

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007-2008

N° 127

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES DE PSYCHIATRIE)

par

Mathilde NEBOUT

Née le 09 avril 1979 à Angoulême

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2008

**POUR UNE APPROCHE FAMILIALE DE LA
SCHIZOPHRENIE**

Arguments théoriques et illustrations cliniques

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Daniel GORANS

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I) LA NOTION DE SCHIZOPHRENIE	8
I.1 LE CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE	9
I.1.1 <i>De la démence précoce à la schizophrénie</i>	9
I.1.2 <i>Le diagnostic de schizophrénie</i>	11
I.2 HYPOTHESES FACTORIELLES	15
I.2.1 <i>Les facteurs génétiques</i>	15
I.2.2 <i>Les facteurs environnementaux</i>	16
I.2.3 <i>Un désordre de la neurotransmission</i>	18
I.2.4 <i>L'hypothèse neurodéveloppementale</i>	18
I.3 PSYCHOPATHOLOGIE	19
I.3.1 <i>Le modèle psychanalytique</i>	20
I.3.2 <i>Le modèle cognitivo-comportemental</i>	23
I.3.3 <i>Le modèle écosystémique</i>	26
I.3.4 <i>Le point de vue antipsychiatrique</i>	29
II) LA FAMILLE DES PATIENTS SCHIZOPHRENES	31
II.1 DEFINITION DE LA FAMILLE ET PROPRIETES DU SYSTEME FAMILIAL	32
II.1.1 <i>Alliance et filiation</i>	32
II.1.2 <i>Famille nucléaire, famille élargie</i>	33
II.1.3 <i>La famille en tant que système</i>	34
II.1.4 <i>La cellule familiale « déstabilisée »</i>	35
II.2 LA FAMILLE DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE	36
II.2.1 <i>La tradition chamanique</i>	36
II.2.2 <i>Famille et psychiatrie traditionnelle</i>	37
II.2.3 <i>Famille et naissance de la psychanalyse</i>	39
II.2.4 <i>La pathogénicité des parents des patients schizophrènes</i>	40
II.3 LES INTERACTIONS FAMILIALES DANS LA SCHIZOPHRENIE : RECHERCHES EXPERIMENTALES.....	41
II.3.1 <i>Recherches expérimentales sur l'Emotionalité Exprimée</i>	42
II.3.2 <i>Recherches expérimentales sur la communication</i>	42

III) THEORIES FAMILIALES ET APPLICATION THERAPEUTIQUE AUX FAMILLES DE PATIENTS SCHIZOPHRENES 46

III.1 MODELISATIONS PSYCHODYNAMIQUES.....	48
III.1.1 Les travaux de Nathan W. Ackerman.....	48
III.1.2 L'appareil psychique familial.....	49
III.1.3 Mécanismes de fonctionnement de la famille du schizophrène.....	50
III.1.4 Principes thérapeutiques.....	52
III.2 MODELISATIONS SYSTEMIQUES SYNCHRONIQUES.....	53
III.2.1 Gregory Bateson et la double contrainte.....	53
III.2.2 L'approche stratégique de Jay Haley.....	57
III.2.3 L'approche structurale de Salvador Minuchin.....	60
III.2.4 Les concepts de « pseudo hostilité » et « pseudo mutualité » de Lyman Wynne.....	63
III.2.5 Le courant italien : Mara Selvini Palazzoli.....	65
III.3 MODELISATIONS SYSTEMIQUES DIACHRONIQUES.....	70
III.3.1 Schisme et distorsion conjugale de Theodore Lidz.....	70
III.3.2 Les théories générationnelles de Murray Bowen.....	71
III.3.3 Les loyautés invisibles de Boszormenyi-Nagy.....	74

IV) LA PSYCHOEDUCATION FAMILIALE 79

IV.1 GENERALITES.....	80
IV.2 LES TROIS DIMENSIONS DE LA PSYCHOEDUCATION.....	82
IV.2.1 La dimension pédagogique.....	82
IV.2.2 La dimension psychologique.....	82
IV.2.3 La dimension comportementale.....	83
IV.3 QUATRE APPROCHES PSYCHOEDUCATIVES FAMILIALES.....	85
IV.3.1 La thérapie monofamiliale comportementale.....	85
IV.3.2 Les groupes multifamiliaux.....	85
IV.3.3 Les groupes psychoéducatifs de parents.....	86
IV.3.4 Les groupes psychoéducatifs bifocaux.....	87
IV.4 INDICATIONS.....	87
IV.5 DES PROGRAMMES STANDARDISES.....	88
IV.5.1 Prelapse.....	89
IV.5.2 Profamille.....	90
IV.5.3 Le module « Prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes ».....	91

V) UNE COLLABORATION PATIENT/FAMILLE/SOIGNANT 93

V.1 SITUATIONS CLINIQUES.....	94
-------------------------------	----

V.1.1 Entretiens parentaux au cours d'une hospitalisation en secteur de psychiatrie adulte.....	94
V.1.2 Paul : un adolescent face à la décompensation psychotique de son frère.....	113
V.1.3 Un témoignage de thérapie familiale.....	117
V.2 LA NECESSITE D'UN TRAVAIL FAMILIAL	120
V.2.1 Conférences de consensus et résultats des études.....	120
V.2.2 Une prise en charge essentiellement ambulatoire de la maladie.....	123
V.2.3 Des familles en souffrance mais compétentes.....	124
V.2.4 Un besoin institutionnel	126
V.3 LA PLURALITES DES APPROCHES FAMILIALES	128
V.3.1 L'actualité des thérapies familiales	128
V.3.2 Les entretiens familiaux institutionnels.....	131
V.3.3 Les associations de familles	134
V.4 AU-DELA DES THEORIES ET DES IDEOLOGIES	136
V.4.1 Vers une perspective éco-éthro-anthropologique.....	136
V.4.2 L'alliance thérapeutique	138
CONCLUSION.....	141
ANNEXES	144
BIBLIOGRAPHIE	153

INTRODUCTION

Les patients souffrant de schizophrénie ont marqué mes années d'internat et suscité mon intérêt pour leur prise en charge, à mes yeux fondamentale dans notre travail quotidien de psychiatre.

Fascinante par sa complexité, la schizophrénie est une maladie mentale dramatique, comme en témoigne la sévérité de ses répercussions sur les plans personnel, familial et social. Sensibilisée aux différentes conceptions de la maladie au cours de ma formation, frappée par la souffrance des familles de patients, je me suis intéressée à l'approche familiale.

Mais comment travailler avec ces familles ? Dans quel cadre ? Avec quels objectifs et quels moyens ?

Ce travail de thèse rend hommage aux personnes souffrant de schizophrénie et à leur famille.

L'évolution de la psychiatrie vers la désinstitutionalisation a permis aux patients de passer plus de temps hors de l'hôpital, et donc plus près de leur famille.

Les sentiments parfois ambivalents suscités par la famille sont alimentés par les mythes, les croyances et les cultures. Ils sont influencés par notre histoire personnelle et familiale.

Si l'on reconnaît facilement la souffrance familiale lorsqu'un de ses membres est malade, l'hypothèse que la maladie témoignerait d'une perturbation du groupe familial peut paraître surprenante voire inconcevable pour la famille elle-même.

Il y a-t-il une fatalité familiale ? La famille est-elle bonne ou mauvaise ? La famille est-elle malade et si oui peut-on la soigner ?

Influençant la destinée du patient et de sa famille, la schizophrénie soulève ces interrogations. Plusieurs attitudes cohabitent : celle qui consiste à protéger la famille du patient, celle qui défend la personne malade de sa famille et celle qui les associe dans les étapes du projet thérapeutique.

Dans les années cinquante, parallèlement à l'apparition des premiers neuroleptiques, la recherche sur les familles se développe, en particulier pour les familles de patients schizophrènes. Ceci est à l'origine du mouvement des thérapies familiales, directement lié à la compréhension et au traitement de la schizophrénie. Pour les chercheurs de l'époque, la maladie serait la conséquence d'un dysfonctionnement relationnel familial et pour traiter la maladie, il faudrait traiter la famille.

En parallèle, les modèles de compréhension de la schizophrénie s'orientent vers une approche multifactorielle. Parmi ces modèles, celui de vulnérabilité au stress qui voit naître la psychoéducation familiale, devenant pour ses défenseurs un outil thérapeutique incontestable : les perturbations des relations intrafamiliales, ou des relations entre la famille et l'environnement, sont considérées comme secondaires à la maladie. Les dysfonctionnements familiaux seraient ici les conséquences de la pathologie.

En quoi consiste le travail familial dans la schizophrénie aujourd'hui ?

La thérapie familiale est-elle la seule forme de travail avec les familles ?

Doit-on comparer la psychoéducation familiale et la thérapie familiale ?

Comment travailler avec les familles de patients en institution psychiatrique ?

La première partie de ce travail de thèse développera la notion de schizophrénie. Après un rappel historique sur l'évolution du concept, les hypothèses factorielles et psychopathologiques seront exposées.

Nous définirons ensuite le système familial, en soulignant l'évolution de la conception des familles dans l'histoire de la psychiatrie et l'intérêt des recherches expérimentales sur les interactions familiales.

Puis, les principaux courants fondateurs des thérapies familiales seront exposés, avant de développer la notion de psychoéducation familiale dans la prise en charge de la maladie.

Des exemples cliniques illustreront la réalité pratique du travail avec ces familles.

Dans la dernière partie sera développée la notion d'alliance thérapeutique patient/famille/soignant et la nécessité d'une collaboration entre les différents partenaires.

Cette thèse n'a pas vocation à être exhaustive. La diversité des sujets abordés rend le projet ambitieux.

Dans un souci de clarté et de synthèse, seuls les thèmes les plus importants seront développés.

De plus, les termes « schizophrène » et « psychotique » sont volontairement employés sans distinction sémiologique.

En vue d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie, ce travail interroge la place et l'importance de la famille dans l'abord thérapeutique de la maladie.

I) LA NOTION DE SCHIZOPHRENIE

1.1 Le concept de schizophrénie

1.1.1 De la démence précoce à la schizophrénie

Au XIX^{ème} siècle, les descriptions cliniques et les classifications nosographiques de la folie et des troubles mentaux sont nombreuses. Condamnés pour de longues années, souvent une vie entière, à la réclusion asilaire, les malades font l'objet d'observations minutieuses : leurs comportements, leurs réactions et leurs propos donnent matière à de riches descriptions cliniques.

Durant la longue période - près d'un siècle - qui sépare l'œuvre de Pinel de la nosologie de Kraepelin, des entités cliniques sont décrites, caractérisées par leur symptomatologie et leur cours évolutif : la « folie circulaire » de Falret (1854), la « folie à double forme » de Baillarger (1854), le délire chronique systématisé de Magnan, la catatonie de Kahlbaum (1874), l'hébéphrénie de Hecker (1871).

La paternité de la « démence précoce » est tantôt attribuée à Benedict Augustin Morel (1809-1873), tantôt à l'allemand Emil Kraepelin (1856-1926).

BA Morel, médecin aliéniste français, est le premier à utiliser ce terme et à décrire la démence précoce (MOREL 1860) à partir de la théorie de la dégénérescence, qui explique selon lui l'apparition des maladies mentales par une hérédité morbide.

Dans les éditions successives de son *Traité des Maladies Mentales*, Emil Kraepelin (KRAEPELIN 1887) décrit la schizophrénie en tant qu'entité pathologique distincte des autres affections psychiatriques. Il utilise à l'époque le terme de *dementia praecox*, référence aux perturbations et morcellement psychique présentés par ces patients, se manifestant par des idées délirantes, des hallucinations, des troubles du comportement qui persistent de manière chronique à un degré plus ou moins sévère, et évoluant vers la démence.

Cette démence se caractérise par l'âge jeune d'apparition des premiers symptômes et son évolution chronique déficitaire, survenant sans cause extérieure. Le trouble fondamental est l'appauvrissement émotionnel : c'est une démence affective, pas seulement intellectuelle.

E Kraepelin distingue trois formes cliniques de la maladie : une forme simple, l'hébéphrénie, une forme catatonique ou hébéphréno-catatonique et une forme paranoïde définie par l'importance des idées délirantes. Il oppose à la *dementia praecox* les délires paranoïaques et les paraphrénies dont le potentiel déficitaire est moindre.

Il considère comme fondamentaux les symptômes appelés aujourd'hui « symptômes négatifs », qui incluent les anomalies des processus cognitifs et émotionnels : alogie, aboulie, anhédonie, émoussement affectif et détérioration de l'attention.

En 1911, Eugen Bleuler (1857-1939) introduit le terme « *Groupe des schizophrénies* » (BLEULER 1911), pour signifier la « division de l'esprit », la « coupure ».

Le néologisme marque la rupture de sa conception avec Kraepelin. La schizophrénie n'est pas une maladie mais un groupe syndromique, les limites sont plus larges (Bleuler y intègre la paraphrénie et les formes mineures de schizophrénie), le critère principal n'est pas évolutif mais clinique : la dislocation des fonctions psychiques ou *Spaltung*.

Le terme schizophrénie traduit la fragmentation de la pensée et la perte de cohérence retrouvée chez ces patients. Pour Bleuler, les malades ne sont pas déments mais atteints d'un processus de dislocation qui désintègre leurs capacités associatives et les plongent dans une vie « autistique ».

Il divise les symptômes de la schizophrénie en deux catégories, symptômes fondamentaux et symptômes accessoires. La faiblesse d'association, au centre de la maladie, est à la base de symptômes fondamentaux : l'autisme (tendance à se retirer du monde extérieur), l'ambivalence et les troubles affectifs. Les autres symptômes, délire et hallucinations, sont pour Bleuler atypiques et secondaires.

En insistant sur des processus hypothétiques difficiles à observer (le relâchement des associations) et sur les symptômes présents de manière variable plutôt que les symptômes clairs davantage décrits (le délire et les hallucinations), il contribue à l'élargissement du diagnostic de la schizophrénie.

Enfin, la conception évolutive de Bleuler considérant la répétition des épisodes aigus dans la maladie, marque une rupture avec le postulat de Kraepelin qui considérait l'évolution inéluctable vers une aggravation progressive.

En 1912, Philippe Chaslin parle de « folies discordantes » (CHASLIN 1912) dont il distingue quatre types : l'hébéphrénie, la folie paranoïde, la folie verbale, la folie catatonique ou folie discordante motrice. La discordance est définie par l'absence de cohérence entre l'expression mimique et le fond émotif, ou entre les thèmes délirants et l'humeur. Il refuse de considérer qu'il s'agit d'une démence et exclut les délires hallucinatoires systématisés.

Le grand clinicien théoricien français Henri Ey (1900-1977) est l'héritier du modèle bleulérien. Il insiste aussi sur la nature chronique de la maladie (EY 1975), en excluant par définition les psychoses aiguës et transitoires, ainsi que celles qui n'altèrent pas profondément la personnalité. Avec H Ey, le terme de discordance devient un syndrome marqué par l'ambivalence, l'impénétrabilité et le détachement.

Sa théorie organo-dynamique, en avance sur les connaissances de son époque, intègre déjà les différentes conceptions de la maladie, le processus schizophrénique ne pouvant se réduire à l'action d'une seule catégorie de facteurs étiopathogéniques.

Jusqu'à la fin des années soixante, le diagnostic de schizophrénie repose sur des critères aujourd'hui qualifiés d'empiriques ou de subjectifs, avec la particularité d'être assez différents selon les écoles. Afin d'améliorer la reproductibilité des études, plusieurs systèmes diagnostiques avec des critères opérationnels ont été successivement proposés.

Les conférences de consensus de 1994 *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques* puis de 2003 *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*, tentent de mieux cerner la pathologie et d'en préciser les stratégies thérapeutiques.

I.1.2 Le diagnostic de schizophrénie

I.1.2.1 Epidémiologie

La schizophrénie est une pathologie universelle qui affecte 1% de la population générale.

La maladie se manifeste chez l'adulte jeune (début des troubles entre 15 et 35 ans) et touche aussi bien l'homme que la femme.

Il existe des formes à début brutal (bouffée délirante aiguë, troubles thymiques, troubles de conduites...) et à début progressif (affaiblissement physique et psychique, modification de la

personnalité et de l'affectivité, personnalité prémorbide). La majorité des schizophrénies débutantes prennent des formes progressives et insidieuses.

Le diagnostic de schizophrénie est porté si les symptômes persistent au moins six mois.

Les patients schizophrènes sont exposés à une surmortalité élevée par rapport à la population générale, notamment une mortalité par suicide très forte, évaluée à 10%.

I.1.2.2 Clinique

Les expressions cliniques de la schizophrénie sont très variées d'un patient à un autre et fluctuent avec le temps. De nombreux symptômes, non pathognomoniques, se combinent de façon très variable, sans nécessairement réaliser un tableau clinique complet.

Trois grands syndromes constituent la pathologie :

- *Le syndrome dissociatif.*

La dissociation se manifeste cliniquement par la *discordance*.

Au niveau intellectuel, des troubles du cours de la pensée et du langage (barrage, fading, schizophasie, glossolalie), une altération du système logique (pensée floue, diffluyente) et un rationalisme morbide sont les témoins de la discordance.

Au niveau de l'affectivité et des émotions, on retrouve une déconnexion entre l'affect et la pensée émise et/ou le comportement, un appauvrissement de l'affectivité, une athymie, une athymhormie, une ambivalence, une impénétrabilité et un détachement du réel.

Au niveau psychomoteur, des bizarreries, des rires immotivés, un maniérisme, des stéréotypies témoignent du syndrome dissociatif. Le syndrome catatonique, dans sa forme complète, associe un négativisme, une inertie, une catalepsie et des hyperkinésies.

- *Le syndrome délirant de type paranoïde.*

Egalement appelé syndrome positif, il se caractérise par un délire aux thèmes multiples et aux mécanismes variables : hallucinations auditives, visuelles, olfactives, cénesthésiques, interprétations, processus imaginatifs, intuitions délirantes...

Les thèmes délirants peuvent être variables dans le temps, donnant un aspect flou, chaotique, non systématisé.

L'état de conscience n'est pas altéré mais la dissociation va rendre l'évocation du vécu délirant imprécise, bizarre, incompréhensible, et l'adhésion au délire fluctuante et relative.

Un syndrome d'influence et un automatisme mental (vol de la pensée, écho de la pensée, pensée devinée, commentaires des actes) sont fréquemment retrouvés.

- *Le syndrome autistique.*

Défini par la « perte de contact vital avec la réalité », le syndrome négatif se manifeste par un retrait du monde et un détachement de la réalité, un isolement social, une apathie, un appauvrissement du discours, un émoussement affectif, avec une prédominance de la vie intérieure.

Il existe plusieurs sous-types cliniques de la maladie :

- la schizophrénie paranoïde, essentiellement délirante ;
- la schizophrénie hébéphrénique, de début plus précoce (avant 20 ans), marquée par un repli autistique, un apragmatisme et des troubles dissociatifs ;
- la schizophrénie catatonique avec dissociation psychomotrice, autisme et opposition ;
- la schizophrénie héboïdophrénique : une forme « psychopathique » ;
- la schizophrénie dysthymique, associée à un trouble de l'humeur ;
- la schizophrénie « pseudo-névrotique » marquée par la présence de symptômes névrotiques (phobiques, obsessionnels, hystériques) ;
- la schizophrénie simple, marquée par une dissociation à bas bruit, sans délire.

I.2.2.3 Critères diagnostiques

Si les formes typiques sont d'un grand intérêt pour la réflexion psychopathologique et les travaux de recherche, la réalité clinique est souvent plus complexe et plus contrastée : la schizophrénie est une entité hétérogène sur le plan clinique et sur le plan évolutif.

Cette diversité des modalités d'expression clinique et évolutive amène désormais à parler « des schizophrénies », en référence au « groupe des schizophrénies » de Bleuler.

Les critères diagnostiques consensuels utilisés de nos jours sont ceux proposés par les manuels diagnostiques : le DSM IV (APA 1994) et la CIM 10 (OMS 1997), détaillés dans les annexes 1 et 2.

