits de personnalité et des comportements, au travers des générations. Il s'agit d'une autre racine essentielle de la tradition de la thérapie familiale, évoquant les travaux de pionniers tels que Litz (1963), Bowen (1978),

¹ Traduction d'un article paru dans Terapia Familiar version de janvier 2008.

² Co-reponsable de L'École de Psychothérapie de la Famille « Mara Selvini Palazzoli » de Milan. Dans l'élaboration de cet article j'ai été aidé par les conseils et les suggestions de Sefano Cirillo, Roberto Berrini, Paola Covini et Paola Morosini.

Framo (1992) etc qui ont parlé de transmission de l'irrationalité, d'indifférenciation, etc...; citons également l'ensemble de l'abondante littérature sur les cycles tri générationnels (de l'abus sexuel par exemple, du pouvoir matriarcal, ou de la dépendance à l'alcool, etc...). L'évaluation tri générationnelle s'amorce par la réflexion sur le type d'enfant³ que le parent a été. Et tente de comprendre quels ont été les modèles qu'il/elle a eu l'occasion d'intérioriser. S'est-t-il identifié à un parent violent ? A-t-il été le pitre⁴, qui a réanimé un couple déprimé ? A-t-il tenté d'éluder une situation difficile en ne pensant qu'à lui-même ? Les considérables variabilités de conduites avec laquelle la personne que nous rencontrons en qualité de parent, aura vécu et élaboré sa position d'enfant, auront assurément une influence décisive sur son identité globale et de toute évidence sur sa parentalité.

Le diagnostic tri générationnel renvoie aux aspects diachroniques, alors que dans cet article je me concentrerai sur les aspects synchroniques, liés autrement dit à l'ici et maintenant de l'évaluation relationnelle, aspect que je définis traditionnellement comme systémique.

Mon choix est sous-tendu par un critère opérationnel de simplicité, qui situe le diagnostic systémique (ou l'hypothétisation, voir Selvini Palazzoli & coll. 1980) dont l'utilisation essentielle se fait durant dans la phase de consultation; c'est-à-dire dans la phase initiale du traitement familial, après l'évaluation de la demande. Alors que d'une manière générale le diagnostic tri-générationnel et les diagnostics individuels ne deviennent opérationnels que dans une phase postérieure. De nombreux thérapeutes familiaux refusent également d'avoir recours aux diagnostics individuels, qu'ils perçoivent comme « étiquetants » : mon point de vue sur cette question, est précisé dans un autre travail rédigé parallèlement à celui-ci (Selvini 2007 en cours de traduction). Par contre dans une consultation individuelle le diagnostic de personnalité devient opérationnel avant le diagnostic systémique ou tri-générationnel.

D'un point de vue historique, le diagnostic systémique s'avère compliqué dans la mesure où toute une série de concepts clés, auxquels de nombreux pionniers ont associés leurs noms, sont utilisés en ordre épars. Une diversité « d'écoles » sont nées, sans que ne soit tentée la construction réelle d'une théorie unitaire aboutie pouvant catégoriser les divers modes de fonctionnement des systèmes familiaux. Les tentatives les plus précises ont donné lieu aux échecs les plus retentissants, par exemple le double lien dans la famille du schizophrène (Bateson & coll. 1956) ou d'autres modalités périphérique de la famille du patient présentant une pathologie déterminée (Selvini Palazzoli & coll. 1998-2002). Les autres classifications sont utiles mais trop générales : enchevêtrement / désengagement, fonctionnel / dysfonctionnel, l'interaction symétrique / complémentaire (Watzlawick & coll. 1967), l'indifférenciation (Bowen 1978) et d'autres concepts comme par exemple « l'homéostasie rigide ». Dans cet article je propose donc une classification du fonctionnement selon douze dimensions non disjointes et non hiérarchisées repérables dans un continuum : absence / intermédiaire / présence ; c'est-à-dire, ce qui les disposent dans des polarités opposées.

Le critère pour utiliser ou privilégier l'une ou l'autre de ces douze dimensions systémiques est celle de l'évidence ou de la rapidité: lorsque que l'on perçoit l'opportunité d'une intervention simple et aisée que la famille peut comprendre, accepter, réaliser.

J'écris cet article avec trois objectifs :

1. Le premier objectif fondamental concerne l'enseignement de la pratique thérapeutique : aider le thérapeute systémique en formation ou le thérapeute d'une autre orientation, à comprendre ce qu'est le diagnostic systémique et comment peut-on arriver à le formuler ?
2. Le second contribue à une meilleure définition des systèmes diagnostiques (ou d'évaluation) que le thérapeute systémique doit être en mesure de maîtriser : chercher à définir le diagnostic systémique implicitement accentue la différence avec les six autres systèmes diagnostiques que je considère comme indispensables :
 1. Typologie de la demande d'aide
 2. Psychopathologie
 3. Type d'attachement
 4. Tri-générationnel
 5. Personnalité
 6. Émotion du thérapeute

³ L'auteur précise bambino/figlio (enfant/fils, fille) : nous pouvons en déduire qu'il accentue donc le concept d'enfant sur base d'un vécu personnel et d'une inscription dans la filiation (par le terme fils et fille).(ndt)

⁴ Pagliaccio : 1 clown, pitre, paillasse ; 2 (fig.) fantoche, pantin, guignol (ndt)

3. Finalement, sur le plan d'une théorisation clinique, je souhaite que cette tentative de systématisation des dimensions systémiques aide à construire des liens avec les autres systèmes diagnostiques présentés plus haut. En particulier comme on le verra également ailleurs dans l'article, il me semble intéressant de contribuer à la recherche, devenue trop accessoire de nos jours, de connexions entre la position individuelle dans un système et le type de personnalité.

Je n'ai certainement pas la prétention d'élaborer ici une théorie systémique unifiée en un article. Je tente simplement de mettre à disposition un matériel que j'espère suffisamment utile d'un point de vue didactique. Et qui puisse engendrer quelques modestes ébauches et propositions élémentaires de définitions et le développement de la théorie systémique.

Je tenterai à présent d'illustrer les douze dimensions.

1. Dimension structurale

Il s'agit de la dimension classique élaborée par Minuchin (1974) traitant de l'organigramme de la famille en termes de respect de la hiérarchie, de proximité/distance, de frontières et de sous systèmes. Elle permet une série de stratégies aussitôt opérationnelles. Par exemple, dans la structure avec une mère et un fils très proches et un père absent. On travaille à rapprocher le fils de son père en le détachant de sa mère, comme l'enseigne la littérature concernant les toxicomanes masculins, depuis de Stanton et Todd (1982).

Les exemples sont infinis : par exemple dans les interventions de notre groupe, on travaille à rapprocher les parents trop éloignés l'un de l'autre (prescription invariable, Selvini Palazzoli & coll. 1988 - 1990) ou encore à réorganiser la place d'un fils ayant assumé un leadership dommageable (frère envoyeur prestigieux, Selvini Palazzoli 1985).