Le raisonnement catégoriel présente certaines limites : il ne permet pas de délimiter clairement les frontières de la schizophrénie, n'intègre pas les psychoses affectives et les troubles de la personnalité dans le spectre des schizophrénies et ne tient pas compte des symptômes psychotiques fréquents dans la population générale.

Pour les tenants de l'approche dimensionnelle, les divers symptômes rencontrés dans la maladie peuvent se regrouper en plusieurs dimensions cliniques, en grande partie indépendantes les unes des autres et coexistant à des degrés divers d'un patient à un autre.

Cinq dimensions sont identifiées : la dimension positive ou psychotique, la désorganisation cognitive, la dimension négative, la dimension anxiété/dépression, la dimension excitation/impulsivité. Ces dimensions permettent de modéliser très simplement la diversité des tableaux cliniques traditionnellement qualifiés de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de trouble de la personnalité du spectre de la schizophrénie. Elles constituent également une approche intéressante du continuum entre psychoses non affectives et affectives, entre normalité et psychose.

I.2.2.4 Pronostic et évolution

Le pronostic individuel et social de la schizophrénie reste « lourd ». Malgré les importants progrès déjà réalisés, la maladie représente un véritable problème de santé public.

Sont de bon pronostic : le début tardif de la maladie, le sexe féminin, un facteur déclenchant évident, des antécédents de bonne adaptation prémorbide (notamment familiale), des antécédents familiaux de troubles de l'humeur, des symptômes thymiques, des symptômes positifs et un bon système de soutien.

Au contraire, un début précoce et insidieux, l'absence de facteur déclenchant, une mauvaise adaptation en période prémorbide, un comportement d'isolement ou autistique, le statut de célibat, divorcé ou veuf, des antécédents familiaux de schizophrénie, un mauvais système de soutien, des symptômes négatifs, l'absence de rémission au bout de trois ans et de nombreuses rechutes, sont des facteurs de mauvais pronostic.

L'évolution de la maladie dépend du profil symptomatique et de la qualité de la prise en charge thérapeutique (psychothérapie, chimiothérapie, prise en charge sociale).

Elle est typiquement chronique, ponctuée d'épisodes aigus.

Les principales complications sont la désocialisation et les passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, la dépression post-psychotique

Dans 20 à 25% des cas, quelques signes discrets persistent ; 50% des patients présentent des accès récurrents avec des périodes d'amélioration et une vie communautaire possible ; 25% des patients souffrent de forme gravement déficitaire avec une profonde dégradation sociale et intellectuelle.

1.2 Hypothèses factorielles

1.2.1 Les facteurs génétiques

Un facteur génétique est manifestement impliqué dans la schizophrénie (SAOUD 2006), comme en témoigne le risque de développement de la maladie environ dix fois supérieur chez les apparentés de premier degré d'un patient schizophrène (risque de 6 à 13%). Le risque de schizophrénie pour un jumeau monozygote d'un individu schizophrène est de 48%, alors qu'il est de 17% pour un jumeau hétérozygote. Le taux de discordance entre jumeaux monozygotes, au patrimoine génétique identique, souligne l'importance du rôle des facteurs non génétiques « environnementaux ».

Plusieurs gènes seraient impliqués, ayant chacun un poids mineur pris individuellement mais combinant leurs effets pour générer le phénotype.

Parmi les gènes potentiellement impliqués, sont retrouvés ceux ayant un rôle dans le neurodéveloppement et la plasticité neuronale, ainsi que les régions 1q21-22, 5p14-13, 5q21-33, 8p21-22, 10p11-15, 13q32 et 22q11.

De nombreux gènes (une maladie polygénique) avec des phénomènes d'épistasie (interactions non additives entre les gènes), un certain degré de pléiotropie (effets divers d'un même gène) et des facteurs environnementaux interviennent dans la genèse de la schizophrénie.

Chez des sujets fortement vulnérables sur le plan génétique, la schizophrénie pourrait se détecter en présence d'un environnement peu perturbé, alors qu'au contraire, un environnement très délétère serait nécessaire pour révéler un phénotype d'allure voisine en présence d'un terrain génétique peu perturbé.

A l'évidence, les interactions entre ces divers facteurs environnementaux et les gènes de vulnérabilité sont très complexes.

I.2.2 Les facteurs environnementaux

I.2.2.1 Les facteurs environnementaux biologiques

Certaines conditions environnementales, intervenant pour la plupart au cours du développement fœtal ou infantile, augmenteraient le risque de voir survenir une schizophrénie (SAOUD 2006).

- Les infections virales, bactériennes et parasitaires

L'exposition au virus de l'infection grippale (virus influenza) pendant la première moitié de la gestation augmenterait les risques de développer une schizophrénie à l'âge adulte. L'association entre le Borna virus et la schizophrénie est également suggérée.

De même, d'autres virus prénataux seraient susceptibles d'accroître le risque de schizophrénie : la rubéole, l'herpès virus de type 2 ou encore des virus non spécifiques.

Les infections bactériennes à tropisme neurologique sembleraient également impliquées dans la survenue des états psychotiques, mais avec une association plus faible.

Enfin, le parasite de la Toxoplasmose pourrait augmenter le risque de survenue ultérieure de schizophrénie.

- Les facteurs nutritionnels, les carences alimentaires

L'implication de facteurs nutritionnels et le rôle des carences alimentaires maternelles sont suggérés dans la survenue de la schizophrénie.

- Les facteurs immunologiques, l'incompatibilité rhésus

L'incompatibilité Rhésus pourrait constituer un autre facteur environnemental anténatal accroissant le risque de schizophrénie.

- Les facteurs obstétricaux : grossesse et accouchement

Plusieurs facteurs de risque sont identifiés : menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, hypoxie fœtale, prématurité, petit poids de naissance, travail prolongé, naissance instrumentale, nécessité de réanimation à la naissance, hypertension gravidique.

Il est difficile de déterminer si ces facteurs sont indépendants les uns des autres.

Il semble que les complications de la délivrance constituent un facteur de risque indépendant des complications survenant au cours de la période fœtale.

- *Les agents chimiques et physiques*

Les facteurs chimiques et physiques comme l'exposition précoce au plomb, au mercure, aux radiations ionisantes, constitueraient des facteurs de risque potentiels.

De même, les antécédents de traumatismes crâniens infantiles augmenteraient le risque de développer la maladie.

I.2.2.2 Les facteurs environnementaux socio-démographiques et sociologiques

Ces facteurs environnementaux, traités indépendamment des variables biologiques, seraient vraisemblablement réductibles à des variables biologiques sous jacentes, en particulier infectieuses, alimentaires, toxiques et liées à l'axe corticotrope et au stress (SAOUD 2006).

- *Le niveau socioéconomique, le statut occupationnel et le statut familial*

Un bas niveau socio-économique, le célibat et l'absence d'occupation pourraient augmenter le risque de développement de schizophrénie ultérieure, mais peuvent aussi s'envisager en terme de conséquence de la maladie.

- *Lieu de naissance, urbanité, migration*

L'urbanité apparaît comme un facteur indépendant accroissant le risque de schizophrénie, mais il n'est pas exclu qu'il relève d'autres causes sous jacentes, infectieuses et liées au stress.

- *Le stress maternel et le stress en période infantile*

Le stress maternel et le stress éprouvé par les individus eux-mêmes, en particulier dans l'enfance, sont considérés comme des facteurs accroissant le risque de schizophrénie.

Une grossesse non désirée, la mort du père pendant la grossesse, sont des exemples de stress maternel, tout comme la perte d'un parent est une situation à risque pour l'enfant.

- *Les abus de substances*

Les abus de substances toxiques sont également considérés comme un facteur de risque de développement de la maladie, le cannabis constituant l'un des facteurs de risque les plus significatifs.

I.2.3 Un désordre de la neurotransmission

La transmission dopaminergique centrale apparaît comme la pierre angulaire de l'édifice psychotique, notamment par les systèmes mésolimbiques et mésocorticaux (SAOUD 2006).

L'hypothèse dopaminergique va dans le sens d'une hyperactivité dopaminergique mésolimbique associée à la symptomatologie positive et une hypoactivité dopaminergique préfrontale liée à la fois à la symptomatologie dite négative et aux troubles cognitifs.

Le système dopaminergique n'est pas isolé : il est en interaction avec les systèmes glutamatergiques, sérotoninergiques, neurotensinergiques et cholecystokinergiques.

En effet, une diminution de l'activité inhibitrice GABAergique semble démontrée dans la schizophrénie et pourrait être à même d'entraîner une hyperactivité du système excitateur glutamatergique.

L'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie évolue vers un concept de dysrégulation multifactorielle de la neurotransmission, intégrant principalement les interactions entre les différentes monoamines, le glutamate et l'axe HPA (hypothalamo-pituitaro-adrena axis).

I.2.4 L'hypothèse neurodéveloppementale

De nombreux arguments épidémiologiques et neuro-pathologiques vont dans le sens d'une hypothèse neurodéveloppementale (THIBAUT 2006).

L'hypothèse neurodéveloppementale précoce concerne les possibilités de perturbation du neurodéveloppement au cours de la vie utérine (au cours du deuxième trimestre pour la majorité des auteurs), ne se traduisant qu'à la fin de l'adolescence après une période de latence. Ces perturbations auraient une origine génétique et/ou environnementale (infections virales in utero, complications obstétricales...) agissant soit séparément, soit de façon conjuguée, dans le cadre d'un modèle polygénique et multifactoriel à seuil.

Nous retrouvons cliniquement une fréquence accrue de perturbations précoces motrices, cognitives et émotionnelles, mais ces anomalies restent difficiles à interpréter.

Les données paracliniques plaident aussi en faveur d'une origine neurodéveloppementale plutôt que dégénérative : absence de gliose, anomalies cytoarchitecturales (concernant l'organisation spatiale des cellules pyramidales de la région ventro-médiane du lobe temporal), dilatation ventriculaire (non spécifique), réduction de taille des neurones dans l'hippocampe, le cortex cingulaire et le cortex préfrontal.

L'hypothèse neurodéveloppementale tardive porte sur des anomalies pouvant survenir au moment de l'adolescence.

On retrouve chez les patients schizophrènes des perturbations de l'élimination des connexions synaptiques (excès d'élimination au niveau du cortex préfrontal), sous l'influence de facteurs environnementaux et biochimiques.

L'élimination en excès des connexions synaptiques à l'adolescence pourrait induire une perte de plasticité neuronale et accroître ainsi la vulnérabilité des neurones à des facteurs toxiques ou traumatiques. Un autre mécanisme évoqué est celui de la perturbation des processus de myélinisation.

Enfin, l'idée d'un processus neurodégénératif complémentaire au processus développemental est soulevée ces dernières années.

1.3 Psychopathologie

L'approche psychopathologique de la schizophrénie fait l'objet de nombreux travaux aux orientations diverses, dont les principales sont exposées ci-dessous.

I.3.1 Le modèle psychanalytique

L'articulation entre psychiatrie et psychanalyse est particulièrement ardue dans le champ de la schizophrénie, l'approche multifactorielle de la maladie de ces dernières années évinçant une approche strictement psychanalytique.

La découverte de l'inconscient par S Freud est le point de départ du courant psychanalytique.

Pour le psychanalyste, le symptôme est le témoin d'un conflit intrapsychique encore actif.

La psychanalyse considère la schizophrénie comme la manifestation d'un dynamisme inconscient de destruction de sa réalité.

Les principales idées du modèle psychanalytique de la schizophrénie sont exposées ci-dessous.

I.3.1.1 Sigmund Freud (1856-1939)

L'analyse du cas Schreber en 1911 est le premier texte freudien consacré à la psychose, S Freud (FREUD 1911) s'interrogeant sur les rapports possibles entre la paranoïa et la démence précoce.

S Freud interprète les manifestations du début de la maladie comme la traduction du retrait des investissements libidinaux : la libido, détachée des objets extérieurs, reflue sur le Moi qui régresse au stade narcissique. Le délire est alors compris comme un effort de restauration des relations aux objets, comme une « reconstruction ».

Avec ce cas, Freud décrit le mécanisme de projection psychotique.

Chez le paranoïaque intervient le facteur actif des blessures sociales lié à la composante homosexuelle de la vie affective ; dans la schizophrénie, la régression archaïque à l'autoérotisme y rend compte du caractère accessoire de l'homosexualité.

En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme* (FREUD 1914), il oppose le narcissisme secondaire, constitué par le retournement sur soi de la libido, libérée de ses investissements objectaux (le narcissisme schizophrénique en réalisant un exemple extrême), au narcissisme primaire, celui de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs.

Dans la présentation du cas de l'Homme au Loup (FREUD 1918), il décrit le rejet psychotique de la représentation de la castration qu'il oppose au refoulement névrotique et qui

peut conduire au retour de la représentation sous la forme d'hallucinations. La fixation à une étape pré-oedipienne s'exprime par des troubles de structuration de la personnalité, de l'individuation, des troubles de la pensée, des troubles affectifs, de la vie sexuelle et des relations avec autrui.

Dans *La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose*, S Freud (FREUD 1924) identifie le déni psychotique (le déni de la réalité du patient psychotique concernant un fragment de la réalité) et le distingue de la volonté du névrotique de « ne rien savoir de la réalité ». Le schizophrène construit une néoréalité fondée sur les restes psychiques de ses relations anciennes au réel perdu.

I.3.1.2 Mélanie Klein (1982-1960)

Pour Mélanie Klein, ce n'est pas la libido qui porte le désir de savoir, mais le sadisme précoce de l'enfant qui s'empare du corps de la mère, signifiant le rôle tardif de la castration dans le développement (KLEIN 1946). Les angoisses précoces interviennent encore au cours de la période oedipienne aux côtés des angoisses de castration.

En 1946, elle cesse de se référer aux stades du développement pour décrire les angoisses psychotiques et les défenses, et leur substitue les notions de positions, schizo-paranoïde et dépressive, parties intégrantes du développement.

La régression schizophrénique est un retour à la position schizo-paranoïde, caractérisée par l'appréhension du sujet et des objets sur un mode partiel, à son angoisse de morcellements et aux mécanismes de défense normaux chez l'enfant : clivage du Moi et de l'objet, projection, identification projective. L'identification projective apparaît comme un processus d'aménagement défensif face aux attaques sadiques fantasmatiques que le petit enfant dirige contre le sein de sa mère.

L'objet est ainsi morcelé, « clivé » en objets partiels, bons et mauvais : le mauvais objet est rejeté à l'extérieur, le bon objet est introjecté. Le sujet n'étant pas distinct de l'objet, le Moi est à ce stade morcelé.

Le patient schizophrène est entouré de mauvais objets fragmentés, éclatés, projetés hors de lui-même. Son ambivalence affective traduit son partage entre le désir d'introjection du bon objet et la crainte de l'introjection du mauvais. Faute de pouvoir compter sur un bon objet interne ou externe, le psychotique est constamment menacé de morcellement.

I.3.1.3 Jacques Lacan (1901-1981)

L'œuvre de J Lacan s'articule autour de trois instances : Réel, Imaginaire et Symbolique.

C'est par son apport théorique au fonctionnement psychotique qu'il faut aborder avec J Lacan, ce qui serait transposable à la schizophrénie (LACAN 1966).

La psychose selon lui relève d'une cause qui ne se situe pas dans l'ordre de l'imaginaire (imago insatisfaisante du père) mais d'un défaut d'ordre symbolique : la forclusion du Nom du Père ou le rejet primordial d'un signifiant aussi fondamental que le serait le phallus par rapport à la castration. Contrairement au refoulement, les signifiants sur lesquels porte la forclusion ne sont pas intégrés à l'inconscient du sujet et ne font pas de retour de l'« intérieur » mais au sein du « réel ». Ce retour du signifiant forclos au sein du réel expliquerait le mécanisme de l'hallucination.

Le noyau fondamental de la psychose, concernant la constitution même de la réalité, consiste en une impossibilité radicale du refoulement originaire, faille dans la structure du patient schizophrène. Reprenant la notion freudienne de rejet psychotique, il attribue l'impossibilité du refoulement à l'absence structurante de l'Oedipe, qui n'ouvre pas accès à la métaphore paternelle : la forclusion du Nom du Père ne se substitue pas au désir de la mère dans la métaphore constitutive de l'inconscient.

Dans la psychose, la négation se réalise sur le signifiant qui est frappé de nullité quant à sa fonction d'organe de représentation du sujet. L'holophrase (ou concept de solidification du couple des signifiants) marque le fonctionnement du schizophrène sur le registre de l'aliénation.

A l'instar de Freud, Klein et Lacan, de nombreux psychanalystes ont contribué à une meilleure compréhension des mécanismes psychopathologiques de la schizophrénie. Ces travaux dépassent ici l'objet de notre étude.

Les symptômes, les fonctions, les syndromes apparaissent dans la schizophrénie comme des reconstructions défensives de survie, nécessaires comme compromis entre le sens et le non-sens, comme message et comme écran.

La psychanalyse n'a cependant pas apporté un mouvement décisif aux résultats thérapeutiques, illustrant le décalage conceptuel existant entre les médecins et les psychanalystes dans l'abord du symptôme.

I.3.2 Le modèle cognitivo-comportemental

Le courant comportemental est issu des recherches sur les animaux de Pavlov et Skinner : à un stimulus correspond une réponse, le symptôme est une réponse inappropriée qu'il s'agit de faire disparaître. Les comportements humains sont adaptatifs, maintenus selon des mécanismes d'apprentissage.

Le modèle cognitivo-comportemental (SIMONET 2005) prend en compte le patient schizophrène dans la totalité de son écologie, pour lui permettre un fonctionnement adéquat dans son environnement. Il est ancré dans le concept de vulnérabilité qui met en évidence le rôle des facteurs de stress et des troubles cognitifs dans le déclenchement des symptômes, et l'importance des facteurs de protection contre les rechutes. La thérapie comportementale permet l'apprentissage de comportements sociaux utiles (entraînement aux habilités sociales), grâce au conditionnement opérant.

Les objectifs à long terme des soins issus du modèle cognitivo-comportemental se confondent avec ceux de la réhabilitation sociale : maintenir le patient dans la cité avec une qualité de vie acceptable.

I.3.2.1 Les modèles de vulnérabilité au stress

Le terme est actuellement employé comme synonyme de susceptibilité, de prédisposition, de fragilité, dont l'évolution possible est la schizophrénie. La maladie résulte des interactions complexes entre un « terrain » hérité par le sujet et son environnement

La vulnérabilité repose sur le principe d'une continuité du normal au pathologique et serait présente chez tous à un degré variable.

Les modèles de vulnérabilité au stress dans la schizophrénie proposent des hypothèses de compréhension et d'articulation des différents facteurs intervenant dans le déclenchement de la maladie et la prévention des rechutes. Ils intègrent les déterminismes génétiques et biologiques des troubles et les influences environnementales identifiées dans leur évolution.

Zubin et Spring (ZUBIN 1977) sont les premiers à considérer que la maladie résulte de l'interaction entre une vulnérabilité permanente et des événements « provocateurs ». Ils distinguent la vulnérabilité, condition permanente, des épisodes de décompensation schizophréniques qui sont des états récurrents. Ce n'est pas la schizophrénie qui serait un trouble chronique, mais la vulnérabilité à produire des épisodes psychotiques.

La vulnérabilité est liée à une prédisposition génétique et des altérations du développement cérébral, les symptômes cliniques sont révélés par un stress interne ou externe.

Zubin propose un modèle de stress - vulnérabilité seuil-dépendant où le seuil définit le niveau maximal de contraintes auxquelles le sujet peut s'adapter : au-delà de ce seuil, un épisode psychotique est observé. Si le stress diminue ou si une intervention thérapeutique ramène le patient en dessous de son seuil de vulnérabilité, l'épisode psychotique se termine et le patient retrouve son niveau antérieur de vulnérabilité. La durée des épisodes psychotiques est donc limitée dans le temps, la fin des épisodes impliquant un retour antérieur de vulnérabilité.

Cependant, les premières manifestations psychotiques diminuent à leur tour les capacités d'ajustement et réduisent les compétences au stress, créant un véritable cercle vicieux.

Les marqueurs de vulnérabilité (ZUBIN 1977), familiaux, sociaux ou environnementaux sont présents à toutes les phases de la maladie (pré-épisodes, épisodes, post-épisodes).

Les marqueurs d'épisodes ne sont retrouvés qu'au cours d'un épisode psychotique.

Les marqueurs résiduels apparaissent au moment d'un épisode et persistent malgré sa résolution. Ils peuvent résulter des effets de la maladie et des facteurs iatrogènes.

Enfin, les marqueurs d'invulnérabilité protègent le sujet d'un épisode psychotique.

Le modèle de vulnérabilité de Nuechterlein et Dawson (NUECHTERLEIN 1984) propose un regard neuro-psychologique de la schizophrénie et intègre quatre composantes principales : les marqueurs de vulnérabilité, le stress lié à l'environnement externe (le contexte familial, les événements de vie), l'existence d'états intermédiaires transitoires précédant un épisode psychotique et la survenue d'un épisode psychotique.

Les auteurs distinguent trois types de marqueurs de vulnérabilité : un premier d'ordre cognitif (le déficit des ressources attentionnelles et la diminution de la capacité de traitement), l'hyperactivité du système nerveux autonome en réponse à des stimulations aversives, et la diminution des compétences sociales avec des difficultés dans les relations interpersonnelles.

Dans son modèle triphasique et clinique du développement de la schizophrénie, Ciompi (CIOMPI 1989) distingue trois types de médiateurs de vulnérabilité (le système dopaminergique, la plasticité neuronale et la théorie de la dynamique des systèmes complexes) et trois étapes dans la schizophrénie : la phase prémorbide, la phase de décompensation et l'évolution à long terme.

Des facteurs biologiques, psychosociaux et psychodynamiques interagissent avec un terrain prémorbide.

La vulnérabilité, d'étiologie biologique ou environnementale, est essentiellement cognitive et affective.

Le système dopaminergique serait un agent modulateur entre les facteurs biologiques et les facteurs sociaux. Les épisodes aigus de la maladie seraient liés à une défaillance biologique à affronter les événements psychosociaux.

Liberman (LIBERMAN 1994) propose un modèle psychosocial, qui souligne l'action conjointe du stress environnemental et de la vulnérabilité biopsychologique dans le processus de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie.

Ce modèle de vulnérabilité au stress dépend des interactions entre les facteurs de vulnérabilité, les facteurs de stress précipitants et un déficit en facteurs protecteurs psychosociaux qui favorisent le coping efficace. Une modulation symptomatique pourrait donc être obtenue en renforçant les facteurs de protection psychosociaux.

Dans le modèle intégratif proposé par Lalonde (LALONDE 1999), il existe chez certains individus une vulnérabilité sur le plan neuropsychologique, découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui les rend plus sensibles aux stressors environnementaux : complications obstétricales, stress toxique, stress social, événements de la vie quotidienne, pressions de performances, insuffisance de soutien social...

Une fois la schizophrénie manifestée, l'individu reste aux prises avec des symptômes résiduels qui, selon une causalité circulaire, le rendent encore plus sensible aux facteurs susceptibles de déclencher des rechutes.

I.3.2.2 L'entraînement aux habilités sociales

Des compétences nouvelles peuvent être apprises par le patient et le succès de la réadaptation est facilité par un environnement favorable. Il existe plusieurs techniques comportementales

comme l'anticipation positive, le conditionnement classique, les techniques de contrôle de l'anxiété sociale ou l'apprentissage social. Les techniques de remédiation cognitive sont utilisées pour aborder les perturbations psychiques de la schizophrénie et aider les patients à retrouver des schémas cognitifs plus fonctionnels.

La psychoéducation familiale permet d'adapter l'environnement du patient en vue de réduire le stress chez ce dernier

Les objectifs de la thérapie visent à remédier aux déficits des fonctions « de bases », améliorer la capacité à résoudre des problèmes interpersonnels et modifier les stratégies d'adaptation.

I.3.3 Le modèle écosystémique

Cette approche, en rupture avec le rationalisme cartésien, est issue des travaux novateurs de Gregory Bateson (1904-1980), systématisés et prolongés par Paul Watzlawick (1921-2007) (BATESON 1977 ; 1980 ; WATZLAWICK 1967).

Les principales références théoriques du modèle écosystémique proviennent de disciplines étrangères à la psychanalyse et à la médecine, notamment l'écologie, la théorie des systèmes, la cybernétique et la théorie de la communication.

Les notions préliminaires de ce modèle considérant l'individu dans son réseau interactionnel naturel, sont exposées ci-dessous.

Les applications spécifiques à la schizophrénie seront développées dans la troisième partie de ce travail, consacrée aux théories familiales.

I.3.3.1 La théorie des systèmes

La théorie des systèmes est élaborée par Ludwig Von Bertalanffy (BERTALANFFY 1968) : il définit le système comme un « ensemble d'unités en interrelations mutuelles ».

Un système vivant est un ensemble d'éléments en interaction, dans un certain contexte, avec une finalité et une évolution. La famille est un système vivant.

Tout système baigne dans un environnement donné avec lequel il entretient ou non des échanges. L'ensemble système-environnement est appelé écosystème.

Le système ouvert (le cas de tous les systèmes vivants), en interaction permanente avec l'environnement, échange matière, énergie et informations, à l'inverse du système fermé.

Un système comporte une limite ou frontière, qui représente l'interface et le démarque de son environnement ; des éléments pouvant être identifiés et dénombrés ; un réseau de communication et de transport ; des réservoirs de stockage.

Dans ses aspects fonctionnels, un système se caractérise par des flux, de nature différente, circulant entre les réservoirs et charriant matière, énergie et information ; des centres de décision, contrôlant le débit de ces flux ; des boucles de rétroaction (feed-back) et des délais.

L'homéostasie du système est l'équilibre entre sa stabilité et sa croissance.

Trois concepts majeurs caractérisent la théorie des systèmes :

- le concept de totalité : le système est plus que la somme de ses parties ;
- la circularité : les relations entre les éléments ne sont jamais unilatérales mais réciproques, par le jeu des feed-back, s'opposant aux relations causales linéaires ;
- le principe d'équifinalité, concernant les systèmes ouverts uniquement : les mêmes effets pouvant avoir des origines différentes, un changement observé dans un système n'est pas seulement déterminé par les conditions initiales du système.

Pour comprendre le fonctionnement d'un système ouvert (la famille en ce qui nous concerne), il importe davantage de saisir son organisation structurelle et fonctionnelle plutôt que sa genèse.

Cette théorie apporte de nouvelles voies de réflexion en psychiatrie, notamment à la psychopathologie, aux diagnostics et aux traitements des troubles mentaux. Ce modèle de pensée se distingue du rationalisme classique, tout en le complétant par son point de vue holistique, sa conception circulaire et téléologique.

I.3.3.2 La cybernétique

Le terme de cybernétique est formalisé par le mathématicien Norbert Wiener et désignera plus tard « la science des analogies maîtrisées entre organismes et machines ». Un système cybernétique comporte des parties qui intègrent des informations extérieures et prennent des décisions, ainsi que des parties asservies qui exécutent les décisions. Leur état est maintenu constant par les mécanismes homéostatiques de feed-back.

La cybernétique de Wiener s'applique à la communication humaine, à la psychothérapie et en particulier à la thérapie familiale pour décrire ces mécanismes homéostatiques de feed-back.

Dans la cybernétique de deuxième ordre (contrairement à celle de premier ordre), l'observateur du système fait partie intégrante du système observé.

On passe du « système observé » au « système observant » en évacuant le mythe de l'objectivité de l'observation pour mettre l'accent sur les processus de « construction ».

I.3.3.3 La théorie des communications

Les théories modernes de la communication considèrent celle-ci comme un acte, dont l'information est le produit. La communication est définie comme un système de comportement intégré, qui a pour effet d'ajuster, de calibrer, de rendre possible les relations humaines.

La théorie de l'information et de la communication s'appuie sur les travaux de Shannon (spécialiste américain des télécommunications) et de Wiener (fondateur de la cybernétique).

En communication, le déterminisme interpersonnel, qui tient compte de la notion d'interaction, est hiérarchiquement supérieur au déterminisme intrapsychique (caractère « inconscient » de toute communication). De plus, le contexte général de la communication est capital.

Le type de relation entre les locuteurs est une variable essentielle à la compréhension de la communication. Cette « présence de l'autre » influence le mode de communication et son déroulement dans le temps.

Dans la communication interpersonnelle, le processus le plus significatif est celui par lequel les partenaires instaurent des règles communes pour la production et la compréhension des messages, mais elles n'évitent pas les distorsions de code, source d'erreurs et de malentendus. La métacommunication, c'est-à-dire la communication entre les partenaires sur leurs règles de communication, permet de corriger ces distorsions.

La communication est à la fois digitale (verbale) et analogique (non verbale et paraverbale).

A partir de la théorie des types logiques de Whitehead et Russell, G Bateson (BATESON 1977) définit la hiérarchie des degrés d'apprentissage, en tenant compte que la façon de communiquer est en même temps un apprentissage permanent de la façon de communiquer.

En se fondant sur la théorie de la communication, Watzlawick, Beavin et Jackson énoncent une série d'axiomes utilisables dans les relations humaines (WATZLAWICK 1967) :

- « *Il est impossible de ne pas communiquer* » ;
- « *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et, par suite, est une métacommunication* » ;
- « *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires* » ;
- « *Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence* ».

Dans cette perspective systémique, les comportements psychopathologiques sont considérés comme l'expression de ce qui se passe à l'interface entre l'individu et son environnement (le milieu familial étant le plus prégnant et le plus significatif), les symptômes prenant une signification de métaphores relationnelles.

Pour P Watzlawick, la schizophrénie est considérée « *comme la seule réaction possible à un contexte où la communication est absurde et intenable, réaction qui obéit aux règles d'un tel contexte et, par suite, les perpétue* ».

I.3.4 Le point de vue antipsychiatrique

Dans son livre *Folie et déraison : Histoire de la folie à l'âge classique*, M Foucault (1926-1984) soutient sur la foi d'une enquête historique, que la psychiatrie d'aujourd'hui est l'héritière du « Grand Enfermement » de l'âge classique (FOUCAULT 1961). Il démontre la relativité de l'objet « folie », la psychiatrie exerçant une exclusion, un partage entre le « fou » et l'homme « normal ».

Au début des années soixante, un groupe de médecins psychiatres critique l'institution de l'enfermement des fous : c'est la répression que produit la société qui est à l'origine de cette violence intérieure vécue comme « folie », l'enfermement est une répression supplémentaire. Le travail de M Foucault, initialement théorique purement universitaire et savant, devient la référence contestataire.

Le mouvement antipsychiatrique nie le caractère pathologique des prétendues « maladies mentales » et conteste le bien fondé de la prise en charge psychiatrique : les patients sont en réalité victimes d'une société malade. La société et leur famille sont complices dans l'oppression de l'individu.

R Laing (1927-1989) s'efforce de montrer que les maladies mentales n'entrent dans un système de diagnostic médical qu'au prix d'une inadmissible distorsion de la vérité (LAING 1967). La répression sociétale conduit le schizophrène à la nécessité d'une réaction abusivement baptisée « maladie mentale ».

Pour D Cooper (1931-1986), la famille joue un rôle essentiel dans l'aliénation (COOPER 1970). Seul le recours à une rationalité dialectique peut permettre de comprendre le sujet, de le soustraire à la violence de la société qui l'opprime et de l'aider à retrouver sa dignité d'être humain.

Si l'antipsychiatrie a rapidement reflué en France, elle a permis, en plus du renforcement du courant antiasilaire, un regard nouveau sur les interactions socio-familiales en soulignant l'intérêt de leur prise en compte dans l'application des méthodes de thérapie systémique aux patients schizophrènes.

Cette première partie souligne la complexité de la schizophrénie, son hétérogénéité clinique et évolutive, son étiologie multifactorielle et les différents modèles de compréhension psychopathologique.

Il me semble indispensable de considérer la schizophrénie sous ces différents angles, pour comprendre les différentes possibilités de travail familial et les intégrer dans l'abord thérapeutique de la maladie, en respectant l'une ou l'autre de ces approches appliquées au domaine de la famille.

II) LA FAMILLE DES PATIENTS
SCHIZOPHRENES

II.1 Définition de la famille et propriétés du système familial

Le mot famille dérive du latin *familia*, qui vient lui-même de *famulus*, « serviteur ».

Dans son acception antique, la *familia* désignait à Rome, l'ensemble des gens (parents et domestiques) vivant sous le même toit, sous l'autorité du *pater familias*.

Le dictionnaire Le Petit Larousse 2008 définit la famille comme un ensemble formé par le père, la mère (ou l'un des deux) et les enfants.

Dans le dictionnaire Robert 2008, la famille est un ensemble de personnes apparentées vivant sous le même toit.

La signification du mot évolue au cours de l'Histoire et les divers modèles familiaux varient au gré des cultures et des sociétés.

Il existe un polymorphisme impressionnant de la famille, répertorié par les ethnologues, les sociologues et les anthropologues, selon des systèmes de classification ou de typologie différents. L'entité « famille » est indissociable de la tradition, de la culture et du contexte politique, économique et social, à l'origine de la complexité de sa définition.

Il existe donc de multiples façons de définir et de percevoir la famille : selon les membres qui la composent, les liens qui unissent ses membres, la co-résidence...

II.1.1 Alliance et filiation

Il existe deux formes de relations fondamentales, lorsque nous parlons de famille (SALEM 2005) : l'*alliance*, c'est à dire le mode d'affinité et d'union conjugale, et la *filiation*, c'est à dire le mode de descendance.

Les variations de l'alliance sont illustrées par les formes d'union monogame (type le plus répandu), polygame (en Orient, en Afrique...) ou polyandre (forme rare par exemple au Tibet).

Les variations de la filiation déterminent plusieurs lignées de descendance : la lignée patrilinéaire, la lignée matrilineaire, la lignée bilatérale, selon que la condition dans le groupe est acquise par voie masculine, par voie féminine ou par les deux en même temps.

II.1.2 Famille nucléaire, famille élargie

La famille *nucléaire* se distingue de la famille *élargie* (SALEM 2005).

La famille nucléaire (ou « simple ») se caractérise par une seule union entre adultes et par un seul niveau de descendance : c'est le modèle classique de « papa, maman et les enfants ».

La famille élargie (ou « étendue » ou « d'origine ») se caractérise par plusieurs générations, incluant famille nucléaire, grands-parents, arrière-grands-parents et les lignées collatérales.

De nombreux facteurs déterminent les formes de relations qu'entretiennent famille nucléaire et famille élargie, comme par exemple l'assignation de résidence, soit la situation topographique de la famille nucléaire par rapport à la famille élargie : la famille nucléaire *néolocale* (ou indépendante) réside à l'écart de la famille élargie ; la famille dite *incorporée* réside proche de la famille élargie ; la famille *patrilocale* ou *matrilocale* est incorporée à la famille d'origine du père ou de la mère.

Les rapports entre famille nucléaire et famille élargie ont connu d'importantes variations dans le monde occidental, avec l'influence de l'industrialisation sur la famille *traditionnelle ou patriarcale*. De composition étendue, cette forme de famille assumait des fonctions diverses vis à vis de la société et de ses membres, assurant la protection de ses membres et garantissant des valeurs reconnues comme la reproduction, l'éducation, la religion, l'engagement politique. La division du travail, au bénéfice d'un patrimoine commun, renforçait les liens à l'intérieur du clan. La hiérarchie y était rigide, fondée principalement sur la différence des sexes et des générations. D'une façon générale, les intérêts personnels des individus étaient subordonnés aux intérêts du groupe familial.

L'ère industrielle, la migration et l'urbanisation vont transformer le mode de vie et les valeurs des familles traditionnelles, influençant la vie familiale durablement : la famille élargie a perdu de son importance au profit de la famille nucléaire.

Actuellement en Occident, la famille nucléaire, de classe moyenne, à deux générations, en milieu urbain et industrialisé, est devenue le modèle le plus courant. Elle se caractérise entre autres par la valorisation de la liberté individuelle.

II.1.3 La famille en tant que système

A l'instar de tout système vivant, la famille se caractérise par le fait que le comportement de chacun de ses membres est relié aux comportements des autres et à celui de la famille en tant qu'unité. La réalité des liens familiaux est tissée par l'ensemble des influences réciproques qui s'exercent à partir des besoins naturels, biologiques, affectifs, des sentiments, des émotions, des croyances...

Les comportements familiaux sont envisagés selon une causalité de type circulaire et la famille tend à préserver son *homéostasie* au moyen de feed-back négatifs.

Il existe des *normes familiales*, concrétisées sous forme de *règles* qui régissent le comportement entre les membres de la famille et vis-à-vis du monde extérieur. Les familles développent des *rituels comportementaux*, respectés entre eux et vis-à-vis de l'extérieur, qui servent à renforcer les règles en vigueur.

La famille traverse périodiquement des *crises* naturelles (mariage, naissance, adolescence, séparation, vieillesse, décès...), ou phases de déstabilisation, qui l'incitent à remanier son homéostasie et amorcer un changement. Ces moments charnières jalonnent le *cycle évolutif* de toute famille ; on parle de morphogenèse pour désigner l'aptitude du système familial à évoluer avec le temps. L'évolution d'une famille passe donc par des phases d'équilibre et de déséquilibre.

Des *frontières* représentent les interfaces entre la famille et l'environnement social, et entre les divers sous-systèmes internes : sous-système conjugal, fratrie... Ces frontières peuvent être semi-perméables (à la fois limitantes et perméables), floues (trop perméables) ou au contraire trop rigides.

La famille assume des *fonctions centripètes*, qui consistent à protéger ses membres, satisfaire ses besoins affectifs, solidariser le système familial, et des *fonctions centrifuges* qui préparent l'émancipation future des enfants, la séparation...

Alors que les normes et les règles familiales s'appliquent aux relations interpersonnelles dans la famille, les *valeurs* sont impersonnelles dans leur fond, individuelles dans leur forme. Contrairement aux apparences, les valeurs, qu'elle que soit leur essence (morale, religieuse, culturelle, sociale...), n'ont pas de réel impact sur les relations interpersonnelles dans la famille, mais sont utilisées comme un moyen tactique dans les relations interpersonnelles familiales, en vue d'imposer une règle propre au système.

Les valeurs sont utilisées par les familles pour cimenter le *mythe familial*, ensemble de croyances organisées et partagées par tous les membres, qui colorent le rôle mutuel dans la famille, la nature des relations, l'image de l'identité groupale.

II.1.4 La cellule familiale « déstabilisée »

Les débuts de la thérapie familiale coïncident avec l'ébranlement sociétal causé par la seconde guerre mondiale (SALEM 2005).

Les bouleversements démographiques, sociaux, culturels, écologiques de ces dernières années ont déstabilisé la cellule familiale : les enfants sont confiés de bonne heure à la communauté, les grands-parents finissent leur vie isolés ou dans des établissements spécialisés, le divorce et l'union libre favorisent la constellation des *familles monoparentales* (un seul parent et ses enfants) et des *familles recomposées* (une famille conjugale où les enfants sont issus d'une union antérieure de chacun des conjoints).

La typologie familiale actuelle est inédite et frappante par sa diversité et le pluralisme de modèles : union libre, remariage, célibat délibéré, simple cohabitation, union informelle éphémère, famille monoparentale ou recomposée.

En dépit de cette nouvelle crise à caractère « centrifuge », la famille reste soumise à des impératifs « centripètes » qu'elle ne peut esquiver : la législation impose les anciennes lois de filiation et de succession, le code des obligations régit ses responsabilités envers les enfants et les loyautés profondes liées au sang et au patronyme jouent malgré tout un rôle capital dans la

destinée de l'individu. Grâce à ces impératifs puissants, la famille n'est pas prête de disparaître.