Comme je l'évoquais plus haut, durant de nombreuses années, la recherche clinique en systémique a tenté de rattacher une certaine configuration, y compris, structurale de la famille à une psychopathologie individuelle spécifique : la famille du schizophrène (Haley 1959), la famille de l'anorexique (Selvini Palazzoli 1974) etc... Ce programme de recherche a échoué puisqu'il était erroné d'un point de vue conceptuel, dans la mesure où il se basait sur un réductionnisme excessivement simplificateur des variables en jeu. C'est la raison du développement récent d'une approche mettant en corrélation trois pôles : famille, symptôme et personnalité (Selvini Palazzoli & coll 1998).

Toutefois il est possible de déterminer des structures familiales spécifiques, associées avec une probabilité beaucoup plus grande, que celle due au pur hasard, à des symptômes spécifiques ou à des troubles de la personnalité.

Par exemple une structure très égalitaire⁵ des relations familiales (absence de frontières et de hiérarchie, responsabilisation précoce mais instable des enfants, échange des rôles entre parents et enfants, mère et fille qui apparaissent comme deux sœurs...) est observable en présence d'une pathologie de la personnalité, aussi bien chez les parents que chez les enfants, du groupe dramatique (en particulier chez les types borderline et histrionique).

Toutefois il ne faut en aucun cas oublier qu'il est impossible d'établir un lien de causalité linéaire entre les traits de personnalité et les configurations familiales, vu la nature complexe de ces phénomènes.

Je souhaite aborder un problème qu'il m'est toutefois impossible d'approfondir dans cet article et qui concerne la manière dont ces douze dimensions peuvent être étudiées ou observées. La dimension structurale est la plus directement observable dans la consultation familiale en elle-même : par exemple au travers les comportements non verbaux : comment les personnes s'asseyent-elles ? Qui touche qui ?, Qui regarde qui ? Cela nous permet une première perception immédiate des sous systèmes dans la famille. D'une manière analogue, il suffit généralement de quelques minutes de conversation familiale pour avoir une idée précise de la cohésion du couple parental. D'autres informations clefs peuvent être obtenues au moyen de questions spécifiques, il s'agit d'une source très intéressante d'observation sur la

⁵ Paritario : Paritaire (ndt)

structure de la famille. De poser la question : Comment est agencée la maison ? Qui dort avec qui ? Dans quel lieu ? Par exemple je me rappelle encore de ce garçon toxicomane, fils unique d'un riche entrepreneur séparé de sa femme, qui n'avait pas sa propre chambre dans une villa de 200 m² et dormait dans un lit à deux places avec son père. Ou encore ce père qui glorifiait sa famille d'origine, aisée financièrement, dans laquelle toutefois il n'avait jamais eu de chambre à lui. Il dormait dans l'appartement à l'étage supérieur en compagnie de sa grand-mère.

2. Dimension du jeu de pouvoir ou stratégique

C'est la dimension classique élaborée par Haley (Mandanes 1981) et qui débouche sur le livre "*Les jeux psychotiques de la famille*". Ici les concepts de base sont ceux d'alliances, coalitions, triangles pervers, instigation, imbroglio, pat⁶ de couple, retrait.

Cette dimension ainsi que la dimension structurale, représentent historiquement la base de la thérapie familiale. Elles sont donc souvent étroitement entremêlées et s'avèrent difficilement différenciables. Toutefois la dimension structurale souligne d'avantage la disposition des relations dans l'espace affectif de la famille, alors que l'aspect stratégique souligne par contre la lutte pour le pouvoir. Cela n'empêche que si nous prenons comme thème central : « qui commande en famille ? » (c'est-à-dire du leadership) nous pouvons le considérer sous l'angle structural comme : « qui occupe l'espace au sommet de la hiérarchie ? » ou sur l'angle stratégique : « qui a gagné la guerre pour le pouvoir ? »

Un thème tout à fait classique, transversal à l'égard des dimensions, tant structural, que du pouvoir, est celui de la triangulation. Avec ce terme nous nous référons à la manière dont la relation entre deux membres de la famille influence un tiers familial. La triangulation pourrait aussi être considérée comme une treizième dimension. L'exemple le plus classique est celui de l'effet sur l'enfant du conflit de couple, souvent défini comme *enchevêtrement*. Mais les exemples sont innombrables, l'on pense au travail accompli par Bowen (Anonyme (=Bowen, M.), 1994) sur sa propre famille d'origine, pour combattre la tendance des membres de sa famille à parler entre eux d'un tiers, en l'utilisant afin de diminuer la tension entre eux et en ne parlant jamais directement avec cette tierce personne. Haley (1969) définit par contre le « triangle pervers » comme : l'alliance entre un parent et un enfant contre l'autre parent. Durant les dernières années Fivaz-Depeursinge et Favez (2006) ont mené des recherches très intéressantes et essentielles concernant la triangulation au travers l'étude de l'interaction père-mère-enfant.

On peut trouver de nombreux exemples de la dimension du pouvoir, dans mon dernier livre « *Réinventer la psychothérapie* » comme dans l'introduction (page 30 de l'édition française) le cas Cremonini, un remarquable exemple de triangle pervers d'une fille qui était instiguée, contre sa mère (présentée comme inadéquate et malade) tout en étant séduite de manière embrouillée par son père (par sa croyance en la supercherie de l'avantage octroyé par l'existence d'une relation supposée privilégiée avec son père).

Cette dimension sur le plan du traitement est historiquement liée aux paradoxes (interventions provocatrices indirectes) ou dévoilement du jeu en cours (interventions provocations directes, questions terribles, etc....).

Luigi Cancrini s'est particulièrement occupée de la thématique du retrait du jeune adulte dans la famille (comme on le voit dans son livre avec Cecilia la Rosa *Il vaso di Pandora* p. 59 et suivantes).

La dimension du pouvoir tout comme celle voisine de la justice sont fondamentales pour l'identité du thérapeute systémique. L'expérience clinique nous a en effet souvent conduit à nous immerger dans une réalité où celui qui a le moins de pouvoir et subit les injustices est le patient désigné. Nous avons en effet souvent observé une corrélation entre symptômes et injustices : héritage inique, maltraitance et violence, exclusion de secrets importants (Selvini 1994), rejet⁷ à l'intérieur de la famille (le fils de personne) etc...

Toutefois des repréailles ou une action de redresseur de tort ; excessives (tout comme une neutralité absolue) sont parfaitement destructrices pour le rôle thérapeutique puisqu'elles tendent :

1. à sous-évaluer le rôle actif du patient
2. à négliger la gravité de la souffrance des proches, avant et après le début de la symptomatologie.