II.2 La famille dans l'histoire de la psychiatrie

Les historiens de la médecine, de la psychiatrie et de la psychologie se sont rarement intéressés à la famille du malade mental (SALEM 2005). En effet, jusqu'au milieu du vingtième siècle, l'étude historique de la famille appartenait davantage au droit, à l'économie, la politique ou la sociologie. La famille ne constituait guère une entité significative pour les médecins, le seul intérêt se limitant aux éventuels facteurs génétiques. Associée à la vague notion d'« entourage », la famille ne représentait pas un paramètre spécifique à prendre en compte, ni dans l'éclosion des troubles mentaux, ni dans la façon de les traiter.

Depuis la seconde guerre mondiale, sous l'impulsion du mouvement créé par la thérapie familiale, un nouvel intérêt s'est dessiné en psychiatrie pour la famille des patients.

Si l'on assiste à une évolution progressive des rapports entre les thérapeutes et les familles des malades mentaux, est-ce véritablement un phénomène récent et révolutionnaire dans l'histoire de la médecine et de la psychiatrie ?

II.2.1 La tradition chamanique

Quelques indices historiques suggèrent des sources plus lointaines pour l'intérêt des familles, comme en témoigne la médecine chamanique (SALEM 2005).

La « médecine homérique », caractéristique de l'art médical grec et antérieur à la « médecine hippocratique » (IXième siècle avant J.C.), était imprégnée de chamanisme.

Le chamanisme prend ses sources dans un ensemble de croyances et de pratiques animistes communes à différents peuples des régions arctiques, américaines et nord-asiatiques, fondées sur une conception postulant la présence d'esprits maîtres de la nature et d'intermédiaires

« surdoués » entre ces esprits et les humains : les chamans, réputés capables d'établir des communications entre le monde visible et le monde invisible.

Le style thérapeutique du chaman respecte quelques principes constants. Il ne travaille pas avec le malade seul mais en présence d'une assistance qui réunit principalement les proches du sujet, sa parenté directe et indirecte, ses amis, ses voisins. Cette assistance est invitée par le chaman à participer activement à la cérémonie (chants, rythmes, danses...).

Le processus collectif est utilisé comme levier thérapeutique et le lien de parenté mis en valeur, dans une démarche holistique : au lieu d'isoler le malade, le chaman le considère et le traite en même temps que son entourage habituel (famille, tribu, environnement naturel et surnaturel). De plus, le chaman ne se considère pas détaché d'un tel ensemble mais s'implique activement. La pratique chamanique favorise la communication du monde visible et du monde invisible, de l'environnement naturel et de l'environnement surnaturel, de la parenté et du clan.

A cette vision animiste et holistique allait succéder une conception opposée de la vie psychique, rationaliste et individualiste, où les troubles mentaux commencent à être interprétés comme l'expression de conflits internes propres à l'individu.

La tradition hippocratique (VI^{ème} siècle avant J.C) n'accorde aucune importance réelle aux facteurs environnementaux, notamment aux aspects interactionnels des troubles psychiques. La médecine rationnelle est orientée vers l'individu, le contexte familial est maintenu hors champ.

II.2.2 Famille et psychiatrie traditionnelle

La psychiatrie traditionnelle ne s'intéresse guère à la famille du malade mental ou alors sur un mode linéaire, considérant une éventuelle influence héréditaire ou présentant parfois son rôle de « bourreau » ou de « victime » vis à vis du parent symptomatique (SALEM 2005). La tendance à isoler le patient de son contexte habituel, à la seule fin de le traiter, prédomine en Occident.

Au Moyen-âge, il n'existe pas d'organisation collective spécifique de la prise en charge de ceux qu'on appelle « les insensés » : le sort de l'insensé est d'abord l'affaire de la famille et ne relève pas de la loi commune.

A l'âge classique (XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle), période du Grand Enfermement dont l'acte premier est la fondation de l'Hôpital Général de Paris en 1656, c'est à la famille que revient le pouvoir de demander et d'obtenir l'internement de l'un de ses membres, si ce dernier porte préjudice à sa respectabilité par des conduites déraisonnables. Le pouvoir monarchique royal est solidaire des exigences familiales.

Le médecin doit s'occuper du malade et du malade seul. L'opinion de Pinel (1745-1826) reflète celle des autres aliénistes : « *Il est si doux en général pour un malade d'être au sein de sa famille et d'y recevoir les soins et les consolations d'une amitié tendre et compatissante que j'énonce avec peine une vérité triste mais constatée par l'expérience la plus répétée, la nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères, et des les isoler de leurs parents* » (PINEL 1809).

Pour Esquirol (1772-1840), élève de Pinel, il faut « *soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux où il habite, le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre* » (ESQUIROL 1838). L'internement asilaire limite ou interdit les contacts avec la famille pour détourner l'aliéné de ses préoccupations et l'aider à retrouver un ordre dans ses pensées sollicitées à l'excès par les stimulations sociales. L'enfermement satisfait ainsi à deux obligations : protéger le malade contre lui-même et préserver la famille.

La famille est parfois entendue pour récolter des informations anamnestiques, mais toujours en l'absence du patient, la présence de ce dernier à de tels entretiens étant considérée comme parfaitement contre-indiquée. De plus, le médecin ne se charge pas lui-même de ces rencontres, reléguant une telle tâche de préférence à une assistante sociale.

La loi du 30 juin 1838 (réformée plus tard par celle du 27 juin 1990), régit le traitement des malades mentaux et organise les modalités d'internement : hospitalisation à la demande d'un tiers (la famille prioritairement), hospitalisation d'office. Le critère essentiel est l'incapacité du malade à reconnaître son état et à réagir « comme tout le monde ».

Cette coalition entre la société, la famille et le médecin contre le malade sera longtemps incontestée.

Un certain nombre d'évènements vont ébranler ces certitudes : les conceptions philosophiques sur les rapports sociaux, la découverte de la psychanalyse par Freud, la première guerre mondiale et la fin des illusions sur la raison triomphante, la stérilisation eugénique sur les malades mentaux proposée par A Hitler, la découverte des conditions effroyables de vie asilaire et enfin le mouvement antipsychiatrique.

II.2.3 Famille et naissance de la psychanalyse

L'occultation du rôle étiopathogénique ou encore des compétences réelles de la famille du patient lors de la prise en charge thérapeutique, est renforcée par la théorie et la pratique des psychothérapies freudiennes. Pour S Freud, le thérapeute doit éviter tout contact avec les membres de la famille du patient pendant la cure, pour ne pas compromettre le processus transférentiel.

D'une façon générale, S Freud accorde un rôle étiopathogénique décisif aux facteurs biologiques et psychosexuels, mais ne tient pas compte des facteurs liés au contexte familial actuel du sujet.

Le courant psychanalytique est cependant d'une importance considérable : outre la compréhension du rôle joué par la sexualité, il est à l'origine de la reconnaissance de la famille comme lieu de conflits, dont le paradigme est le conflit oedipien.

CG Jung (1875-1961) et surtout A Adler (1870-1937) peuvent être considérés comme « précurseurs » en thérapie de la famille.

CG Jung tient compte de la dynamique interpersonnelle, celle du couple et de la famille, et attribue une dimension communautaire au psychisme en définissant le concept *d'inconscient collectif*. Le concept de *persona* renvoie également à la réalité interactionnelle du psychisme. Enfin, la notion de *synchronicité* se rapproche du concept de circularité de la théorie systémique.

A Adler consacre des travaux importants sur la famille, aux principes d'éducation, aux erreurs qui peuvent entraver le psychisme de l'enfant. Il estime que le *sentiment social* est une qualité fondamentale de la personnalité, influencé par le modelage imprimé par la famille. Enfin, Adler traitait les enfants symptomatiques en présence des parents et des éducateurs concernés, et non en les écartant du cadre thérapeutique.

A Meyer (1866-1950), psychiatre suisse émigré aux Etats-Unis et précurseur important de la thérapie familiale, insiste sur la nécessité de connaître le milieu socio-familial de son patient pour comprendre les troubles mentaux (MEYER 1922). Prônant la « psychiatrie du sens commun », il considère la maladie mentale comme le résultat d'une inadaptation de la personnalité globale.

Les travaux psychanalytiques de l'avant-guerre s'intéressent à la compréhension psychanalytique du couple et de la famille mais n'ont guère de répercussion dans les milieux psychiatriques.

Les théories de la thérapie familiale psychanalytique sont exposées plus loin dans ce travail.

II.2.4 La pathogénicité des parents des patients schizophrènes

A partir des années trente, se dessine une certaine tendance à mettre en évidence la pathogénicité des parents de patients schizophrènes.

Les travaux de Kasanin et coll (KASANIN 1934), Tietze (TIETZE 1949), Reichard et Tillman (REICHARD 1950) soulignent le comportement « schizophrénigène », « sadique », « dominant » ou « rigide » des parents de psychotiques, sans tenir compte du comportement de l'ensemble de la famille.

D Levy (LEVY 1943) énonce l'attitude sur-protectrice, dominante et complaisante de la mère du patient schizophrène. Les frustrations affectives qu'elle a subies pendant son enfance l'amènent à protéger son propre enfant à l'excès.

F Fromm-Reichmann (FROMM-REICHMANN 1948) définit la notion de « *mère schizophrénigène* » : mère abusive, froide, agressive, « rejetante », préoccupée par le soulagement de ses besoins tout en se réclamant dévouée et attentive envers l'enfant. Le père est repéré comme passif, indifférent, inadéquat.

L Hill mène une étude approfondie sur les mères de schizophrènes (HILL 1955) et insiste sur leur attitude bornée et butée, leur incapacité à comprendre l'explication de leur interlocuteur et le sentiment d'incomplétude de ces mères, leur enfant fournissant un but à leur existence. Il

établit le principe d'une interdépendance réciproque entre la mère et l'enfant, à savoir l'échange et la réciprocité des besoins mutuels.

Delay, Deniker et Green étudient le milieu familial des schizophrènes (DELAY 1957) et soulignent le problème posé par la personnalité des parents de schizophrènes. Ils affirment que de nombreux parents présentent « *des particularités psychologiques et caractérielles qui les font ranger dans une classe à part entre les individus normaux et psychopathes* ».

Par la suite, ces études culpabilisantes seront critiquées car portant sur de trop petits échantillons non représentatifs.

Mais il faut attendre les théories familiales de l'après-guerre pour établir des corrélations significatives et non accusatrices entre les problèmes familiaux et l'écllosion de la maladie schizophrénique.

Malheureusement, le concept de « *mère schizophrénigène* » et l'interprétation parfois simpliste des théorisations cliniques familiales ont provoqué une scission entre le corps médical psychiatrique et les familles, qui blessées se sont alors regroupées dans des associations, lieux d'échange rassurants et soutenant.

Il semble pourtant aujourd'hui indispensable de surmonter les abus idéologiques dont ont été victimes les familles de patients schizophrènes, et au contraire développer un travail de collaboration patient, famille, soignants en s'appuyant sur les compétences familiales des proches de nos patients. Ce point de vue sera développé dans la dernière partie de ce travail.

II.3 Les interactions familiales dans la schizophrénie : recherches expérimentales

Les résultats des travaux de recherches expérimentales sur l' « Emotionalité Exprimée » et sur la communication rejoignent les conclusions des premiers thérapeutes familiaux : les familles de patients schizophrènes interagiraient de manière perturbée, caractérisée de « Communication Deviance », d' « Affective Style » et de « Disconfirmation ».

II.3.1 Recherches expérimentales sur l'Emotionalité Exprimée

Dans une conception bio-psycho-sociale de la schizophrénie, l'impact des interactions familiales sur l'évolution de la maladie est étudié.

L'Emotionalité Exprimée (EE), non spécifique de la schizophrénie, caractérise les interactions familiales en fonction de trois critères : les commentaires critiques, l'hostilité et la surimplication émotionnelle et affective.

Les familles sont classées en forte EE ou faible EE en fonction de la fréquence et de la quantité de ces critères, au cours d'un entretien familial standardisé, le Camberwell Family Interview.

Les résultats des recherches de Leff et Vaughn (LEFF 1980), confirmés par des travaux ultérieurs, démontrent l'importance du contexte émotionnel familial dans la survenue des rechutes psychotiques. Les patients schizophrènes dont la famille est caractérisée par une forte expressivité émotionnelle auraient un risque multiplié par trois ou quatre de rechuter dans les neuf mois qui suivent une hospitalisation.

La recherche de S King (KING 1993) analyse l'importance de chacun des membres de la famille dans l'évaluation des sous-catégories de l'EE et étudie l'évolution du patient schizophrène en terme de rechute, de réhospitalisation et d'adaptation sociale. Les commentaires critiques du père et la surimplication émotionnelle de la mère pronostiqueraient les rechutes, mais pas les commentaires critiques de la mère et la surimplication émotionnelle du père. La surimplication émotionnelle maternelle serait associée à une meilleure adaptation sociale. Les commentaires critiques de la mère ne seraient pas corrélés avec les rechutes, l'adaptation sociale et la sévérité des symptômes.

Les fortes EE pourraient donc représenter un facteur de stress aspécifique et pronostique de l'évolution de la schizophrénie en terme de rechute.

II.3.2 Recherches expérimentales sur la communication

II.3.2.1 Communication Deviance

Wynne et Singer (WYNNE 1963) ont modélisé la « déviance de la communication » (CD).

L'hypothèse de la CD repose sur la difficulté qu'éprouve la famille du patient schizophrène à établir et à maintenir son attention dans une interaction entre les différents membres.

La CD est mise en évidence en faisant passer individuellement à chaque parent de patient schizophrène un test de Rorschach ; les troubles de la communication sont cotés sur le matériel verbal des réponses.

Ils différencient deux formes de la CD : le style *amorphe* où la communication est vague, mal définie et non rigoureuse ; le style *fragmenté*, dans laquelle il y a des interruptions fréquentes, une pauvre intégration et une difficulté de se focaliser sur différents éléments.

La forme amorphe est associée aux patients schizophrènes ayant un pauvre statut prémorbide et la forme fragmentée à ceux ayant un bon statut prémorbide.

Pour Wynne et Singer, la CD est capable de différencier avec une bonne fiabilité (80%) les familles de schizophrènes des familles de patients psychiatrique non schizophrènes et des familles normales.

Cependant, si les études semblent converger pour trouver un trouble de la communication dans ces familles, les résultats n'apparaissent pas homogènes.

Pour Jones (JONES 1977) et Rund (RUND 1986), seulement certains sous facteurs de la CD seraient spécifiques des familles de patients schizophrènes ; pour Rund et Blakar (RUND 1986) et pour Sass et coll (SASS 1984), ils ne le seraient que pour certains types de schizophrènes (non paranoïdes ou avec des troubles de la pensée) ; pour Lieber (LIEBER 1977), les résultats dépendent du sexe et de facteurs autres que la CD.

II.3.2.2 Affective Style

Les études longitudinales de Jones et coll (JONES 1977), Doane et coll (DOANE 1981) et Goldstein (GOLDSTEIN 1987) montrent que la présence de la CD est antérieure à l'écllosion de la schizophrénie, et introduisent une nouvelle mesure : l'Affective style (AS) combiné à la CD.

L'AS correspond approximativement à l'Emotionalité Exprimée et comporte quatre critères : l'expression critique (qualification d'une attitude, d'un comportement, d'un trait de caractère ou de la nature de quelqu'un de manière inutilement et ouvertement dure), l'induction de culpabilité, l'« intrusivité » (critique ou neutre), et le support (soutien envers l'autre).

L'AS est coté à partir d'un entretien familial interactif filmé en vidéo.

Dans l'étude de Goldstein (GOLDSTEIN 1987), une CD élevée apparaît comme un facteur de risque spécifique de développer une pathologie du spectre schizophrénique.

L'aspect prédictif est renforcé par l'association d'un AS négatif, alors que l'EE apparaît non prédictive.

En conclusion, l'association d'une CD élevée à un AS négatif est hautement prédictive d'une schizophrénie. L'AS pourrait être non spécifique des familles de patients schizophrènes et impliquer la tonalité affective nécessaire à rendre la communication plus investie, tandis que la CD pourrait représenter la partie spécifique des familles de schizophrènes et n'acquérir un caractère pathogène qu'en cas d'investissement de la relation.

II.3.2.3 Disconfirmation

Wichstrom et Holte (WICHSTROM 1991) étudient les interactions familiales dans la schizophrénie avec une grille de lecture autre que la CD : le CONDIS (Confirmation Disconfirmation Coding System), puis sa version modifiée, le CONDIS R.

Considérant le schizophrène dans l'incapacité de différencier la réalité de la non-réalité, ils étudient le contexte capable de favoriser ce fonctionnement et analysent l'interaction en termes de pouvoir de création de la réalité. La condition nécessaire est la présence de rétroaction de l'interlocuteur qu'ils appellent soit confirmation, soit disconfirmation. La confirmation est une rétroaction qui reconnaît la validité du premier message émis, même s'il y a désaccord sur le contenu, alors que la disconfirmation est une rétroaction qui met en doute la capacité de la personne d'émettre un message valide.

Ils distinguent dans l'interaction trois catégories de confirmation : avec accord, avec neutralité et avec désaccord ; et quatre catégories de disconfirmation : disconfirmation active des autres, autodisconfirmation linéaire (où le message contient deux affirmations incompatibles

simultanées), affirmation égocentrique (où le message est ambigu ou inintelligible) et ignorance (disqualification passive).

Les études montrent que les stratégies d'adaptation des familles de patients schizophrènes augmentent plus leur disconfirmation en cas conflit.

En conclusion, les études expérimentales des interactions dans les familles de patients schizophrènes soulignent certaines particularités de la communication : la difficulté de focaliser son attention (CD élevée) et la disconfirmation qui peuvent être intriquées à une implication émotionnelle importante (AS négatif).

**III) THEORIES FAMILIALES ET APPLICATION
THERAPEUTIQUE AUX FAMILLES DE
PATIENTS SCHIZOPHRENES**

L'étude de la schizophrénie a révélé l'importance des dynamiques familiales et des conflits de groupes multipersonnels. L'examen clinique des familles a été à l'origine d'une révolution dans l'approche thérapeutique des schizophrénies et de l'éclosion des thérapies familiales.

Les premiers travaux sur les familles de patients schizophrènes dans les années quarante mettent en exergue les notions de « mère pathogène » et de « père inadéquat », avec une certaine tendance à accuser la pathogénécité des parents de schizophrènes.

H Searles décrit *l'effort pour rendre l'autre fou* comme un des facteurs étiologiques de la schizophrénie : l'effort continu, en grande partie ou totalement inconscient, d'une ou plusieurs personnes de l'entourage du patient pour le rendre « fou » (SEARLES 1977).

Les recherches se multiplient dans les années 50-60, pour tenter de mieux comprendre le contexte dans lequel apparaît la maladie et proposer des modèles thérapeutiques. Les cliniciens élaborent un vaste ensemble d'idées et de techniques, qui sous le même nom de « thérapie familiale » varient considérablement d'un groupe à l'autre.

Si la schizophrénie a été le point de départ du développement des thérapies familiales, l'intérêt pour la maladie s'est finalement affaibli au cours du temps, et la thérapie familiale s'est éloignée de son intérêt premier pour les schizophrènes chroniques.

Les grandes lignes des principales théories familiales sont présentées ici, de façon non exhaustive, dans une classification relative, certains auteurs méritant une formation en soi. Les auteurs cités ont apporté parmi d'autres, une contribution marquante à la réflexion et à la pratique des thérapies familiales proposées aux patients schizophrènes et à leurs proches.

III.1 Modélisations psychodynamiques

III.1.1 Les travaux de Nathan W. Ackerman

Nathan W. Ackerman (1908-1971), psychanalyste et psychiatre d'origine russe migré aux Etats-Unis, est considéré comme le pionnier des thérapies familiales, le premier à inclure l'ensemble de la famille dans le traitement de problèmes émotifs d'un individu (ACKERMAN 1966).

Il porte son attention à la diversité des situations familiales en fonction de la multiplicité des schizophrénies, mais aussi aux facteurs de vulnérabilité :

« En supposant qu'il existe de multiples types de schizophrénies, il peut bien exister également de multiples types de structure familiale associée. Un type donné pour une famille peut contribuer, à un degré plus ou moins grand, avec une pénétration plus ou moins intense, ou avec plus ou moins de malignité, au développement du trouble schizophrénique. De plus, la relation à la maladie et le processus familial peuvent ne pas reposer sur la totalité du fonctionnement familial, mais plutôt sur des composantes sélectives de l'interaction familiale ».

« Les troubles psychiatriques ne sont pas des entités statiques ou isolées. Tandis que les patterns de vulnérabilité à la maladie se mettent en place dans l'enfance, le destin de cette vulnérabilité est déterminée par les expériences interpersonnelles de la vie ultérieure ».

Soulignons au passage la modernité des propos d'Ackerman dès 1966 au sujet de l'étiologie de la maladie.

Ackerman considère trois niveaux :

- le trouble schizophrénique ;
- l'analogie de cette pathologie dans le groupe familial ;
- la psychothérapie du groupe familial, focalisée sur les traits uniques de la relation entre le patient et la famille.

N Ackerman pose la question de l'orientation théorique préférentielle au sujet de la schizophrénie et les troubles familiaux associés :

- la maladie peut être conçue comme un trouble séparé et distinct, individuel, l'environnement familial influençant le cours de la maladie en affectant les manifestations secondaires ;
- ou bien, l'environnement familial peut être conçu comme appartenant au cœur du processus morbide et l'interaction familiale affecte aussi bien les manifestations primaires que secondaires, la maladie est alors un symptôme de la défaillance familiale, qui peut seulement être comprise sur trois ou quatre générations.

Il semble que les courants psychodynamique et systémique, contrairement au courant cognitivo-comportemental, explorent cette seconde possibilité, préféré par N Ackerman.

III.1.2 L'appareil psychique familial

Selon le modèle psychodynamique, la famille est appréhendée à partir de la théorie d'un *appareil psychique familial* (EIGUER 1995), agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient), à partir d'organismes groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternelles et paternelles et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet-groupe.

Les tenants de la thérapie familiale psychanalytique insistent sur le pôle psychanalytique « groupaliste », par opposition au pôle systémique-interactionnel.

Pour A Ruffiot : « *A l'opposé l'approche psychanalytique groupaliste est inspirée, dans sa théorie et dans sa technique, par une représentation du statut fantasmatique et groupal de l'individu au sein de la famille. Elle est une écoute, au delà des échanges verbaux et*

comportementaux, du fonctionnement de la fantasmatique familiale dans l'appareil psychique groupal de la famille » (RUFFIOT 1981).

L'analyste est à l'écoute de la communication inconsciente, à un niveau où les membres de la famille « *diluent leurs psychés individuelles dans une psyché groupale* ».

Les processus psychodynamiques en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'indifférenciation des sexes et des générations, des relations pseudo incestueuses ou incestuelles, l'existence d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés.

III.1.3 Mécanismes de fonctionnement de la famille du schizophrène

Plusieurs mécanismes de fonctionnement de la famille du patient schizophrène ont été identifiés (EIGUER 1992).

Tout d'abord, un *narcissisme pathologique*.

L'interaction est marquée par un désir de maîtrise avec une incapacité à reconnaître les besoins de l'autre, son plaisir interne (autoérotisme normal), ses inquiétudes, son attente de tendresse ou de stimulation, parfois des besoins biologiques, principalement pendant la petite enfance : le parent ne peut imaginer le désir de l'enfant en dehors de ses désirs personnels. Aux conséquences dénarcissisantes évidentes, la disqualification consiste dans la désapprobation d'autrui dans ces familles où nous remarquons la difficulté à saisir la différence des générations, des sexes et des individualités.

Les conflits familiaux sont passés sous silence et les crises de vie ignorées, mais sans indifférence car l'émotivité est souvent intense dans ces familles, souvent sur un mode de dramatisation. Souvent un autre enfant dans la fratrie est surinvesti, assumant un rôle salvateur aux performances excellentes, contrastant avec la situation du patient schizophrène qui dispose de peu de place et reçoit peu de considération de ses parents. Lorsque ce n'est pas un frère ou une sœur du patient, quelqu'un d'autre peut remplir ce rôle privilégié.

L'histoire du patient schizophrène évolue comme s'il était pour la mère, un enfant qui ne doit pas « naître » psychiquement, ne devant entrer dans aucun rêve ni n'entraîner aucune illusion. On ne doit pas lui permettre d'accéder à l'ordre symbolique paternel.

La première crise peut advenir lorsque la mère change de personnage privilégié, c'est l'occasion pour le patient, qui a toujours cru être le seul et l'unique investissement pour sa mère, de constater qu'il ne l'est pas, éprouvant alors perplexité et envie.

Des *médiations perverses* sont également retrouvées dans ces familles, parmi lesquelles :

- les mécanismes de pouvoir, les résistances homéostatiques qui freinent tout progrès ;
- les prescriptions paradoxales qui paralysent les initiatives et créent de la confusion ;
- les mécanismes pervers-narcissiques : promesses alléchantes et dénigrement de toute velléité d'autonomie, justification de l'emprise pour des raisons de sacro-sainte paix familiale, incitation à la prise d'initiatives prématurées et inadaptées qui aboutissent à la confirmation de « l'incapacité du sujet » ;
- d'autres inductions qui semblent mises secrètement à exécution par un parent par l'intermédiaire de l'enfant.

Un autre mécanisme de fonctionnement est l'*interfantasmatisation*, pauvre et « raide » à l'intérieur de ces familles, entravée par des fantasmes inconscients crus et violents, de craintes cannibaliques, intrusives, confusionnantes, d'inclusion des corps, de transformation du soma en matière inerte. Ces fantasmes étant proches chez les différents membres de la famille, la relation devient particulièrement insoutenable.

Dans ses travaux cliniques, A Ruffiot (RUFFIOT 1981) retrouve fréquemment dans les familles de patient schizophrène, une pensée opératoire non symbolique avec un récit collé aux faits et pauvre en émotion, rapporté en séance. L'humour est rare, de même que la possibilité d'apporter des rêves ou des récits légendaires riches en fantaisie.

Décrit à propos du schizophrène, le fantasme d'auto-engendrement apparaît à PC Racamier (RACAMIER 1989) aussi fréquent chez les proches des patients, particulièrement dans ce type de famille « fermée » où les membres fonctionnent « comme un bloc ». Dans son imaginaire, chaque sujet refuse d'avoir été conçu dans une scène primitive, étant seul maître de son origine.

Enfin, l'aspect *transgénérationnel* au niveau de la représentation inconsciente est étudié dans ces familles. Il s'agit de la place des objets transgénérationnels fréquemment liés à un deuil inaccompli, soit que le personnage significatif est idéalisé à l'extrême, regretté pour ses qualités organisatrices, soit que le personnage significatif n'est pas évoqué mais au contraire caché, son souvenir évoquant un fait condamnable d'origine criminelle, sexuelle ou simplement honteuse.

A l'adolescence, il n'est pas rare que l'ancêtre refasse surface dans le discours délirant du schizophrène ou dans ses comportements, imitant de façon caricaturale les faits et les œuvres du premier.

III.1.4 Principes thérapeutiques

Les analystes familiaux ont en commun certaines exigences techniques (EIGUER 1995). Le protocole est organisé comme toute autre thérapie analytique de longue durée aux séances rapprochées ; le cadre est strict avec un accent sur l'histoire de la famille actuelle et transgénérationnelle visant à la construction du passé refoulé, une analyse du contenu verbal et des productions fantasmatiques, notamment par le récit des rêves, et un intérêt pour le transfert et le contre-transfert.

Le *transfert familial* est défini comme le dénominateur commun des fantasmes et des affects rattachés à la psyché commune ou à un objet du passé familial. La place de l'ancêtre comme objet transgénérationnel donne une force supplémentaire au concept, le transfert accueillant la représentation refoulée ou clivée de ces autres objets qui ont gravité jadis de façon significative sur les membres de la famille.

Nous pouvons repérer trois phases du transfert : au début de la thérapie, le thérapeute est vécu comme un *étranger*, puis il devient *familier*, et enfin dans la troisième période de la thérapie familiale, la représentation du thérapeute est celle d'un *parent adoptif*.

Quatre périodes du processus de la thérapie sont décrites, marquées par les modifications des clivages. La première phase est influencée par un fort clivage entre le sous-groupe familial des « sains d'esprit » et le sous-groupe constitué par le « patient désigné ». Puis, nous observons un changement d'orientation dans le sens du clivage, les membres sous-valorisés

deviennent les juges des autres et différents aspects de la scène primitive marquent les points forts de cette étape. Pendant la troisième phase, le dehors se révèle comme hostile alors que le dedans est totalement idolâtré dans une espèce de fête maniaque partagée. La quatrième phase est celle de la dissolution des clivages, de la lente élaboration des séparations et des pertes.

Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'interfantasmatisation et à la sollicitation des activités oniriques, en respectant la lenteur des processus de maturation et de différenciation, en sollicitant l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation (RUFFIOT 1981).

La thérapie familiale psychanalytique s'applique aux patients schizophrènes jeunes avec des formes simples de la maladie et qui ont des espaces de pensée épargnés.

En effet, la présence de perturbations des associations chez les patients schizophrènes rend souvent problématique le recours aux règles strictes de la cure analytique : il s'agit d'endiguer les représentations de choses et de restructurer les représentations de mots, permettre aux participants d'évoquer ce qui leur semble pertinent, plutôt que de verbaliser tout ce qui leur vient à l'esprit.

III.2 Modélisations systémiques synchroniques

III.2.1 Gregory Bateson et la double contrainte

Gregory Bateson (1904-1980), ethnologue, anthropologue et chercheur multidisciplinaire, est sans contestation le père fondateur de l'épistémologie systémique (BATESON 1977 ; 1980).

Dans le contexte scientifique américain de l'après guerre, Bateson participe à une série de réunions interdisciplinaires (les « conférences Macy »), d'où émerge une nouvelle science de la communication et du contrôle : la cybernétique avec le concept de feed-back négatif, base de l'autorégulation.

En 1949, il réunit un groupe de chercheurs, de formations initiales différentes, travaillant sur un mode interdisciplinaire, à Palo Alto, banlieue de San Francisco.

Reprenant à la fois les apports de la « théorie des systèmes » et celle des « types logiques », l'école de Palo Alto définit les bases d'une approche systémique de la famille et d'une théorie de la « nouvelle communication ».

En 1952, Bateson et son équipe reçoivent une subvention pour étudier les « paradoxes de l'abstraction dans la communication ». Il réunit John Weakland, ingénieur chimiste de formation reconverti à l'anthropologie, Jay Haley, étudiant en communication, William Fry, jeune psychiatre, puis Donald D Jackson, psychiatre s'intéressant à la question de l'homéostasie familiale.

III.2.1.1 Le « double bind »

En 1956, Bateson et ses collaborateurs de Palo Alto, Jackson, Haley et Weakland, publient le fameux texte « *Toward a theory of schizophrenia* » (BATESON 1956), introduisant l'existence de *double bind*, ou double lien, dans les familles à transaction schizophrénique. Ils repèrent ainsi des formes d'injonctions logiquement paradoxales conduisant à des impasses relationnelles.

Dans ce texte, les auteurs apportent un concept forgé à partir de leurs premières recherches, conduites sur des patients schizophrènes vus en présence de membres de leur famille, dans un but d'aide psychologique. Ce texte fait partie d'un ensemble d'études psychiatriques regroupées dans la troisième partie de *Steps to an Ecology of Mind*, manuel de réflexion sur le déterminisme familial et interactionnel des psychoses (BATESON 1977 ; 1980).

La schizophrénie est appréhendée comme la réponse adaptative à la communication dysfonctionnelle du double lien, la perpétuant par la même occasion. La psychose n'est pas la cause mais la conséquence d'un pattern communicationnel dysfonctionnel.

Mais si l'hypothèse de base, pour les premiers thérapeutes familiaux, a été de considérer la schizophrénie comme réductible à un trouble interactionnel, Bateson liait la dimension pathologique du double lien schizophrénique à une combinaison de facteurs génétiques rendant compte d'un trouble du deutéro-apprentissage (apprentissage des apprentissages relationnels) et d'expériences relationnelles fréquemment répétées au cours du développement de l'enfance du patient.

Le *double bind* pathologique peut se définir comme un trouble d'apprentissage de niveau 2 qui intéresse les relations transcontextuelles (individu-famille-groupes sociaux) entre des personnes impliquées dans un enjeu vital (parents-enfants), qui s'adressent des messages logiquement antinomiques. Ces messages empêchent toute prise de décision cohérente dans les contextes où ces échanges surviennent et donc tout dégageant des personnes vitalemment impliquées.

Un exemple : un jeune schizophrène s'améliore après un épisode aigu, sa mère lui rend visite. Il est heureux de la voir et met impulsivement son bras sur son épaule. La mère sursaute, il retire son bras. Elle lui demande : « Tu ne m'aimes donc plus ? ». Il rougit et elle lui dit alors : « Tu ne devrais pas t'émouvoir si facilement, ni avoir peur de tes sentiments ! ».

Le patient s'agite et frappe un infirmier.

Le double lien se définit en six points :

- Il s'agit d'une situation collective, comportant une « victime ».

« Parmi celles-ci, nous désignons l'une, dans la perspective de notre définition, comme la « victime ». Nous n'affirmons pas que le double lien est infligé par la mère seule, mais qu'il peut être créé ou par la mère seule ou par quelque combinaison mère, père et/ou collatéraux ».

- L'expérience vécue par « la victime » est répétée.

« Nous affirmons que le double lien est un thème récurrent dans l'expérience vécue de la « victime ». Notre hypothèse n'invoque pas une expérience unique traumatique, mais une expérience vécue répétée telle que la structure en double lien devient une attente habituelle ».

- Une première injonction paradoxale lui est faite : une injonction négative primaire.

« Le message peut être : 'ne fais pas ceci, ou je te punirais', ou bien : 'si tu ne fais pas cela, je te punirais' ».

Cette punition peut être un retrait d'amour, une expression de haine ou de colère, ou l'expression d'un désarroi parental, forme majeure d'abandon.

- Une seconde injonction paradoxale est ajoutée, élargissant le contexte et niant la précédente.

« Une injonction secondaire en conflit avec la première à un niveau plus abstrait et, comme la première, renforcée par des punitions ou des signaux qui menacent la survie ».

- Une troisième injonction paradoxale bloque la situation.

« Une injonction négative tertiaire interdit à la victime d'échapper au champ ».

- La victime ne contrôle plus ses émotions.

« Finalement, l'ensemble complet d'ingrédient n'est désormais plus nécessaire quand la victime a appris à percevoir son univers selon des schèmes du double lien. Presque tout élément d'une séquence de double lien peut être alors suffisant pour pouvoir précipiter panique ou rage ».

Le résultat du double lien est de semer une telle confusion dans l'esprit du destinataire, qu'il n'est plus capable de distinguer les divers niveaux logiques impliqués. Il se trouve prisonnier d'une relation intense et perçoit deux types de messages dont l'un contredit en même temps l'autre et il est incapable de commenter ces messages, autrement dit de faire une métacommunication.

III.2.1.2 Conséquences

L'hypothèse de la double contrainte a une importance historique considérable pour les pratiques thérapeutiques.

Elle implique une vision systémique de la maladie mentale, souligne l'importance des niveaux logiques, résume la théorie Batesonienne de l'apprentissage et surtout définit la maladie mentale comme un trouble de la communication, changeant ainsi fondamentalement la perspective thérapeutique.

La schizophrénie serait la résultante de perturbations relationnelles, produisant un effet de désignation relative et arbitraire, qui viendrait à s'estomper lorsque les communications s'améliorent.

La solution thérapeutique consiste non pas à chercher à dénouer ces *double binds*, ni à les supprimer, mais plutôt à les appréhender comme des signes complexes d'appel à la reconnaissance de l'écosystème familial, qu'il s'agit de partager comme des figures vitales de

régulation pour les relations interpersonnelles et appelant l'apprentissage de nouveaux contextes interactifs révélateurs d'une recherche d'autonomie.

III.2.2 L'approche stratégique de Jay Haley

L'approche stratégique rassemble divers concepts et méthodes thérapeutiques, originellement redevable à Jay Haley et Cloé Madanes.

Jay Haley (1923-2007) contribue aux premiers pas des approches systémiques auprès de Gregory Bateson, John H Weakland et Don D Jackson dès les années 50, à l'hôpital de la *Veterans Administration*, à Palo Alto. Il participe aux recherches sur la communication et particulièrement sur le double lien.

Il est influencé par les travaux de Milton Erickson sur l'hypnose et l'emploi thérapeutique du paradoxe, qui l'amène à s'intéresser aux paradoxes de la communication.

Dans les années 1960, il collabore avec Don D Jackson, Paul Watzlawick, Peggy Papp et Virginia Satir dans le cadre du *Mental Research Institute (MRI)*.

En 1967, il collabore avec S Minuchin à la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, rejoint par Lynn Hoffman.

A la fin des années 1970, Jay Haley s'oppose à Bateson à propos du concept de « pouvoir ».

En 1975, Jay Haley et Cloé Madanes ouvrent le *Family Therapy Institute* de Washington.

Jay Haley est le principal représentant des thérapies familiales stratégiques, tournées vers la mise en place d'interventions propres à induire un changement. Il reste encore aujourd'hui l'une des figures les plus prestigieuses et les plus influentes du champ des thérapies familiales.

III.2.2.1 Les notions de pouvoir et de hiérarchie

La question du pouvoir est omniprésente dans la théorie de Jay Haley (HALEY 1976) : tout système de communication est basé sur une lutte de pouvoir, la relation se définit donc en termes de pouvoir.

L'analyse de la place de chacun dans la hiérarchie et l'enchaînement des séquences interactionnelles sont au centre de la théorie. La pathologie consiste en une gamme restreinte

de séquences rigides et répétitives, qui expliquent comment un symptôme se perpétue. Le comportement de l'un engendre un comportement chez l'autre et ainsi de suite.

« Un comportement pathologique apparaît quand une séquence répétitive définit simultanément deux hiérarchies opposées ou lorsque la hiérarchie est instable parce que le comportement indique une structure à un moment et une autre à un autre moment. Si par exemple, les parents prennent la responsabilité d'une enfant à un moment et attribuent l'autorité à l'enfant à un autre moment, la hiérarchie touche un état de confusion ».

La pathologie s'enracine dans un conflit à deux ou trois générations, indiquant clairement que *« Toute relation fait partie d'une autre »* : la relation à deux est toujours influencée par les tiers présents ou absents.

Le *« triangle pervers »* est une forme particulière du conflit à deux générations où la séparation des générations dans un triangle relationnel est mise en cause de façon cachée.

III.2.2.2 La fonction du symptôme

J Haley introduit le concept de fonction du symptôme en s'intéressant aux effets pragmatiques du symptôme.

Celui-ci est une « tactique relationnelle », une communication, un comportement adaptatif aux comportements des autres membres du système, une méthode de négociation, en même temps qu'un arrangement élaboré en collaboration implicite avec autrui.

Dans la création du système thérapeutique, le symptôme devient aussi une communication pour le thérapeute. Il s'agit d'un symptôme comportemental qui a une fonction dans la relation.