⁶ Pat : terme d'échec : se dit du roi qui, sans être mis en échec, ne peut pourtant plus bouger sans être pris. Concernant la théorisation systémique de ce concept voir notamment : « *Les jeux psychotiques dans la famille* ». (ndt)

⁷ Emarginazione : Exclusion, marginalisation, mise en marge. Notre choix de traduction va peut-être un peu au-delà de la pensée de l'auteur. (ndt)

A l'égard du pouvoir, le thérapeute doit donc avant tout travailler sur lui-même, trouvant le laborieux équilibre entre l'omnipotence (l'illusion de soigner toujours et tout le monde avec ses propres moyens) et l'impuissance (juger tout le monde trop gravement atteint, peu motivé, le contexte inadapté l'intervention efficace etc...). Il devra ensuite retransmettre ce même équilibre aux patients et leurs familles par la restitution du pouvoir et de la responsabilité.

Historiquement, ces dilemmes cliniques et éthiques ont été élaborés en parlant de « *neutralité* » ou de « *curiosité* ». Concepts qui aujourd'hui me laissent assez perplexe parce qu'ils risquent de cautionner d'éventuelles réticences du thérapeute à s'impliquer réellement dans la relation avec les patients et leurs familles. Bien évidemment le risque que le thérapeute s'implique ou s'implique exagérément de manière erronée et iatrogène, en tombant dans le jeu de l'un contre les autres, reproduisant des schémas d'agressions ou d'hyperprotection existe également. Toutefois un thérapeute intelligent et intuitif mais qui reste détaché émotionnellement, ne sera pratiquement jamais un bon thérapeute et décevra celui qui tente à se confier à lui. Dans l'observation de cette dimension du pouvoir, les enquêtes les plus classiques concernent le leadership, c'est-à-dire la reconstruction de la manière dont la famille élabore les décisions les plus importantes, en commençant par celle de venir en thérapie, pour ensuite aborder la décision de se marier, d'avoir un enfant, le choix du lieu où habiter etc...

3. Dimension du contrôle et du guidage

Il s'agit de l'évaluation classique de la manière dont les parents peuvent garantir le respect des règles par les enfants. Une littérature psychopédagogique abondante existe sur la thématique avec textes comme « *Se mi vuoi bene, dimmi di no* »⁸ (Ukmar 1997) où encore « *Oser dire non – Favoriser confiance et estime réciproque entre parents et enfants* »⁹ (Phillips 1999). C'est le thème de la capacité des parents d'assumer un rôle de guide (voir le concept de « *masering* » dans Di Blasio 2005)

Dans la tradition systémique (et pas uniquement), les familles des toxicomanes ont été évaluées comme présentant généralement un déficit manifeste, à l'égard de cette dimension du contrôle parental (ou rôle de guide ou « *mastering* »). De là, la prescription classique aux parents, lors de la désintoxication du fils à la maison ; mais également les modèles d'implications parallèles des parents aux programmes de certaines communautés thérapeutiques, ou encore la puissance même d'une consultation familiale comme évènement qui en soit, favorise la reprise d'une parentalité effiloché.

Au pôle opposé de cette dimension, par exemple pour l'anorexie restrictive, nous pouvons nous mesurer aux habituels excès d'une parentalité contrôlante, essentiellement en ce qui concerne le rapport à l'alimentation. De là, les prescriptions, à partir des séances préliminaires, de diminuer le contrôle direct des parents sur l'alimentation de leur fille et sur l'ensemble de sa vie en général, au travers d'interventions éducatives directes ou d'expérience qui en font vivre l'absurdité (on pense aux thérapies de Minuchin dans lesquelles en présence du thérapeute, les parents devaient inciter leur fille à manger).

Il est également d'un grand intérêt d'évaluer le degré de contrôle que les enfants exercent à l'égard des parents, on pense l'abondante littérature sur l'implication des enfants dans les problèmes de leurs parents. Voir l'énoncé de Mara Selvini Palazzoli de « *Paradoxe et contre paradoxe* » : "...la prétention symétrique de « *réformer* » les parents constituait le noyau peut-être le plus important des troubles de l'adolescent, y compris des troubles psychotiques." (Selvini Palazzoli & coll., 1975 - 1978. p. 100-101 de l'édition française).

Le lien entre la dimension relationnelle de l'hyper contrôle et l'ensemble le groupe C du DSM IV (dépendant, évitant, obsessionnel) est évident. Le contrôle est toutefois un thème trop général : enfin de distinguer les trois catégories du groupe C, nous pourrions parler de contrôle d'hyperprotection pour les dépendants (ou symbiotiques), contrôle basé sur la critique, sur le fait de susciter la « honte » pour les évitants, et finalement du contrôle basé sur l'excès de règles et de discipline pour les obsessionnels. La grande part des anorexiques restrictives, du point de vue de la structure de personnalité, se situent dans le groupe C du DSM IV et ceci semble confirmer le schéma théorique classique sur lequel se base, par exemple, le modèle de Benjamin (1996) ; nous réagissons à l'égard des autres et de nous-même de la manière dont nous avons-nous-même été traité.

⁸ Giuliana Ukmar est neuropsychiatre à Milan, a complétée sa psychanalyse individuelle par une analyse didactique ; elle est également formée à thérapie familiale. Elle est l'auteur de *Se mi vuoi bene, dimmi di no*, nous pourrions traduire ce titre par *Si tu m'aimes, dis-moi non*.

⁹ Asha Phillips, est psychothérapeute à la Tavistock clinique de Londres. Elle a écrit : « *Saying No: Why It's important for you and your child* » Faber and Faber (1999) trad italienne « *I no che aiutano a crescere* », Feltrinelli, Milano 1999. Trad. Française « *Oser dire non – Favoriser confiance et estime réciproque entre parents et enfants* » marabout 2000.

Cette dimension est facilement observable par l'attitude des proches à l'égard du problème. Dans le manque de contrôle ils ne s'en seront pas rendu compte ou à la longue ils l'auront minimisé ; au contraire, dans l'excès de contrôle l'alarme sera déclenchée déjà pour des faits assez banals, déclenchant ce qui semble être une prophétie auto réalisatrice. Une troisième modalité, également typique, est celle des oscillations continues entre désintérêt et hypercontrôle (peuvent être mis en lien avec la construction des aspects désorganisés de la personnalité du patient).

4. Dimension de la préoccupation

Il s'agit d'une dimension dont l'évidence émerge lors du questionnement des parents à l'égard du problème d'un enfant. La similitude du thème structural de distance/proximité et de celui du contrôle, est présente ; cependant la dimension de la préoccupation se centre d'avantage sur la polarité émotionnelle, que directive, de la parentalité. (Voir le concept de mirroring de Di Blasio 2005).

Cette dimension est particulièrement utile et opérationnelle dans les premiers entretiens où les polarités opposées : de *minimisation* d'une part et de *dramatisation* d'autre part, du problème sont présentes. Chacune d'elles peuvent respectivement, se décliner en deux polarités : en détachement ou indifférence pour la première et en hostilité ou hypercritique pour la seconde.