Le problème est une forme d'adaptation à une situation donnée, dans un contexte et un cadre interactionnel précis, lié à un dysfonctionnement dans la hiérarchie et une façon de prendre le pouvoir sans le déclarer. Le patient désigné est compétent, son symptôme maintient l'homéostasie du système familial et une gamme restreinte de séquences rigides et répétitives. L'apparition d'un comportement psychotique semble « nécessaire » dans les familles rigides, dès lors que le patient enfreint un interdit familial, activant ainsi ses parents et lui-même à se conduire de façon à retourner les règles du système, soit à indiquer qu'il ne les enfreint pas.

Pour J Haley, le comportement schizophrène ne correspond pas seulement à un type de communication, mais aussi à un certain type de système familial. L'insertion du fils schizophrène dans le conflit parental passe au premier plan : ses parents lui envoient des messages paradoxaux, demandant son aide pour stabiliser la famille via son sacrifice personnel. J Haley insiste sur la notion de non congruence tant entre les niveaux de communication verbale et non verbale qu'au sein d'un même message verbal chez les différents membres de la famille du patient schizophrène. Toute communication est ainsi disqualifiée, rendant toute autorité et toute alliance vaine.

Enfin, J Haley met l'accent sur la fonction et la valeur protectrice du symptôme et insiste par ailleurs sur la nécessité d'aider ces familles dans leurs difficultés d'adaptation, aux nouveaux cycles de la vie familiale, souvent source de production de symptôme.

III.2.2.3 Modalités thérapeutiques

L'objectif de l'intervention thérapeutique est d'induire un changement dans le comportement, sans passer par la compréhension du problème, et de retrouver une spirale positive dans la séquence des comportements en changeant une séquence.

Par ses prescriptions, le thérapeute coupe court aux cercles vicieux relationnels et permet au patient de vivre « une expérience subjective nouvelle ». Pour introduire ses prescriptions, il s'agit d'abord d'opérer un recadrage (changer le contexte conceptuel ou émotionnel d'un comportement), en proposant un changement dans la définition que peut avoir le patient désigné et/ou sa famille à propos de la demande, de la relation thérapeutique, des interactions, du symptôme et de la souffrance ou du malaise qui lui sont attachés.

Un autre objectif de l'intervention est de redistribuer le pouvoir en sachant que si quelqu'un a du pouvoir grâce à son symptôme, il n'a aucune raison de vouloir en perdre. De plus, il s'agit de changer la séquence en empêchant les coalitions qui transgressent les lignes de partage des générations.

Dans un premier temps, le thérapeute accueille la famille et instaure avec chaque membre un contact personnel, en respectant la hiérarchie et s'assurant d'une relation de coopération.

Ensuite sont envisagés les objectifs à atteindre « au-delà » de l'individu.

Dans cette première phase, l'accent est mis sur les interventions préparatoires visant à préparer l'environnement social des clients au changement, et non à traiter directement le problème présenté.

Puis, le thérapeute intervient de façon directive en prescrivant des tâches, à réaliser pendant la séance ou le plus souvent à la maison. Parmi ces prescriptions, la prescription paradoxale du symptôme, la prescription paradoxale de la rechute et la prescription visant à obtenir un changement dans la séquence des comportements, afin de les modifier.

Le thérapeute prudent questionne aussi les risques à changer les relations.

J Haley cherche à produire des « *doubles liens thérapeutiques* », le processus thérapeutique étant lié à la prescription d'injonctions paradoxales.

La phase terminale de la thérapie vise à consolider les résultats obtenus, en cherchant à comprendre comment thérapeutes et patients sont parvenus à résoudre le problème, afin de préparer l'orientation vers l'avenir.

III.2.3 L'approche structurale de Salvador Minuchin

Salvador Minuchin (1921-), pédopsychiatre d'origine argentine, a travaillé à New-York avec des délinquants et des familles portoricaines vivant dans des milieux défavorisés.

Il réalise, au contact de Nathan Ackerman, l'intérêt de prendre en considération la famille et théorise, en collaboration avec Braulio Montalvo l'approche structurale dans le cadre de thérapie familiale. En 1965, il prend la direction de la *Child Guidance Clinic* à Philadelphie où il collabore avec J Haley, d'où certains points communs entre le modèle stratégique et le modèle structural, comme par exemple :

- l'importance accordée, dans la définition du diagnostic comme dans le choix de la stratégie thérapeutique, au cycle de vie de la famille et au stade de développement familial ;
- la conception des symptômes comme des manifestations qui sont à la fois maintenues par le système et concourent à la persistance de ce dernier ;
- l'interrelation établie entre le changement individuel et le changement de type interpersonnel ;
- l'accent mis sur le présent, bien plus que sur le passé, visant à modifier activement des séquences de comportements.

Si J Haley définit le symptôme comme une métaphore des problèmes familiaux dont la suppression entraîne des changements systémiques, S Minuchin appelle symptôme la façon dont les membres de la famille se positionnent par rapport au porteur du symptôme.

Bien que S Minuchin se soit surtout intéressé à l'anorexie mentale et aux maladies psychosomatiques, délaissant la schizophrénie, le modèle structural mérite d'être évoqué en tant que modèle majeur dans le champ des thérapies familiales.

S Minuchin (MINUCHIN 1974) appréhende la famille comme un système qui possède son fonctionnement propre, avec ses tensions et ses alliances, ses sous-groupes, sa volonté de s'en sortir face au stress.

III.2.3.1 La structure de la famille

La structure est l'ossature d'une organisation, d'un groupe, qui apparaît comme « *la qualité émergente de processus communicationnels qui la font naître, se maintenir ou disparaître* ».

Habituellement, la structure correspond dans une famille à l'ordre des générations.

La carte structurale permet d'identifier les *alliances*, les implications excessives, les *conflits*. Les conflits entre deux personnes peuvent être déviés sur une troisième qui est *triangulée*.

Les individus et le système établissent des échanges avec l'extérieur et les facteurs de stress ébranlent un système. Ces facteurs peuvent être *intrafamiliaux* et liés au cycle de vie, ou prendre naissance dans les éléments *extrafamiliaux*, affectant plus particulièrement un seul membre de la famille.

III.2.3.2 Les règles intrinsèques à chaque famille

Des règles intrinsèques à chaque famille régissent la communication et l'organisation familiale.

Les configurations transactionnelles exercent une régulation sur le comportement des membres de la famille, lequel est maintenu par deux systèmes de contraintes : un premier général (les lois universelles qui régissent l'organisation familiale), le second spécifique (les attentes réciproques des membres de la famille).

III.2.3.3 Sous-systèmes et frontières

La famille s'acquitte de ses fonctions en différenciant des sous-systèmes qui sont déterminés par la génération, le sexe, l'intérêt ou la nature des tâches à remplir. Incluant un seul membre (l'individu), une dyade (les systèmes conjugal et parental) ou plusieurs membre (la fratrie) et de caractère fondamentalement temporaire et modifiable, ces sous-systèmes s'échafaudent autour d'un projet commun ou se fondent sur des alliances passagères.

Chaque génération constitue un sous-système propre délimité par une frontière.

La carte structurale de la famille permet d'identifier les sous-systèmes et de différencier notamment le sous-système exécutif du sous-système censé obéir.

Les dysfonctionnements sont liés à une transgression des frontières séparant les sous-systèmes.

Le type de frontières entre le système et l'extérieur, entre les sous-systèmes ou entre les personnes, constitue également un élément du diagnostic.

Les frontières intrafamiliales peuvent être *rigides*, comme dans les « *systèmes désengagés* » où chacun se retrouve isolé, avec un sentiment d'appartenance faible, la gratification personnelle venant de l'extérieur.

Il existe des frontières perméables, *diffuses*, comme dans les « *systèmes enchevêtrés* » où tout est dans tout, avec un sentiment d'appartenance à la famille intense, source majeure de gratification.

Enfin, nous pouvons observer des frontières semi-perméables, *souples*, claires, où chacun se sent libre de parler ou d'exprimer un désaccord avec les autres.

Nous pouvons observer ces trois mêmes formes de frontières, rigides, diffuses, souples, entre le système familial et le monde extérieur.

Les relations schizo-phréniques seraient caractérisées par des coalitions et des rejets, des engrenages liés à l'aspect poreux des relations des frontières intra ou intergénérationnelles.

III.2.3.4 La thérapie structurale

L'observation du thérapeute se base sur ce qu'il observe dans l'ici et maintenant. Il regarde les patterns relationnels qui maintiennent un symptôme, repère la structure de la famille et ses frontières en cherchant qui détient le pouvoir exécutif.

Le problème consiste en un dysfonctionnement dans la structure dans laquelle les générations et la hiérarchie ne sont pas respectées, lié à une confusion des relations et des frontières. Dans une logique circulaire, le problème maintient les patterns transactionnels dysfonctionnels.

L'objectif thérapeutique est la restructuration du système, le changement de la structure entraînant le changement pour les membres de la famille.

Les diverses interventions portent sur la structure, sur les interactions et directement sur le symptôme. Il s'agit de créer les conditions d'une restructuration, d'améliorer les capacités adaptatives du système face au stress, en modifiant les distances entre les membres de la familles ou du système, tout en construisant des frontières claires et en remettant en place la hiérarchie et le pouvoir exécutif.

L'intervention thérapeutique comporte deux temps : un premier temps d'accommodation où le thérapeute s'affilie au système et le respecte par le 'joining' ou capacité à créer du lien, le thérapeute faisant partie intégrante du système thérapeutique afin de modifier le système familial ; un second temps de restructuration.

Le thérapeute modifie les interactions en séance ou prescrit des tâches à domicile. Il utilise la technique du recadrage et donne d'autres idées de comportements. Durant la séance, il met en scène certains patterns transactionnels propres à la famille, ou crée de nouveaux canaux de communication. A travers la réorganisation spatiale, il « dramatise » les descriptions familiales et opère un travail sur la distance.

Le thérapeute s'efforce de délimiter les frontières en convoquant par exemple tantôt les parents, tantôt la fratrie, et permet à la famille de surmonter le stress.

Il manipule l'ambiance affective en utilisant le symptôme de différentes manières (exagération du symptôme ou réduction de son importance) et en utilisant le recadrage.

III.2.4 Les concepts de « pseudo hostilité » et « pseudo mutualité » de Lyman Wynne

Lyman Wynne (1923-2007), chercheur éminent et professeur de psychiatrie à l'école de médecine de Rochester aux Etats-Unis, est également un fondateur du champ des thérapies familiales.

Après avoir passé douze ans à Boston dans différents centres de formation, il intègre en 1952 le *Clinical Center of the National Institutes of Health* de Bethesda, et entreprend un travail de recherche sur les patients hospitalisés dans ce centre et leur famille.

L Wynne accomplit un travail de recherche considérable, non seulement sur l'adoption et les familles à hauts risques, mais aussi sur l'origine et le développement de la schizophrénie, sur l'intimité et les systèmes relationnels, ainsi que sur les méthodes mises en œuvre dans l'étude des relations familiales et la communication, tant normales que perturbées.

Nous devons à L Wynne les deux concepts importants de « *pseudo-mutualité* » et « *pseudo-hostilité* » (WYNNE 1958), retrouvés dans les familles de patients schizophrènes. Ces notions renvoient aux systèmes familiaux où la proximité ou l'agressivité sont si superficielles que leurs membres ne parviennent pas plus à établir une intimité réelle qu'à s'engager dans des conflits générateurs d'individuation.

III.2.4.1 La « pseudo-mutualité »

L Wynne décrit la « *pseudo-mutualité* » comme un trait relationnel de la schizophrénie où l'identité individuelle est sacrifiée au nom d'une satisfaction des attentes familiales, tous les membres agissant comme s'ils étaient d'accord dans les échanges, au détriment de la différenciation des personnes. Ce pseudo-accord parental qui, bien qu'apparent, est accompagné de déguisements, de dénis, d'inhibitions ou de commentaires susceptibles d'apaiser le conflit secrètement étouffé. Les individus qui sont impliqués dans ce type de relations sont essentiellement préoccupés par le souci de se conformer aux attentes des autres, au prix de leur propre identité.

III.2.4.2 La « pseudo-hostilité »

Dans la notion de « *pseudo-hostilité* », les échanges sont apparemment opposés et même hostiles, mais superficiels et devant s'arrêter aussitôt qu'une certaine limite est atteinte. L'hostilité est un substitut à une relation intime et authentique qui, en réalité, fait défaut.

III.2.4.3 Les « frontières caoutchouc »

L Wynne propose enfin le concept de « *frontières caoutchouc* », processus par lequel les membres de la famille sont confinés dans leur rôle de telle sorte que les enfants ne peuvent avoir les expériences nécessaires avec leur environnement. Ces frontières entre les membres de la famille, sont en mouvement constant, non pas en fonction des évènements vécus mais de la relation à maintenir, avec des rapprochements et des distanciations imprévisibles et inexplicables, entraînant confusion, rigidité et aliénation des membres.

Même en dehors de la famille, les frontières du système familial suivent les membres de telle sorte qu'ils ne peuvent jamais prendre aucune distance psychologique.

III.2.5 Le courant italien : Mara Selvini Palazzoli

Mara Selvini-Palazzoli (1916-1999), fut d'abord médecin interniste diplômée de l'université de Milan. Sa rencontre avec des patientes anorexiques la pousse à se spécialiser en psychiatrie et se former à la psychanalyse.

Déçue par la psychanalyse, elle change radicalement d'orientation en 1967 et fonde le *Centro per lo studio della famiglia*, où l'orientation systémique se dessine clairement. Elle participe à cette époque à la construction de l'école de Milan avec Luigi Boscolo, Giancarlo Cecchin et Guiliana Prata.

Elle participe à de nombreux travaux de recherche menés en équipe, sur les systèmes familiaux à fonctionnement rigide avec les patients psychotiques ou anorexiques, et leurs applications aux contextes institutionnels.

Trois périodes marquent l'évolution de son travail : la première de 1967 à 1979, avec la publication de *Paradoxe et Contre-paradoxe* (SELVINI 1975), la seconde de 1979 à 1988 où M Selvini-Palazzoli décrit un modèle triadique des jeux psychotiques dans la famille (SELVINI 1988), et enfin une approche transgénérationnelle à partir de 1988, dans une volonté d'intégration (SELVINI 1995).

III.2.5.1 1967 - 1979 : Paradoxe et contre-paradoxe

En 1975, le livre *Paradoxe et Contre-paradoxe* rapporte les premiers résultats de son travail avec les « familles psychotiques », tout en décrivant les méthodes thérapeutiques inventées

pendant cette première phase d'apprentissage de la pensée et de l'intervention systémique, méthodes axées sur la stratégie et le changement :

- la connotation positive du comportement de chaque membre de la famille,
- les rituels familiaux,
- la règle du long intervalle entre les séances,
- le recadrage paradoxal du jeu familial en cours.

La *connotation positive* vise à mettre tous les membres de la famille sur un même plan, dans la mesure où ils sont complémentaires au système, pour être admis dans ce système comme membre à part entière. Il s'agit de connoter positivement la tendance homéostatique (la solution trouvée par la famille est la plus adaptée actuellement en fonction des difficultés présentées), pour produire paradoxalement la capacité de transformation. Il est également important de définir clairement la relation dans le rapport famille/thérapeutes car au sein des familles avec un patient psychotique, la règle est de ne jamais définir la relation. Le déni, l'autodisconfirmation et la disqualification des uns par les autres caractérisent ces systèmes familiaux.

Il s'agit enfin de définir le contexte comme thérapeutique, un contexte de collaboration.

La notion de rituel s'appuie sur celle du mythe familial. La méthode des *rituels familiaux* consiste à prescrire une série d'actions, en général associées à des expressions verbales, auxquelles tous les membres de la famille sont tenus de participer. Ces prescriptions visent à résoudre le problème qu'est de changer les règles du jeu sans recourir ni à l'explication ni à la critique.

Le *long intervalle entre les séances* découle d'une constatation expérimentale : les éventuels changements sont plus tangibles si les séances sont séparées d'un laps de temps assez important.

Un paradoxe contient un message et un métamessage qui se contredisent. Les deux propositions sont inconciliables, sur des niveaux logiques différents, rendant la situation confuse.

La technique du *recadrage paradoxal* est employée par le thérapeute en fin de séance, fondée sur une interprétation globalement positive du jeu familial qui prescrit à chaque membre de la

famille de persister dans son comportement. Face à un message paradoxal habituel dans les familles avec un membre psychotique, le thérapeute répond par une prescription paradoxale du symptôme ou plutôt de la fonction du symptôme et des règles du système : c'est le *contre-paradoxe*.

III.2.5.2 1979 - 1988 : les jeux psychotiques dans la famille

Malgré l'efficacité parfois stupéfiante des quatre instruments thérapeutiques décrits ci-dessus, M Selvini-Palazzoli et son équipe rencontrent des échecs, qui les amènent à poursuivre leurs recherches. Ils utilisent la métaphore du jeu pour révéler l'organisation des relations entre les différents membres de la famille, le comportement de chacun des membres pouvant s'envisager comme la résultante d'une série d'actes ou « morceaux de comportements », comparables aux « coups » d'un joueur dans un jeu conventionnel.

L'équipe constate que les familles à organisation schizophrénique sont comme des caméléons, possédant la capacité à ne fournir aucune information utile tout en ayant l'air d'en offrir une grande quantité.

L'effet réel, rapide et complet d'une prescription particulière dans une situation grave en 1979, est un choc pour l'équipe, qui étend l'usage de cette prescription à toutes les familles de patients psychotiques.

La *prescription invariable* est la suivante : le thérapeute demande aux parents d'observer le secret de tout ce qui se dit en séance et de disparaître un soir de la maison sans avertissement ni explications au retour. Chacun des parents notent ensuite séparément les réactions de chacun des enfants à leur étrange comportement.

Quand les parents acceptent de maintenir le secret imposé, ils signent en quelque sorte un contrat particulièrement puissant parce qu'implicite. Ils ne peuvent garder le secret de la séance qu'au niveau verbal, mais livrent ces communications au niveau analogique, frappant profondément les autres membres de la famille.

Après approfondissement de leur recherche, l'équipe confirme l'efficacité thérapeutique de la prescription invariable quand elle est fidèlement exécutée et présentée habilement de façon à éviter le refus des parents. Par la suite, la prescription est donnée graduellement : d'abord le secret puis les disparitions d'un soir.

L'emploi régulier de série de prescriptions invariables permet à M Selvini-Palazzoli et son équipe de comparer les réactions différentes chez les membres du groupe familial, de repérer puis de prévoir, les réactions et les phénomènes récurrents caractérisant une famille, et de redécouvrir les individus avec leurs besoins et leurs buts personnels.

« *Le jeu dans la famille ressemble à un puzzle où chaque morceau doit trouver sa place* ».

Parmi les phénomènes relationnels récurrents, les plus importants sont les notions d'« *imbroglio des affections* » et d'« *instigation* ».

L'*imbroglio des affections* renvoie au rapport pseudo-privilegié qu'un des parents a entretenu avec le futur patient durant l'enfance de ce dernier : le privilège n'est pas authentique mais instrumental, dans un jeu dirigé contre le conjoint.

La notion d'*instigation* décrit ces situations où l'un des parents se pose (le plus souvent au niveau analogique), comme une victime silencieuse du comportement tyrannique et provocateur de l'autre parent. L'enfant, triangulé dans la relation avec ses parents est alors instigué par le « parent victime » à attaquer le parent fort.

Dans les deux cas, l'un des parents exécute une manœuvre avec un enfant, inconsciemment utilisé contre l'autre conjoint.

Cette triangulation particulière d'un enfant voile le « *pat de couple* », jeu dans lequel les deux parents peuvent être vus comme deux « *adversaires destinés à s'affronter éternellement dans une situation sans issue : leurs relations ne connaissent pas de vraies crises, ni de scènes cathartiques, ni de séparations libératoires* ».

M Selvini-Palazzoli et son équipe décrivent un processus des jeux psychotiques dans la famille en six stades :

- le *pat de couple* ;
- l'*engluement croissant* de l'enfant dans le jeu des parents ;
- le *stade du comportement inhabituel*, où le futur patient entre dans le jeu parental en développant des comportements actifs qui ne sont pas encore des symptômes ;
- une *faillite totale*, ou l'échec du comportement habituel quand il a le sentiment de ne plus être compris par le parent qu'il tenait jusque là pour son allié et qui lui donne maintenant l'impression de le trahir en s'alliant à son conjoint ;
- l'*explosion des symptômes psychotiques* ;

- le stade des *stratégies fondées sur les symptômes*, où chaque membre de la famille, prévoyant que les symptômes persisteront, tente de profiter de cette persistance en élaborant une ou plusieurs stratégies différentes. Le jeu familial continue à maintenir le symptôme.

Plus tard, la prescription invariable sera peu à peu laissée de côté puis quasiment abandonnée.

III.2.5.3 A partir de 1988 : une approche transgénérationnelle

A partir de 1988, M Selvini-Palazzoli et son équipe cherchent à dépasser ce modèle centré sur la triade père/mère/enfant-patient, jugé trop réducteur.

Ils s'efforcent d'aller au-delà de la description du pat de couple pour réussir l'expliquer, en retraçant l'évolution des processus pathogènes sur trois générations. Il s'agit de cerner les difficultés de chaque parent dans sa famille d'origine pour mieux comprendre les raisons qui l'ont poussée à choisir ce conjoint et l'origine de la déception éprouvée après ce choix.

L'équipe identifie un autre phénomène récurrent, nommé *la méconnaissance partagée de la réalité* (déli inconscient, disqualification...), obstacle majeur au traitement car elle constitue une sorte de déni inconscient. Le choix du symptôme psychotique de l'enfant est un moyen de se détacher de la réalité et donc de nier la réalité de sa souffrance. Souvent, ces méconnaissances sont partagées par tous les membres de la fratrie.

Les familles de patients schizophrènes semblent attachées au *camouflage des souffrances relationnelles*.

La reconnaissance de la réalité est donc le signe cardinal du changement thérapeutique. Les investigations approfondies du sous-groupe des frères et soeurs présentent des avantages certains dans le démontage de ces méconnaissances familiales.

A partir des années 90, l'équipe intègre quatre dyades transgénérationnelles (les types de rapports de chacun des parents établis avec chacun de ses propres parents) au modèle du processus familial des familles de patients schizophrènes.

Enfin, M Selvini-Palazzoli rejoint l'idée d'une genèse multifonctionnelle de la schizophrénie (TRAPPENIERS 1990), impliquant à la fois des facteurs biologiques, familiaux et sociaux. Elle admet l'origine biologique et génétique de la maladie d'un côté en insistant sur une part relationnelle très importante de l'autre à laquelle elle s'intéresse.

Elle regrette le business américain et les associations de parents de patients schizophrènes, qui avec leurs avocats, accusent les thérapeutes d'aller chercher quelque chose qui ne fonctionne pas chez les parents.

III.3 Modélisations systémiques diachroniques

III.3.1 Schisme et distorsion conjugale de Theodore Lidz

Theodore Lidz (1910-2001), psychiatre américain de formation initialement psychanalytique, fait également parti des pionniers de la thérapie familiale.

Dès les années 40, il s'intéresse aux familles de patients schizophrènes, s'attachant notamment à décrire les interactions particulières qui s'y développent.

T Lidz et ses associés étudient intensivement quatorze familles comprenant des membres schizophrènes afin de trouver la relation qui pouvait exister entre certaines structures familiales et le fait qu'un enfant soit schizophrène. Cette étude permet de constater que ces familles se caractérisent toutes par un grave dysfonctionnement, qui relèvent de deux catégories : le *schisme conjugal* et la *distorsion conjugale*.

Il insiste sur l'incapacité des parents à communiquer réellement, leurs conflits profonds glissant alors vers les enfants, l'un d'entre eux se trouvant alors pris au piège, en otage, dans les relations lui interdisant de vivre en dehors de sa famille. Cette forme d'appropriation de l'enfant empêche ainsi toute individuation de celui-ci, l'enfant étant nécessaire à la relation du couple et à sa survie.

Pour T Lidz (LIDZ 1966), les dysfonctionnements retrouvés au sein du couple et leurs conséquences au niveau d'un ou plusieurs des enfants seraient un facteur de risque de schizophrénie.

III.3.1.1 Le schisme conjugal

Dans ce cas, le couple ne peut prétendre à une mutualité suffisante, chaque conjoint tentant d'obliger l'autre à répondre à ses propres besoins. Le couple se caractérise par la récurrence des menaces de séparation, jamais surmontées par des efforts d'équilibrage, et ne trouve

aucune satisfaction dans le mariage, sans effort ni tentative d'amélioration. La méfiance mutuelle est sous-jacente, chacun essayant de disqualifier la valeur de l'autre par rapport aux enfants.

Dans ce cas de conflits familiaux ouverts, nous retrouvons souvent une alliance entre un père autoritaire et sa fille au détriment d'un enfant de sexe masculin.

III.3.1.2 La distorsion conjugale

La vie de famille est altérée par une déformation dans la relation conjugale avec par exemple une pathologie psychosociale chez l'un des partenaires du couple, l'insatisfaction et le malheur d'un époux, ou une idéation déformée de l'un, acceptée ou partagée par l'autre avec pour résultat une atmosphère de folie à deux, voire même de folie familiale. Dans ce cas, un équilibre minimal peut être atteint, la pathologie d'un des conjoints domine et l'autre feint de s'en accommoder, créant une atmosphère irréaliste, où ce qui n'est pas dit n'est pas en accord avec les actes posés.

Dans ce cas de dysfonctionnement conjugal, le comportement souvent dominateur de la mère s'exerce la plupart du temps au détriment d'un enfant de sexe féminin.

III.3.1.3 L'effacement des barrières transgénérationnelles

Dans les deux cas, nous retrouvons un effacement des barrières transgénérationnelles, des alliances et coalitions niées, une triangulation d'un enfant dans le conflit conjugal et une symétrie cachée entre les conjoints.

T Lidz souligne l'impossibilité de maintenir des frontières générationnelles entre les parents et les enfants schizophrènes, les différences de générations étant pratiquement gommées et remplacées par une indifférenciation des rôles et des statuts de chacun.

III.3.2 Les théories générationnelles de Murray Bowen

Murray Bowen (1913-1990), psychiatre et psychanalyste, pionnier de la thérapie familiale, commence à travailler avec les familles dès 1946 et s'intéresse particulièrement à la schizophrénie.

Entre 1954 et 1959, il s'implique dans les activités du *National Institute for Mental Health*, où il intensifie ses recherches sur les familles hospitalisées en même temps qu'un de leur membre schizophrène.

En 1959, il fonde le *Family Center* à Washington, centre de formation des plus renommés aux Etats-Unis.

Pour M Bowen, la construction de la personnalité se fonde sur deux pôles : « *le facteur émotif* » ou émotionnel et le « *facteur intellectuel* ». Entre les deux se trouvent les sentiments qui résultent de l'élaboration des émotions. C'est à partir de ce point de vue qu'il crée une théorie des systèmes familiaux, centrée sur les notions de triangles émotionnels et de degré de différenciation de l'individu, dans une perspective transgénérationnelle.

III.3.2.1 L'indifférenciation du soi

La *différenciation du soi* (BOWEN 1984) est un processus de croissance personnel qui vise à sortir des relations fusionnelles, que l'on rencontre spontanément lorsqu'il y a angoisse, lorsque la cohésion du système est mise en péril et que chacun appréhende un risque d'éclatement. Ce processus est élaboré par un individu au sein de son groupe d'appartenance et implique une prise de distance du « *facteur émotif* » pour sortir de la *masse du moi familial indifférenciée*.

Autrement dit, la différenciation du soi désigne le degré de distinction ou de fusion entre le fonctionnement émotif et le fonctionnement intellectuel.

A terme, la différenciation renforce la cohésion de la famille et permet la recherche d'une cohérence qui ne nie pas les différences.

A un très faible niveau de différenciation, l'automatisme du système émotif domine et la tendance à la fusion est importante, alors qu'à un haut niveau de différenciation, la prise de décision est guidée à la fois par le pôle intellectuel et par le pôle émotionnel.

Les troubles psychopathologiques ne sont pas considérés comme des signes de maladie mais des réactions démesurées à l'angoisse. M Bowen abandonne tout diagnostic psychiatrique pour se référer à son *échelle de différenciation du soi*.

Ce travail de différenciation de soi, long et difficile, implique de sortir des relations triangulaires. Il s'agit d'assumer seul sa position sans le soutien d'autrui et d'accepter les tensions qui risquent de resurgir et la culpabilité qui peut lui être liée.

Pour M Bowen, le système émotif de la famille nucléaire est lié à l'équilibre entre les forces poussant à la cohésion et celles poussant à l'individuation.

Face à des situations angoissantes, M Bowen distingue trois voies pour tenter de diminuer l'angoisse :

- le conflit conjugal ;
- l'hyperfonctionnement de l'un des conjoints et l'hypofonctionnement de l'autre (qui se manifeste par la maladie émotionnelle, physique ou sociale), traduisant une complémentarité rigide ;
- la projection de l'angoisse sur un enfant et la mise à distance émotive.

M Bowen considère la schizophrénie comme un processus qui se développe lentement, au cours de plusieurs générations, avant que ne soit engendré un individu tellement détérioré qu'il est candidat à ce symptôme.

Ce processus est constitué d'un certain nombre de « *blocs de construction* ».

Parmi les blocs de construction qui permettent de construire la schizophrénie, l'immatunité parentale transmise aux enfants. Pour M Bowen, c'est un processus universel qui opère à des degrés divers et par lequel certains enfants sont sélectionnés : *le processus de projection familiale* sur l'enfant.

M Bowen présente la schizophrénie comme une configuration de type génétique, non pas dans le sens habituel, mais influencée par des forces émotionnelles. Il situe la maladie aux niveaux les moins différenciés et les plus fusionnels de son échelle de différenciation. (BOWEN 1978 ; 1984)

III.3.2.2 La transmission multigénérationnelle

Initialement, il fallait pour M Bowen trois générations pour « *produire un schizophrène* » (BOWEN 1978). Pour les individus les moins différenciés, le taux bas se transmet en s'aggravant, mais parfois au contraire, d'autres augmentent leur degré de différenciation et le transmettent.

A la première génération, nous observons des escalades symétriques, de nombreux conflits, des normes rigides et répétitives au sein de la famille. La communication ne circule pas bien. A la deuxième génération, se vit la méfiance à s'engager : il y a en quelque sorte refus de s'exposer à un refus. Chacun disqualifie sa propre définition de la relation avant que l'autre

n'y parviennent. Cette attitude rend l'attachement difficile pour l'enfant, sans positionnement consistant de l'adulte, il lui est difficile de s'affirmer. A la troisième génération, peut survenir un enfant schizophrène.

Plus tard, M Bowen révisera sa théorie pour affirmer qu'environ dix générations sont nécessaires pour « *faire un enfant schizophrène* » (BOWEN 1978).

Parmi les facteurs et variables déterminants, M Bowen relève l'ajustement entre la mère et l'enfant et le taux d'anxiété manifeste : plus il est bas, plus lent sera le processus.

Au fur et à mesure que les générations successives évoluent vers l'immaturation, leurs puissants mécanismes de défense contre les déficiences entrent en jeu à l'aide de mesures héroïques et étouffent l'affaire de telle sorte qu'il devient difficile de percevoir ce qui arrive réellement.

III.3.2.3 L'intervention thérapeutique

L'intervention vise à renforcer la différenciation du soi, tant au niveau individuel qu'au niveau du système familial, pour aider chaque individu à se défaire de l'enlacement émotif par lequel il se trouve enchaîné dans sa famille, en devenant un observateur plus objectif de sa famille. Le thérapeute veille à sortir les personnes des alliances ou des triangles et invite chacun à parler et se positionner seul, sans envahir l'autre et en lui permettant d'exister.

Pour différencier le « facteur émotif » du « facteur intellectuel », il soutient la mise en mots, aide à reconnaître les émotions, à les nommer et à en prendre distance.

M Bowen utilise plus particulièrement deux outils qui permettent de mieux saisir la dimension générationnelle : le génogramme et l'analyse de la place dans la fratrie.

Le thérapeute porte une attention continuelle à « *définir son soi* » à l'égard des familles et veille à ne pas se laisser trianguler pour rester hors du contexte émotif familial.

III.3.3 Les loyautés invisibles de Boszormenyi-Nagy

Psychiatre d'origine hongroise, Ivan Boszormenyi-Nagy (1920-2007) émigre en 1956 aux Etats-Unis.

Le début de sa carrière est marqué par son désir de venir en aide aux patients psychotiques.

En 1957, il est nommé directeur de l'unité de recherche pour le traitement de la schizophrénie de l'*Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute*.

Son département, rebaptisé « département de psychothérapie familiale », est l'un des premiers centres de formation en thérapie familiale aux Etats-Unis.

Dans son approche contextuelle, il développe la dimension de *l'éthique relationnelle*.

Ce n'est pas un véritable modèle systémique mais un modèle original, qui a contribué au mouvement des thérapies familiales, tant par sa richesse clinique que théorique.

Certains auteurs, comme M Heireman, ont permis la diffusion en français de l'approche d'I Boszormenyi-Nagy (HEIREMAN 1984).

I Boszormenyi-Nagy (BOSZORMENYI-NAGY 1987) s'est toujours refusé à élaborer des hypothèses étiologiques sur la base de ses constatations cliniques ou de ses formulations théoriques. Il n'a jamais écarté la possibilité qu'un facteur biologique soit à l'origine de la schizophrénie : en cela, l'approche contextuelle reste compatible avec un modèle biologique du traitement des psychoses.

III.3.3.1 L'approche contextuelle

Le terme de *contexte* se réfère à l'interdépendance dynamique et éthique entre des personnes dont l'existence même revêt de l'importance pour d'autres : chaque individu se trouve dans un rapport d'attente et d'obligation où ses actes ont un impact sur l'autre et réciproquement.

Dans sa conception du contexte, I Boszormenyi-Nagy met l'accent sur le fait que chacun est personnellement responsable des conséquences relationnelles de ses positions, de ses choix et de ses actions, que ce soit au niveau des faits, de son fonctionnement psychique, de sa façon de rentrer en relation et de son « humanité ».

Les conséquences des décisions et des actions d'un seul peuvent influencer la vie de toutes les personnes qui lui sont liées. La vie relationnelle satisfaisante et la santé d'une personne sont solidaires de sa prise en considération des conséquences de ses actes pour tous ceux avec qui elle entretient une relation significative. Les individus se trouvent dans un rapport d'attente et d'obligation, leurs actes ont un impact sur l'autre.

III.3.3.2 L'éthique relationnelle

Pour I Boszormenyi-Nagy, quatre dimensions forment la réalité psychique et relationnelle d'une personne :

- Celle des *faits*, déterminants biologiques et socio-historiques des individus ;
- La dimension de la *psychologie individuelle* : les déterminants fondamentaux de l'individu, tels que la force du moi, les mécanismes de défense, l'équipement cognitif, le bagage intellectuel, les satisfactions, les fantasmes ;
- La *dimension transactionnelle*, où nous retrouvons les axiomes de la communication et les lois systémiques : modèles de comportements observables et de communication interpersonnelle ;
- La *dimension de l'éthique relationnelle*, apport central d'I Boszormenyi-Nagy. La *loyauté* est un concept qui traverse cette quatrième dimension, définie comme une force régulatrice des systèmes humains qui en assure la continuité.

Sous jacent à ce concept d'éthique relationnelle, I Boszormenyi-Nagy développe la *balance de la justice* ou la justice des relations, l'équilibre de ces relations, la balance entre les mérites acquis et les obligations contractées.

C'est dans ce domaine qu'apparaissent les notions de *loyauté*, de *confiance*, de *fiabilité* et de *légitimité*. La justice est une donnée humaine universelle, qui relève du contexte des *mérites* et des *obligations réciproques* entre les personnes, en tenant compte des générations précédentes et de la façon dont l'héritage qui en provient sera utilisé par l'individu au cours de sa vie, puis par les générations suivantes.

Malgré la détérioration parfois sévère de leur capacité de jugement et de communication, les patients schizophrènes restent accessibles à des questions touchant à la confiance, à la fiabilité et à l'équité dans les relations qu'ils ont avec les membres de leur famille.

III.3.3.3 Les loyautés familiales et la légitimité

Ayant reçu la vie, l'enfant éprouve un devoir éthique envers ses parents dont il veut s'acquitter : cette *loyauté verticale* est existentielle et asymétrique.

Elle concerne également le patrimoine des générations antérieures. Chaque individu reçoit un *legs* rédigé bien avant sa naissance : une tâche, un mandat, une attente de créer quelque chose de meilleur à partir du passé. Le lien de loyauté aux siens met en jeu des forces invisibles : même dans les choix ou les décisions prises envers d'autres personnes, nous restons loyaux à nos origines, sans même en être conscient.

Les *loyautés horizontales* s'établissent au fur et à mesure des nouvelles relations, entre frères et sœurs, avec des amis, un conjoint, des collègues. Ce sont des relations où chaque partie se trouve en position d'égalité et se caractérise par des droits et des obligations réciproques, la loyauté reposant sur les mérites acquis.

Les loyautés verticales et horizontales sont confrontées entre elles et provoquent des conflits. Les *conflits de loyauté* deviennent invivables lorsque la tension atteint un point tel qu'elle empêche la loyauté aux relations verticales de s'exprimer.

Lorsqu'une personne ne peut être ouvertement loyale à ses origines, les loyautés deviennent invisibles. La *loyauté invisible* influence les relations de l'adulte ou de l'enfant avec des tiers à son insu. Le patient désigné est celui qui est lié par des loyautés invisibles à la fonction d'épurer les dettes portées par la famille.

La *loyauté clivée* est une forme grave de conflit de loyauté, que l'on observe dans les situations où l'enfant est pris dans une guerre totale entre ses parents qui lui imposent des exigences tellement conflictuelles qu'il ne peut les satisfaire.

Nos actes sont dans une en grande mesure régis par le rapport de dette ou de mérite qui s'établit avec nos partenaires : nous leur devons compensations de ce que nous avons reçu d'eux et nous attendons un retour pour ce que nous leur avons donné.

Deux types de motivations qui poussent l'individu à agir, sont ancrées dans la dimension éthique des relations : les légitimités constructive et destructrice.

Lorsqu'un individu acquiert des mérites qui vont le légitimer, il s'agit de *légitimité constructive*.

La *légitimité destructrice* fait référence à la situation de la personne lésée qui est poussée à agir par la recherche d'une restitution ou d'une compensation, s'obstinant à la réparation.

III.3.3.4 L'intervention thérapeutique

L'analyse de la situation se base sur les quatre dimensions de la réalité relationnelle, en prêtant attention aux faits et événements, aux aspects d'individuation et de différenciation, aux coalitions, aux phénomènes de bouc émissaires et aux transactions. L'évaluation des relations en terme d'éthique relationnelle est primordiale.

Le symptôme peut être compris comme une manifestation d'une loyauté invisible, de conflits de loyautés allant jusqu'à la loyauté clivée, de parentification pathogène. Il peut être lu en termes de légitimité destructrice, de perpétuation de l'injustice.

L'objectif principal de la thérapie revient à aider les membres d'une famille à se légitimer, à poursuivre son développement personnel et accroître son autonomie, nécessitant la restauration de l'éthique relationnelle en rétablissant la balance de justice. Cela implique de clarifier les liens familiaux, d'identifier les dettes et d'en libérer la famille et son patient identifié.

L'intervenant veille à relier l'autodémarcation (capacité d'un individu de se définir comme un moi autonome et individuel) et l'autovalidation (aptitude à acquérir une légitimité par l'intégrité relationnelle plutôt que par le pouvoir, le prestige ou l'amour propre).

La *partialité multidirectionnelle* est une position particulière de l'approche contextuelle. Il s'agit de prendre successivement et systématiquement parti pour chaque membre de la famille présent et absent.