Le rôle de rééquilibrage que devra mener le thérapeute est évident dans les deux cas, de sorte qu'il a à lutter contre la *minimisation*, il devra trouver la technique efficace pour accentuer la réalité et l'ampleur du problème. Dans mon article : « *Technique de prise en charge d'un patient non demandeur* » (Selvini 2003 - 2005) j'illustrais à ce propos le thème de la *reconnaissance de la souffrance* et de l'usage des étiquettes diagnostiques. Il est fréquent dans ma pratique de mettre l'emphase sur les diagnostics d'anorexie. En effet face à une patiente et sa famille dont les attitudes convergent vers la banalisation du symptôme pour des motifs différents : la patiente en niant sa propre obsession alimentaire ou ses propres comportements d'élimination comme les vomissements ; les parents quant à eux en l'expliquant par exemple comme une simple réaction capricieuse aux moqueries de ses copines. Dès lors confirmer une définition de maladie peut être le premier pas pour aider, tant la jeune fille que ses proches, à admettre la présence d'un état de souffrance.

D'autres techniques peuvent être hypothétisées, en présence de descriptions centrées sur le "manque de chance" absolu ou l'attitude d'opposition de la patiente, il peut être utile d'accentuer une certaine difficulté psychologique spécifique, par exemple l'incapacité à demander de l'aide y compris, dans les moments de graves difficultés ou de sérieux déficits de régulation et d'intégration émotionnelles (définition psychologique adaptée pour les troubles du champ borderline).

A l'égard de la polarité opposée caractérisée par la dramatisation nous sommes appelés à utiliser des techniques de *contention*¹⁰ de l'anxiété, telle que la connotation positive (évidement à l'égard de patients et de familles ayant fait la preuve de ressources suffisantes), l'émergence d'un pronostic favorable, et plus globalement, l'engagement de la reconnaissance d'une certaine responsabilité et d'un rôle guide. A l'égard de cette dimension (ainsi que pour d'autres) nous pouvons reprendre la classification de Minuchin en famille *désengagée* (peu de dramatisation, distance interpersonnelle importante, faible contrôle) et *enchevêtrée* (intensité relationnelle excessive, contrôle outrancier).

5. Dimension du conflit/coopération

Nous pouvons tout aussi bien, nous trouver face à des familles (ou des couples) très conflictuels où au contraire, face à d'autres où le conflit est totalement inhibé, voir même réellement absent (dans les limites physiologiques de la norme).

Je ne reprendrai pas ici l'ensemble des techniques inventées par le mouvement systémique pour l'arbitrage des conflits excessifs. La prescription « *jours pairs et impairs* » (Selvini 2004 - 2008, p. 21 de l'édition française) en est un exemple classique.

Les techniques pour permettre le conflit stimule la mobilisation du/des membre (s) « en position basse¹¹ » dans la relation. Les paradoxes sur la position sacrificielle du patient peuvent être interprétés : comme une aide au patient à lâcher le pouvoir pathologique du symptôme afin de combattre à visage découvert.

¹⁰ Contenimento : 1 limitation, 2 (fis.) confinement, 3 (med.) enraiment, confinement (ndt)

¹¹ Le terme « down » est utilisé par l'auteur dans le texte original.

La lecture classique de la thérapie familiale systémique a été de présupposer que là où se trouve un « patient désigné », il avait toujours un conflit du couple parental, ouvert ou couvert (Framo 1965 p.182). Ce préjugé, qui s'est par la suite révélé erroné, a été source de nombreuses « provocations thérapeutiques » stériles ou néfastes. En réalité, la recherche clinique a démontré l'existence de famille ; où la conjugalité peut-être satisfaisante, mais où la parentalité est, par contre, de piètre qualité. Voir à ce sujet, les études de Linares et Campo (2000) sur les dépressions. Un diagnostic systémique qui ne serait pas stéréotypé ou préconçu requiert dès lors de repérer les zones ou les sous-groupes les plus conflictuels dans les familles et d'identifier par contre, les ressources positives dans la capacité de coopérer et de collaborer ?

Implicitement la thérapie familiale avec la convocation collective s'est toujours posée sur ce terrain d'une intervention « en elle-même » pour la santé. Opérationnellement, la réalisation d'une rencontre conjointe avec tous les intéressés est, sans aucun doute, un élément pronostic favorable capital pour les premiers entretiens concernant une demande relationnelle ou pour un membre non demandeur de la famille.

Dans cette dimension s'ancre l'ensemble de la réflexion systémique sur l'accroissement de l'activité de collaboration en thérapie, ce débat est relativement récent, vu que jusqu'aux années quatre-vingt, les modèles interventionnistes dominaient et étaient donc peu enclins à la prendre en considération la coopération.

Une prescription classique de phase initiale de thérapie de couple destinée à faire émerger positivement les capacités résiduelles de collaboration, est celle d'inviter les conjoints à écrire pour la séance suivante, chacun de leurs côtés, des activités communes qui restent agréables.

La compréhension du degré de conflit qu'il soit aussi bien ouvert que couvert (ou même absent) est décisif pour un bon diagnostic systémique. C'est l'un des motifs qui nous a conduit avec le temps à restructurer les séances familiales conjointes, pour utiliser des invitations qui favorisèrent l'émergence de thèmes qui n'était pas immédiatement partageable.

6. Dimension de l'empathie et de la chaleur

Nous sommes ici dans la dimension de l'acceptation de l'autre ou plus spécifiquement de l'acceptation de l'enfant, polarité opposée à celle de l'hostilité (voir le dernier livre de Paola Di Blasio *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali* en particulier la revue de littérature de Chiara Ionio p.60). Le concept se différencie de l'enchevêtrement, une proximité étroite peut être aussi faite de contrôle, anxiété, conflit, compétition etc. c'est-à-dire d'une dimension émotionnelle éloignée de l'acceptation qui caractérise davantage notre dimension d'empathie et de chaleur.

Les étudiants les plus jeunes et les plus inexpérimentés de l'école de psychothérapie risquent de faire un usage excessif de cette dimension de l'hypothétisation : l'enfant souffrant a des parents peu attentifs à ses besoins réels, bénéficie de soins formels ou sommaires etc... Toutefois des idées aussi simples ne servent à rien, et s'avèrent même nocives parce qu'elles créent une attitude stéréotypée négative envers les parents. Par contre si au cours d'une thérapie familiale, nous réussissons réellement à aider un parent à prendre acte de son détachement, de son intolérance, de son attitude hypercritique à l'égard de son enfant, antérieurement au développement des symptômes. Et que nous en reconstruisons ensemble les raisons, en les reliant à l'histoire de l'enfant avec celle de la famille actuelle, nous aurons alors réellement accompli un travail d'empathie. (voir Selvini 2004-2008 p. 181-183 de l'édition française) Une relation importante existe entre empathie et travail tri-générationnel. La reconstruction tri-générationnelle de la manière dont la souffrance ou l'irrationalité se transmet d'une génération à l'autre semble favoriser particulièrement une dimension empathique dans la famille. Il en va de même pour nombres de techniques classiques telles le recadrage positif du sens du symptôme ou des comportements d'autres membres de la famille.

Au-delà de l'usage, souvent, quelque peu tactique de la connotation positive, il n'est pas facile de citer d'autres exemples de l'utilisation opérationnelle de cette dimension. Mara Selvini Palazzoli, dans la phase d'abandon de la psychanalyse, eu une attitude polémique en se cantonnant de manière excessive à l'amour dans la cure des patients (Voir notamment, le beau film de Risi de 1968 « *Journal d'une schizophrène* », extrait du récit de Marguerite Albert Sécheraye de l'authentique thérapie d'une patiente, (1950 PUF Paris). Certains se souviennent peut-être de son célèbre, mais non moins cynique, aphorisme : « Si vraiment vous ne savez pas quoi faire pour un patient ; vous pouvez toujours l'aimer. ». Assurément, les systémiciens sont tombés dans l'excès opposé : de la provocation et de la rapidité de traitement.

Toutefois, nous parlions, autrefois, du thérapeute systémique entre « chasse » et « élevage » (*Les jeux psychotiques dans la famille* p. 277 et suivante de l'édition française), en termes vaguement vétérinaires, mais nous commençons à légitimer des traitements plus longs que celui des dix séances du modèle d'origine et nous permettons d'introduire le concept de *maternage* selon une conception psychodynamique. C'est une dimension à approfondir. De manière générale dans la tradition systémique, il semble que l'identité plutôt « distante » du thérapeute a prévalu. La forte directivité de Minuchin va dans ce sens ainsi que les techniques hypnotiques de Milton Erickson et l'orientation stratégiques de Haley, les thérapies brèves, provocatrices, paradoxales, la forte préoccupation à « ne pas tomber dans le jeu de la famille », jusqu'au courant narratif et constructiviste qui poursuivent dans la même voie : il s'agit de doser ou freiner l'implication personnelle du thérapeute. Dans le futur, l'identité du thérapeute familial systémique sera-t-elle toujours aussi « technique » ? où au contraire évoluera-t-elle ? Je renvoie également à ma proposition de « *Réinventer la psychothérapie* » (Selvini 2004 - 2008) de substituer la directive équivoque de « connotation positive » par celle de « bienveillance » (p. 227 de l'édition française). D'une manière générale, il me semble que la valorisation exaltée des thérapies rapides : de dix séances maximum (Selvini Palazzoli & coll. 1975) ou de vingt pour les thérapies individuelles (Boscolo & Bertrando 1996) soient en très nette régression.

7. Dimension de la communication et de la métacommunication

Depuis toujours nous avons évalué la quantité de communication (mutisme versus logorrhée) et la qualité de la communication avec les concepts classiques de la *pragmatique* : confirmation, refus, disqualification¹², double lien, clarté, confusion, etc. Comme s'il s'agissait de travailler ainsi sur la métacommunication c'est-à-dire sur la capacité des membres de la famille de communiquer *sur* les communications, les relations, les sentiments etc. L'évaluation de cette dimension a produit des interventions orientées vers le changement des modalités communicationnelles de la famille. Par exemple redistribuant en séance l'ordre et la durée des tours de parole équivalant, ou même répétant et reformulant systématiquement ce qui avait été dit de manière à le reprendre plus clairement, ou encore demandant à la personne de s'exprimer à la première personne du singulier et non avec des nous « génériques » ou avec des « nous pensons que ». Les prescriptions destinées à attaquer les zones de tabou communicationnel dans la famille ont ensuite été inventées. Voir à ce sujet le cas de la famille Casanti de « *Paradoxe et contre paradoxe* » ou la famille nucléaire de l'anorexique ne peut pas parler en mal, du clan d'origine intensément enchevêtré, auquel la famille est incorporée. La prescription du rituel du soir horloge au centre, en est la conséquence, durant lequel chacun des quatre membres autour de la table, doit parler à tour de rôle du clan durant 15 minutes, avec interdiction absolue d'interruption. Plus récemment, pour certaines écoles systémiques, l'influence de Bowlby (1988) et de la théorie de l'attachement ont enrichi et renouvelé cette dimension avec les concepts de compétence autobiographique et d'altération de la mémoire d'attachement. Grâce à cet apport, par exemple, nous avons commencé à évaluer également les contenus et l'émotivité de la description de sa propre famille d'origine de la part du parent d'un patient (Selvini 2003 - 2005).

Un autre usage historique important de la communication a été réalisé par la psychoéducation (avec le paradigme des émotions exprimées) (Leff & Vaughn, 1985) qui a utilisé l'évaluation du type de communication de la famille (également à l'égard de la qualité comme l'hypercritique et l'hyperprotection qui renvoient à d'autres dimensions) comme critères de prévention des rechutes des patients graves.

La zone classique des secrets (individuels ou internes) est une part fondamentale de cette dimension (Selvini 1994-1997).

Tout comme je l'évoquais à propos du conflit, dans l'évaluation du fonctionnement d'une famille il est très intéressant d'observer comment l'attitude communicationnelle des personnes prises individuellement change selon le contexte des invitations : individuel, de la fratrie, de toute la famille, etc. C'est également la raison pour laquelle il est fondamental de varier les invitations, sans quoi nous n'aurions jamais pu observer, comment par exemple, cette petite fille anorexique emmenée à contre cœur en thérapie, flattait son père dans la séance collective, alors qu'une fois en séance individuelle elle le critiquait très fortement. Un « double jeu » similaire est souvent observable même avec les couples que nous rencontrons concernant le problème d'un enfant : ils se sourient réciproquement dans les séances familiales, alors qu'en séances séparées le mépris et la rancœur apparaissent.

Tant pour évaluer que pour modifier la capacité communicationnelle de la famille, il est opportun de

¹² Disconferma (ndt)

varier les techniques de conduite d'entretien. La technique directive, c'est-à-dire celle durant lesquelles tous parlent avec le thérapeute et sans jamais s'adresser la parole entre eux, semble opportune surtout lors des premières séances et en général avec les familles les plus chaotiques et conflictuelles. Toutefois, beaucoup de thérapeutes (voir par exemple Maurizio Andolfi, séminaire du 7 octobre 2006) utilisent à partir des premières rencontres, des techniques favorisant le dialogue en séance entre les membres de la famille, y compris sur la base d'une tâche précise. D'autres techniques telles que des tâches à mener en séance, comme les « sculptures » (Onnis 1988) ou le « sac à dos »¹³ (Canevaro 2006) où les devoirs à la maison, c'est-à-dire les prescriptions et les rituels sont également de nature à susciter le dialogue entre les membres de la famille.

8. Dimension de la fermeture/ouverture vers l'extérieur

Cette dimension peut être considérée comme une extension de la dimension structurale car elle explore la relation de la famille nucléaire avec les familles d'origine, les amis, le travail et plus globalement avec le monde extérieur.

En général, on retient que la fermeture s'associe à de moindres ressources et à un pronostic plus défavorable. Le cas de la famille incestueuse, isolée du contact social et du milieu ambiant est emblématique. Il s'agit du champ typique des secrets internes collectifs : toute la famille sait, mais personne à l'extérieur ne doit savoir.

Il est important d'évaluer la qualité des liens en tant que famille et en tant que couple envers leurs familles d'origine respectives, ainsi qu'à l'égard des réseaux d'amitié et tout comme d'une implication tellement personnelle/affective dans les occupations professionnelles et/ou sociales. Ceci permet d'évaluer aussi le niveau de cohésion du couple et son égalité¹⁴. L'observation statistique et sociologique de la famille contemporaine confirme qu'aujourd'hui nous nous attendons à rencontrer des familles dans lesquelles les relations avec la famille maternelle sont plus fréquentes qu'avec la famille paternelle et dans laquelle la femme soit davantage active dans la vie amicale de la famille. Il devient donc intéressant d'observer les différences les plus tranchées à l'égard de ce modèle attendu : par exemple une femme devenue mère qui n'a aucun (ou de rares) contacts avec sa propre mère, ou encore un couple inséparable qui vit en fonction des enfants avec des relations peu fréquentes avec les familles d'origine en l'absence d'un réseau amical. Nous serons étonnés si le modèle classique du père hyperimpliqué au travail et de la mère qui se consacre aux enfants s'inverse ou si au contraire il s'accroît à des niveaux extrêmes ; typique aux familles japonaises (où le père passe son temps libre aux activités organisées par la société pour laquelle il travaille).

Au niveau de l'égalité¹⁵ du couple nous pourrions évaluer si les visites de la famille d'origine et du réseau amical sont rendues uniquement du côté de l'un des conjoints ou se font équitablement pour les deux conjoints. Le cas typique du « pauvre petit » partenaire adopté par le clan familial et amical du partenaire dominant et qui s'occupe de lui.

Cette dimension peut être reliée à celle du territoire de résidence dans la mesure où il favorise plus ou moins les ouvertures vers l'extérieur. Dans les zones rurales italiennes il n'est pas rare que la résidence continue à être influencée par le modèle patrilocal d'habitation dans la ferme ou la villa paternelle, ou à proximité. Ce phénomène peut créer un conflit avec orientation familiale plus récente centrée davantage sur l'axe maternel. J'ai fait l'hypothèse en effet, qu'une telle résidence patrilocale peut constituer un facteur de risque pour le développement des problèmes psychologiques ou comportementaux dans ce type de famille « archaïque » (Selvini 2000 - 2001).

9. Dimension de la responsabilisation

Une qualité spécifique de la relation parent-enfant est celle de l'*adultisation* versus *infantilisation*. Cette dimension peut également être perçue dans la relation de couple et concernant la thématique systémique classique : « d'escalade complémentaire » (« *Pragmatique de la communication humaine* ») c'est-à-dire lorsque l'un des deux conjoints devient toujours plus responsable, compétent, actif, puissant, maître alors que l'autre devient toujours plus irresponsable, incompétent, passif, impuissant et esclave. Dans la pratique clinique l'exemple le plus typique de cette dimension systémique provient du traitement

¹³ Technique expérientielle basée sur une mise en situation qui requière un authentique dialogue entre les participants.

¹⁴ Paritarieta : la qualité d'être à égalité (ndt)

¹⁵ Paritarieta : la qualité d'être à égalité (ndt)

de l'alcoolique adulte en couple. Dans la tradition des « Alcooliques Anonymes » la définition pertinente de co-dépendance a été élaboré précisément pour qualifier les épouses des patients, afin d'indiquer le besoin de cette femme à continuer de recevoir une importante « revanche narcissique » de par la gratification à se sentir bienfaitrice ou encore sauveuse d'une personne en grave difficulté. De cette manière, les limites propres, la fragilité et les difficultés peuvent être définitivement abandonnées dans la grandeur héroïque de l'entreprise salvatrice qui se transformera¹⁶ ensuite lentement en un comportement d'assistance. C'est précisément un cycle dysfonctionnel de l'escalade complémentaire dans lequel l'alcoolique se sent et devient toujours plus déresponsabilisé et dès lors inutile, incapable etc...

Dans la pratique systémique cette dimension d'évaluation renvoie au « présupposé de compétence » (Leonardi & Viaro 1990) et plus généralement à toutes les interventions de valorisation des ressources des membres du système qui apparaissent « down », c'est-à-dire marginales et disqualifiées. C'est en effet une technique « semper virens » de conduite des séances familiales (particulièrement des premières) celle, déjà citée, de ne pas accepter les signaux implicites ou explicites visant à prédéfinir tel ou tel membre, comme compétent/incompétent, capable/incapable, etc... Le thérapeute systémique se présentera avec un style fortement égalitaire, donnant à tous la parole de manière équitable, en modérant ceux qui se placent comme dominant et encouragera les plus passifs et silencieux. Une stratégie invariable qui vise à tester la rigidité du fonctionnement familial.

10. Dimension de la justice

Cette dimension se réfère essentiellement à Boszormenyi-Nagy (1981) et au thème de l'équité des échanges dans les relations. En particulier au niveau du couple qui peut être « mesurée » par la contribution des individus au bien-être familial, du point de vue de la présence/ absence, de l'implication dans la gestion du ménage, de l'argent, et plus globalement du bilan du donner et du recevoir (y compris au niveau de l'attention, du temps, de l'écoute etc.). Le thème du sacrifice est également important parce que l'on considère que celui qui subit une injustice relationnelle est plus à risque de développer un symptôme ou de devenir toxique pour les autres (le concept de légitimité destructrice ou syndrome de dédommagement). J'en ai déjà parlé concernant la dimension du pouvoir (si je subis une injustice c'est parce que je suis ou je me sens impuissant).

Le thème du sacrifice, en particulier en référence aux mères d'anorexiques, a été traité dans « Anorexiques et boulimiques (Selvini Palazzoli & coll. 1998 - 2002). Cette dimension apparaît particulièrement pertinente dans les couples qui ont une histoire commune significative¹⁷ où un adulte développe une pathologie importante (dépression, alcoolisme, psychose). Nous avons fréquemment observé que le patient peut autant avoir subi nombre d'injustices (par exemple une femme peut précisément avoir subi une injustice de type machiste) tout autant qu'avoir accepté des privilèges et des protections se révélant à la longue délétère parce qu'elle engendre une image de soi telle un parasite méprisable. Une mère peut s'être fait spoliée de son enfant (Linares & Campo 2000 ; Selvini 2002).

Lorsque le don exagéré ou la requête excessive concerne la relation parent-enfant, cette dimension s'approche alors davantage de la précédente à savoir: adultisation /infantilisation. Toutefois, la focalisation sur la justice souligne des aspects en partie différents, où la santé mentale est en lien avec la capacité de reconnaître et donc à défendre ses propres droits. L'inégalité de l'échange est inévitable et physiologique dans beaucoup de relation, mais il est important qu'elle fasse l'objet d'une reconnaissance soit de manière à pouvoir être « contenue », soit consciemment acceptée comme un libre choix, soit récompensée par la gratitude ou au moins par la réciprocité symbolique.

Nous croyons en définitive que la santé mentale a un fondement éthique : subir mais aussi commettre des injustices est un facteur de risque fondamental.

11. Dimension de la peur

Peu d'espace sera consacré à cette dimension qui est sans doute la plus discutable, et la moins conforme à la tradition systémique classique et la littérature scientifique en comparaison aux autres dimensions. Une recherche longitudinale sur trente ans (Johnson & coll. 2006) a établi le caractère fortement prédictif, de deux types de conduite parentales: la négligence grave et la dureté des punitions

¹⁶ Deribriquera: en droit, passer de la qualification d'un fait comme délit ou crime, de moindre importance, à l'égard d'une décision précédente (ndt)

¹⁷ Consolidate consolidé (ndt)

infligées aux enfants ; sur le développement de trouble grave de la personnalité adulte.

Une élaboration probable d'expériences de ce type par les enfants est celle de susciter un vécu de peur à l'égard de l'un ou l'autre de ses deux parents. Le fait qu'un membre de la famille vit dans un état de peur à l'égard de l'un ou plusieurs membres de la famille détermine un risque psychopathologique élevé. Ce qui est typique dans les cas où l'enfant assiste à des violences physiques ou à des violences psychologiques. Dans ma pratique clinique des patients les plus graves, j'ai observé qu'assez fréquemment la transformation de la peur, en haine, et avec le temps, l'effet toxique engendré aussi bien pour celui qui haït que pour celui qui hait. Le sujet commence par ressentir la crainte et éprouve ensuite la haine, le plus souvent à l'égard d'un homme : un père ou un frère (qui pourrait s'être modelé sur le parent agresseur). J'ai pu relever que dans plus de la moitié des cas, le patient avait haï, l'un ou ses deux parents durant une phase de sa vie largement antérieure à l'émergence du symptôme. Un vécu de ce type plus ou moins ouvertement exprimé est quasi toujours observable dans les troubles de la personnalité borderline, antisocial, schizoïde et paranoïde, conformément aux résultats de la recherche antérieurement citée.

12. Dimension des croyances irrationnelles partagées ou mythes

L'ensemble de la famille peut partager ce que les cognitivistes appelleraient une « prémisses dysfonctionnelle ». Nous déjà cité l'exemple de la famille Casanti (*Paradoxe et contre paradoxe*, Selvini Palazzoli & coll. 1975) dans lequel toute la famille partage le mythe de l'indissolubilité du clan patriarcal, avec pour conséquence, l'interdiction du conflit avec les membres des autres familles du clan. Le mythe met la jeune Nora dans une position impossible : objet d'écrasantes attaques envieuses de la part de tantes et de cousines, elle est dans l'impossibilité de se défendre elle-même, ou d'être défendue par ses parents ou sa sœur.

Dans le mouvement systémique italien, ce sont surtout Andolfi (1987) et Onnis (1988) qui ont traité ce sujet.

Dans ma pratique clinique j'ai fréquemment constaté la manière dont un ou plusieurs membres de la famille percevaient avec une grande distorsion la réalité psychoaffective de l'un d'entre eux et ou les relations internes du noyau familial. Une sorte de cécité ou délire collectif que j'ai défini comme « méconnaissance de la réalité » (Selvini 1993 - 1995) utilisant un concept très proche de celui de « mystification » élaboré par Laing (1965). La thérapie avec une famille dont le père m'avait confessé, avant le début des séances conjointes, qu'il avait depuis vingt ans de nombreuses relations extra conjugales; dont certaines de très longue durée, fut une observation déclenchant pour moi une évidence qui me permit la formalisation de ce paradigme. Durant les premières rencontres je fus stupéfait de constater l'énorme conviction avec laquelle sa femme, glorifiait l'immense complicité et l'entente sans faille de leur couple, ainsi que la manière dont les enfants confirmèrent l'authenticité de ce mythe et, en parlant d'un couple pris par tous comme idéal, pour l'intime collaboration dont il était la preuve.

Conclusions

Avec cet article, je ne prétends certainement pas avoir épuisé les dimensions possibles du diagnostic systémique. Selon toutes probabilités d'autres dimensions peuvent être identifiées. Le problème de savoir si ces dimensions sont sur un même plan; ou au contraire est-il nécessaire de les ordonner selon un ordre hiérarchique, d'inclusion ou d'importance. Je ne me suis pas préoccupé de ces aspects de classification, mon but était avant tout de fournir aux collègues quelques idées simples et utilisables pour diriger de leurs observations cliniques. Pour cela, j'ai surtout tenté d'évaluer certaines idées systémiques utilisées profitablement, ou au contraire celles qui se sont avérées inutiles ou contreproductives.

Il est clair que ces douze dimensions de l'hypothétisation systémique s'entrelacent fortement et se chevauchent entre elles, cependant chacune d'elles permet des focalisations spécifiques et utiles à produire des observations ciblées et des interventions focalisées sur des points relationnels clefs. Par exemple la dimension de responsabilisation peut certainement être déclinée en termes de structure, de jeu, de contrôle, etc. alors que, le thème de l'adultisation peut être particulièrement évident et donc permettre une intervention thérapeutique incisive en un délai très bref.

Bibliographie

- ANDOLFI, M. & ANGELO, C (1987), Tempo e mito nella psicoterapia familiare, Bollati Boringhieri, Torino. Trad fr. Temps et mythe en psychothérapie familiale ESF Paris 1990
- BATESON, G. JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J.H. (1956) Vers un modèle de la schizophrénie dans Vers une écologie de l'esprit, Seuil, Paris 1980.
- BENJAMIN, S.L. (1996) Interpersonal diagnosis and treatment of disorders, Guilford Press, New York. Trad it. Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità, LAS 1999.
- BOSCOLO, L., BERTRANDO, P. (1996) Terapia sistemica individuale, Raffaello Cortina, Milano.
- BOSZORMENYI-NAGY, I., FRAMO, J. (1965), (sous la direction de) Intensive Family Therapy, Harper & Row, New York. Tr. it. Psicoterapia intensiva della famiglia, Boringhieri, Torino, 1969. Trad. Fr. Les Psychothérapies familiales PUF, Paris. 1980.
- BOSZORMENYI-NAGY, I., GRUNEBaum, J. & ULRICH, D. (1981) Terapia contestuale in GURMAN, A. & KNISKERN, D.
- BOWEN, M. (1978), Family therapy in clinical practice, Jason Aronson, New York. Trad. it. Dalla famiglia all'individuo. Astrolabio, Roma (1979). Trad. fr. La différenciation du soi, ESF, Paris (1984).
- ANONYME (=BOWEN, M) (1994) « A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille » Thérapie familiale, 15 (2) : 99-148, Genève.
- BOWLBY, J. (1988), A secure base, Routledge, London. Trad. it. Una base sicura. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- CANCRINI, L. & LA ROSE, C. (1991) Il vaso di pandora, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- CANEVARO, A. (2006) Gli allargamenti familiari nel corso delle terapie individuali (sous presse).
- DI BLASIO, P. (2005) (sous la direction de) Tra rischio e protezione, Unicopli, Milano.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E. & FAVEZ, N. (2006) Exploring triangulation in infancy: two contrasted, Family Process, Vol. 45, N° 1.
- FRAMO, J. (1965), "Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva". Tr. it. In Boszormenyi-Nagy e Framo (1965).
- GURMAN, A.S. & KNISKERN D.P. (1981) Handbook of family therapy, Brunner/Mazel, New York.
- HALEY, J. (1970) : Verso una teoria dei sistemi patologici, In Trad. italiana (1970) : ZUCK G. & BOZORMENYI-NAGY J. La famiglia : patologia e terapia, Armando, Rome. Trad. française (1981) : Pour une théorie des systèmes pathologiques (pp.60-82), In WATZLAWICK P. & WEAKLAND J. Sur l'interaction, Seuil, Paris.
- JOHNSON, J., COHEN, P. & coll. (2006) « Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood » In Arch. Gen. Psychiatry, 63, May, pp. 579-587.
- LAING, R. D. (1965) Mystification confusion et conflit, In BOSZORMENYI-NAGY, I., FRAMO, J. (1965), (sous la direction de) Les Psychothérapies familiales PUF, Paris. 1980.
- LEFF, J. & VAUGHN, C. (1985) Expressed Emotion in Families, Guilford Press, New York.
- LEONARDI, P. & VIARO, M. (1990) Conversazione et terapia, Raffaello Cortina, Milan.
- LIDZ, T., (1963) The Family and Human Adaptations, International Universities Press, New York. Tr. it. Famiglia e problemi di adattamento, Bollati Boringhieri, Torino, 1972.

LINARES, J.L. & CAMPO, C. (2000) Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional, Paidós, Barcelona. Trad. fr. Psychothérapie des états dépressifs. Promenades derrière le masque honorable de la tristesse, ESF, Paris (2002). Trad. it. Dietro le rispettabili apparenze. Franco Angeli, Milano (2003).

MADANES, C. (1981), Strategic family therapy In GURMAN, A. & KNISKERN, D.

MINUCHIN, S. (1974), Families and family therapy, Harvard Press, Cambridge. Trad. fr. Familles en thérapie, Ed. Universitaire, Paris (1979). Trad. it. Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio, Roma (1976).

ONNIS, L. (1985) Corpo e contesto: terapia familiare dei disturbi psicosomatici, Carocci, Roma. Trad. fr. Corps et contexte, Paris ESF (1989).

ONNIS, L. (1988) (sous la direction de) Famiglia e malattia psicosomatica, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

PHILLIPS, A. (1999) Saying no: Why it's important for you and your child, Faber and Faber, London. Trad. italienne I no che aiutano a crescere Feltrinelli, Milano (1999). trad. française Oser dire non: Favoriser confiance et estime réciproque entre parents et enfants, Marabout, Paris (2000).

SELVINI, M. (1993) : Psicosi e misconoscimento della realtà. Terapia Familiare, 41 : 45-56. Trad. française (1995) : Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité, Thérapie Familiale, Genève, vol 16, n°2 : 131-144.

SELVINI, M (1994) : Segreti familiari, Quando il paziente non sa, Terapia Familiare, 45 : 5-17. Trad. française (1997) : Secrets familiaux : Quand le patient ne sait pas, Thérapie Familiale, Genève, vol 18, n°2 : 109-125.

SELVINI, M. (2000), "Vecchi e nuovi padri". In Ecologia della Mente, 2, pp. 144-163. Trad. fr. (2001) : Anciens pères et nouveaux pères, Cahiers Critiques de thérapie familiales et de pratiques de réseaux, Bruxelles, n°27, pp. 35-58.

SELVINI, M. (2002°), "Recenti sviluppi della ricerca relazionale sulle depressioni". In Ecologia della Mente, 25, pp. 21-39.

SELVINI, M. (2003), "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente". In Terapia Familiare, 73, novembre, pp. 5 -33. Trad. fr. (2005) Techniques de prises en charge psychothérapeutique d'un patient non demandeur. Cahiers Critiques de thérapie familiales et de pratiques de réseaux, De Boeck, Bruxelles, n°34, pp. 159-188.

SELVINI, M. (2004) Reinventare la psicoterapia, Raffaello Cortina, Milano. Trad. fr. Réinventer la psychothérapie, De Boeck, Bruxelles (2008).

SELVINI, M. (2006) Undici tipi di personalità, (matériel interne à l'Ecole de Psychothérapie de la Famille Mara Selvini Palazzoli) www.scuolamaraselvini.it

SELVINI PALAZZOLI, M. (1974), Self Starvation. Chaucer, London. Tr. it. L'anoressia mentale. Cortina, Milano 2006. Traduction partiel dans Réinventer la psychothérapie, De Boeck, Bruxelles (2008).

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L. CECCHIN, G. & PRATA, G. (1975): Paradosso e Controparadosso. Feltrinelli, Milano. Trad. fr. Paradoxe et contre-paradoxe, ESF, Paris, (1978).

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L. CECCHIN, G. & PRATA, G. (1980-1982) : Hypothétisation, Circularité, Neutralité, Trois directives pour la conduite de la séance. Thérapie Familiale 2:117-132, Genève.

SELVINI PALAZZOLI, M. (1985) "Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia". In Ecologia della Mente, 3, pp. 84-103. trad. fr. "Le problème du référent quant celui-ci est membre de la fratrie", Thérapie Familiale, 1987, vol. 8, n°4 : 337-358 Genève.

SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1988), I giochi psicotici nella famiglia. Raffaello Cortina, Milano. Trad. française (1990) : Les jeux psychotiques de la famille, ESF, Paris.

SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1998), Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare. Raffaello Cortina, Milano. Trad. française : Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale, Médecine et

hygiène, Genève (2002).

SANTON, M.D. & TODD, T. (1982) *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Guilford Press, New York.

UKMAR, G. (1997) *Se mi vuoi bene, dimmi di no*, Franco Angeli, Milano.

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. Tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana* Astrolabio, Roma 1971. Trad. fr. *Une logique de la communication*, Seuil, Paris 1972.