IV) LA PSYCHOEDUCATION FAMILIALE

IV.1 Généralités

La psychoéducation se définit comme l'éducation ou la formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique avec pour objectif traitement et réadaptation (CHAMBON 2004). Initialement conçue comme une approche familiale, la psychoéducation s'applique aussi bien au patient qu'à sa famille.

Dans les années 60/70, la popularité du travail familial souffre du désintérêt général à l'égard de la thérapie familiale des patients schizophrènes.

Anderson, Hogarty et Reiss (ANDERSON 1980) emploient le mot « psychoéducatif » pour la première fois en 1980, pour qualifier une méthode d'intervention familiale dans la schizophrénie, articulée autour :

- d'un matériel didactique portant sur la maladie et destiné au patient et à ses proches ;
- de stratégies thérapeutiques dans le but d'aider à la gestion du stress de tous les membres de la famille, grâce à l'amélioration des habilités de communication et de résolution de problèmes.

Les premiers programmes d'intervention psychoéducative familiale, au début des années 80, s'adressent initialement aux familles de patients schizophrènes considérées comme « à risque », c'est à dire présentant un niveau élevé d'« émotion exprimée ». En effet, Anderson, Hogarty et Reiss s'appuient sur l'hypothèse que toute surstimulation est nuisible au patient et prédispose aux rechutes.

Le concept d'« expressed emotion » tient une place importante dans l'approche psychoéducatrice, considérant que la critique, la surimplication émotionnelle et les attentes irréalistes parfois retrouvées au sein de familles vis à vis d'une personne atteinte de schizophrénie, constituent un facteur de stress.

Quatre objectifs de base sont proposés par la psychoéducation familiale :

- augmenter la compréhension de la maladie quant à sa pathogenèse, son évolution et sa symptomatologie et fournir les réponses les plus appropriées ;
- diminuer le stress familial en apportant tout le support nécessaire et aider à l'élaboration de modes d'action cohérents face au patient ;
- favoriser le recours à des ressources extérieures à la famille afin de réduire la trop forte expression émotionnelle à laquelle elle est exposée lorsqu'elle est isolée et sans exutoire ;
- à plus long terme, diminuer le stress familial en s'attaquant à certains problèmes particuliers (conflits conjugaux, deuils pathologiques...).

Par la suite, des adaptations des premiers programmes ont fait l'objet à partir des années 90 d'une deuxième génération d'études.

La psychoéducation familiale s'est diversifiée, s'inscrivant dans le cadre des soins curatifs et de réadaptation.

Il s'agit d'un acte thérapeutique accompli par un professionnel, formé et qualifié, intégré dans une équipe thérapeutique, dans le but de créer une relation de partenariat entre le patient, sa famille et l'équipe soignante, à partir de laquelle peut se construire un projet global de traitement.

Elle ne se substitue pas aux autres formes de traitement mais se présente comme un complément du traitement médicamenteux et de l'ensemble des approches psychosociales avec lesquelles elle doit être coordonnée.

La psychoéducation familiale propose une démarche d'enseignement structuré, qui a montré son impact sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie des proches (LUMIA 2001, CHAMBON 1998 ; 2004).

Il existe actuellement différentes formes de psychoéducation familiale, prenant deux orientations distinctes : une orientation à visée éducative et une autre à visée thérapeutique (CHAMBON 1998 ; 2004).

IV.2 Les trois dimensions de la psychoéducation

IV.2.1 La dimension pédagogique

Il s'agit de partager avec pédagogie nos connaissances sur la maladie avec le patient et sa famille, de façon claire et objective, dans un effort de vulgarisation de l'information (CHAMBON 2004). La conceptualisation de la schizophrénie, selon les modèles de vulnérabilité au stress étayés par les données scientifiques, est un cadre de référence commun qui permet d'élaborer des stratégies d'adaptation à la maladie.

Plusieurs thèmes sont abordés, dans une démarche d'enseignement structuré, la plus complète possible, progressive et étalée dans le temps : la nature et les symptômes de la maladie, les causes, les facteurs de prédisposition et de déclenchement des crises, les facteurs de perpétuation et de protection, les traitements médicamenteux, les méthodes psychothérapeutiques et psychosociales, la prévention des rechutes, des conseils pratiques pour mieux vivre avec la maladie, les services d'aide existants et bien sûr l'importance d'une intervention familiale.

IV.2.2 La dimension psychologique

Un des objectifs de la démarche psychoéducatrice est d'amener progressivement le patient et sa famille, d'un sentiment d'impuissance et d'une position de passivité ou de révolte, à une position de collaboration active (CHAMBON 2004).

La démarche psychoéducatrice implique également une dimension psychologique notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des points sensibles tels que l'annonce du diagnostic, le soulagement du fardeau émotionnel et le travail de deuil.

La révélation du diagnostic nécessite prudence, nuance et délicatesse. Il est nécessaire d'aménager un moment propice pour fournir cette information dans le cadre d'une relation de confiance. C'est souvent tout au long de plusieurs semaines, voire plusieurs mois que les réponses seront fournies au patient et sa famille selon leur réceptivité.

Le patient et sa famille doivent apprendre à repérer les symptômes et la souffrance associée. Enfin, l'annonce du diagnostic doit toujours être associée à des propositions de traitement.

Aussi, le thérapeute assure l'accompagnement psychologique des familles, avec tolérance et empathie, en facilitant l'expression des sentiments pénibles des membres de la famille confrontée à la maladie, pour les soulager du fardeau émotionnel. Il s'agit de reconnaître les difficultés des familles face à la maladie, sans les culpabiliser ni les blâmer.

Le dernier aspect de la dimension psychologique est lié au travail de deuil. Faire le deuil de ce que le patient était avant sa maladie, le deuil des espoirs et aspirations placés en lui, apprendre à vivre avec une nouvelle personne, passent par les étapes classiques de tout travail de deuil : le choc, la désorganisation, le déni et la dépression puis enfin l'acceptation et l'intégration. Cependant, le « deuil » des familles de patients schizophrènes est semé d'obstacles : la perte, difficile à déterminer puisque la personne est toujours là, l'évolution cyclique et insidieuse de la maladie, les sentiments de honte et de culpabilité et enfin les stigmatisations et les tabous liés à la schizophrénie.

IV.2.3 La dimension comportementale

Cette dimension consiste à mettre en œuvre des stratégies particulières visant la modification des comportements parfois inadaptés des familles pour faire face aux désagréments causés par

la maladie (CHAMBON 2004). La réduction des tensions familiales et l'adaptation du milieu familial aux besoins et aux particularités psychologiques d'un patient schizophrène exigent de la part de tous les membres de la famille une modification de certains comportements adaptatifs et l'adoption de nouveaux.

Parmi les stratégies proposées, l'acquisition d'habilités de communication et l'apprentissage d'une démarche de résolution de problème, sont particulièrement intéressants pour aider la famille à reprendre confiance en elle et à se positionner de façon active face à la maladie d'un des membres.

Dans son modèle psychoéducatif, Liberman (LIBERMAN 1993) détaille les quatre habilités clés de la communication, dans le domaine des techniques d'affirmation de soi :

- exprimer des sentiments positifs ;
- écouter de façon active ;
- formuler des demandes positives de changement ;
- exprimer de façon constructive des sentiments négatifs.

Il s'agit d'un état d'esprit et d'un ensemble de comportements qui permettent de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité ses sentiments en exerçant ses droits sans dénier ceux des autres.

Ces méthodes permettent d'améliorer le climat émotionnel familial et la qualité des relations interpersonnelles, la cohésion et la solidarité au sein de la famille, en rendant possible la démarche de résolution de problèmes.

La démarche de résolution de problème consiste à enseigner à la famille une manière constructive d'aborder les problèmes, pour augmenter leur capacité à gérer les problèmes quotidiens et les événements stressants. Il s'agit d'une séquence méthodique d'opérations selon les étapes suivantes : reconnaître et définir le problème, dresser une liste des solutions possibles, de comportements potentiellement efficaces, évaluer le mérite relatif de chaque solution quant à leurs conséquences, choisir la meilleure solution ou combinaison de solutions, rechercher les ressources nécessaires, programmer et mettre en œuvre la ou les solutions, évaluer les résultats.

IV.3 Quatre approches psychoéducatives familiales

Il existe quatre formes d'approches psychoéducatives familiales dans le domaine des psychoses chroniques (CHAMBON 2004).

IV.3.1 La thérapie monofamiliale comportementale

Il s'agit d'un programme d'intervention structurée, d'une durée d'au moins neuf mois, les séances se déroulant en général à domicile, avec le patient et sa famille. La thérapie est dirigée par deux thérapeutes spécialisés, une fois par semaine les trois premiers mois, une fois toutes les deux semaines les trois mois suivants et une fois par mois les trois mois restants.

Ces programmes se fondent sur une méthode en quatre étapes :

- évaluation des difficultés, des besoins et des forces de la famille, en créant une alliance thérapeutique ;
- information sur la schizophrénie ;
- formation à des habilités clés de communication ;
- formation à des techniques de résolution de problème.

Le travail s'accomplit dans un esprit de franchise et de partenariat. La collaboration s'organise autour d'un travail commun pour définir des objectifs concrets et réalistes, établir des priorités et déterminer des tâches à réaliser. La famille est considérée comme ayant des besoins et des forces.

IV.3.2 Les groupes multifamiliaux

Ces groupes sont composés de plusieurs familles incluant les patients et sont animés par deux thérapeutes spécialisés. Les programmes s'étalent sur une année à raison d'une séance tous les quinze jours et se fondent sur la même méthode décrite ci-dessus.

Mac Farlane (MC FARLANE 1995), à l'origine de cette forme de thérapie, remarque des avantages économiques et thérapeutiques liés à la situation de groupe. Il combine deux modèles : le modèle psychoéducatif et le modèle multifamilial, potentialisant ainsi leur efficacité respective.

Les familles, qui connaissent le même stress, ont l'opportunité de se rencontrer, de développer un réseau relationnel d'entraide et de trouver des solutions.

Les relations satisfaisantes au sein du groupe aident les parents à sortir de leur isolement et permettent le partage du vécu émotionnel. Elles peuvent se répercuter favorablement sur les relations intra-familiales.

Les comportements excessifs de surprotection ou de rejet du patient peuvent être abordés et discutés plus ouvertement entre personnes aux prises avec les mêmes difficultés.

Les remarques ou les conseils sont parfois mieux acceptés lorsqu'ils proviennent de personnes à l'expérience similaire.

De même, il est souvent plus facile de relever les problèmes et d'y trouver des solutions chez les autres. Dans de nombreux cas, les membres du groupe semblent appliquer à leur propre famille les solutions concrètes proposées par le groupe, sans avoir à reconnaître explicitement la similarité de leur situation.

Chaque séance multifamiliale commence et finit par des échanges informels entre familles pour leur donner l'opportunité de se réapproprier la capacité d'échange qu'ils avaient perdue du fait de leur isolement ou d'un niveau de stress élevé.

Les parents deviennent ainsi des collaborateurs actifs et éclairés.

IV.3.3 Les groupes psychoéducatifs de parents

Cette forme de psychoéducation familiale, à visée éducative, s'adresse exclusivement aux parents, excluant les patients. Sa visée est plus éducative que thérapeutique.

Le programme *Profamille* en est un exemple, développé plus loin dans l'exposé.

Un groupe d'une dizaine de parents est animé par un ou deux professionnels, selon un programme structuré qui propose un contenu théorique et une méthode d'animation pendant une période de six mois environ, avec des rencontres bimensuelles.

Ces programmes favorisent surtout l'acquisition de connaissances et le partage du vécu émotionnel.

Souvent, les parents s'engagent ensuite dans un groupe d'entraide géré par des parents eux-mêmes, axé sur le soutien entre parents ainsi que sur la transmission d'informations.

IV.3.4 Les groupes psychoéducatifs bifocaux

Dans ces groupes, les parents et les patients bénéficient du même programme, mais dans des groupes séparés.

Le programme *Prelapse*, développé plus loin dans notre exposé, applique ce modèle bifocal. Théoriquement, le potentiel d'efficacité de la démarche psychoéducatrice est plus grand avec les groupes bifocaux qu'avec les simples groupes psychoéducatifs de parents, surtout si dans le groupe des patients est abordée la gestion des relations familiales.

La situation de groupe offre au patient une meilleure intégration de l'information par la discussion et le partage des expériences individuelles. Le groupe peut constituer un cadre rassurant dans lequel les patients peuvent communiquer et surmonter leur vécu émotionnel, un lieu idéal pour l'apprentissage des habilités sociales.

IV.4 Indications

Parmi ces quatre formes de thérapies exposées ci-dessus, les deux premières ont une visée thérapeutique (CHAMBON 2004). Les trois dimensions de la psychoéducation y sont abordées de façon approfondie, nécessitant des thérapeutes spécialisés. Elles sont nécessaires pour les familles plus « à risque », où le niveau de stress intra familial est élevé.

Les deux autres formes de groupes ont une visée éducative et conviennent à l'ensemble des familles. L'accent est mis sur la dimension pédagogique et le partage émotionnel, la dimension comportementale étant peu développée. Elles ne nécessitent pas de thérapeutes spécialisés.

Les programmes à orientation thérapeutique offrent une démarche individualisée de résolution de problème avec des stratégies de modification des comportements, mais nécessitent plus de temps.

Les programmes à orientation simplement éducative peuvent inclure plus de participants et il est parfois plus facile pour les familles de se joindre à un groupe éducatif, axé sur le partage et le soutien mutuel, que d'être « en thérapie ». En revanche, ces programmes ne permettent pas de travailler sur des problèmes familiaux individuels et sont insuffisants pour les familles « à risque ».

La thérapie monofamiliale comportementale et les groupes psychoéducatifs bifocaux semblent plus adaptés dans le cas de patients en début de maladie, alors que les groupes multifamiliaux et les groupes psychoéducatifs de parents conviennent bien aux familles de patients chroniques.

En début de maladie, les familles ont un grand besoin d'information. Mais le diagnostic et l'évolution des troubles restent incertains ; parfois, les patients et leurs familles ne sont pas encore prêts à accepter une aide extérieure.

Au stade de chronicité, la résistance à accepter la pathologie est moindre, les familles peuvent ainsi partager leurs expériences et s'entraider. Il est cependant nécessaire de prendre en compte tous les besoins autres que la prévention des rechutes.

Les groupes mixtes (début de la maladie et stade chronique), offrent la possibilité aux familles de jeunes patients d'apprendre des familles plus expérimentées, mais peuvent également effrayés par le récit des problèmes des autres.

IV.5 Des programmes standardisés

Des programmes psychoéducatifs standardisés (CHAMBON 2004) apportent du matériel psychopédagogique (guide, brochures, cassettes, supports divers) aux équipes thérapeutiques qui désirent intégrer cette approche dans leur pratique. Ces programmes standardisés sont utiles car ils proposent un contenu adapté et une communication progressive des informations.

IV.5.1 Prelapse

Ce programme, conçu en 1994 par Kissling, est mis à la disposition des professionnels par la firme pharmaceutique Lunbeck, dans le cadre d'une campagne internationale de sensibilisation et de prévention des rechutes dans la schizophrénie. La pertinence de ce matériel psychopédagogique a été vérifiée par des experts internationaux qui ont ensuite proposé des adaptations selon les particularités de leur pays.

Le matériel de ce programme, essentiellement éducatif et correspondant à l'approche psychoéducative bifocale décrite précédemment, comprend :

- plusieurs supports de projections présentant de façon claire et synthétique les informations à donner, accompagnés de commentaires qui fournissent à l'animateur des explications plus détaillées sur le contenu ;
- un guide pour l'animateur avec des conseils sur l'organisation d'un groupe psychoéducatif, des exemples de déroulements des séances et des informations sur les aspects thérapeutiques et didactiques du programme ;
- un guide pour les participants qui reprend de façon détaillée et vulgarisée les thèmes abordés au cours des séances. Ce guide peut être ensuite discuté en consultation avec le patient et sa famille.

Ces groupes sont composés de huit à douze participants et animés par deux thérapeutes, souvent un médecin et un représentant de l'équipe infirmière, et comprennent dix séances d'une heure et demi chacune :

- 1^{ière} séance : faire connaissance.
- 2^{ème} séance : qu'est ce que la schizophrénie ?
- 3^{ème} séance : quelles sont les causes de la schizophrénie ?
- 4^{ème} séance : comment traiter les psychoses schizophréniques ?
- 5^{ème} séance : les antipsychotiques et leurs effets secondaires.
- 6^{ème} séance : les stratégies thérapeutiques psychosociales.
- 7^{ème} séance : alcool et drogue.
- 8^{ème} séance : la prévention des rechutes.
- 9^{ème} séance : le rôle de la famille.

- 10^{ème} séance : récapitulation finale.

Selon les auteurs de ce programme, séparer patients et parents permet d'aborder plus ouvertement les problèmes propres aux uns et aux autres.

Prelapse n'a pas une vocation de thérapie familiale mais vise à l'acquisition et l'intégration d'informations sur la maladie, l'amélioration des interactions entre le patient et sa famille étant considérée comme un bénéfice indirect des groupes distincts.

IV.5.2 Profamille

Ce programme est développé par Cormier et ses collaborateurs en 1991, à l'Unité de psychiatrie sociale et préventive de l'Université de Laval Robert-Giffart, Sainte Foy au Québec. Il est édité en Europe francophone par Socrate-Editions, diffusé depuis 1993.

Il s'agit d'un programme éducatif destiné aux proches des patients schizophrènes, qui vise d'avantage la prise en compte des besoins des autres membres de la famille, leur permettant « *d'assurer leur propre réalisation personnelle malgré la présence du patient schizophrène et les responsabilités de soins et de soutien qui y sont inhérents* ». En plus des informations sur la maladie, d'autres thèmes sont traités, comme les habilités à établir des limites, le développement de l'estime de soi, le développement d'attentes réalistes et le maintien d'un réseau de soutien social.

Ce programme suit le modèle des groupes psychoéducatifs de parents et comprend neuf séances d'une heure et demi chacune :

- 1^{ière} séance : l'accueil.
- 2^{ème} séance : la schizophrénie : ses causes, ses manifestations et son pronostic.
- 3^{ème} séance : les traitements de la schizophrénie.
- 4^{ème} séance : les habilités de communication.
- 5^{ème} séance : les habilités à établir des limites.
- 6^{ème} séance : les habilités à développer les sentiments d'estime de soi et de confiance personnelle.
- 7^{ème} séance : les habilités à développer des attentes réalistes.

- 8^{ème} séance : les habilités à recourir à l'aide nécessaire.
- 9^{ème} séance : les habilités à développer et à maintenir un réseau de soutien social.

Chaque séance se déroule de la même façon : bref résumé de la séance précédente, présentation du nouveau thème, discussions informelles et messages clés, synthèse de la séance.

IV.5.3 Le module « Prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes »

Le module « Prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes » (module PFC) a été créé par Liberman (LIBERMAN 1994), professeur de psychiatrie, directeur du Clinical Research Center for schizophrenia et Psychiatrie Rehabilitation à Camarillo, et pionnier de la réhabilitation psychosociales des patients schizophrènes.

Il a ensuite été adapté en France par O Chambon et édité par Socrate Editions.

Le module donne au thérapeute toutes les informations théoriques et pratiques concernant la thérapie monofamiliale comportementale et par extension, les groupes multifamiliaux décrits précédemment. Il enseigne les compétences nécessaires pour pratiquer ce genre de prise en charge.

Le manuel du participant est remis aux membres de la famille qui participent aux séances de PFC : il contient des résumés, des feuilles d'exercices et d'autoévaluation et des références bibliographiques.

Le thérapeute reçoit un manuel théorique, *Objectifs et méthodes*, qui définit les concepts et les principes de base, les grandes étapes de la PFC et les liens avec l'entraînement aux habilités sociales et l'approche cognitive ; un manuel de l'animateur précise les compétences nécessaires au thérapeute : une vidéocassette de formation s'adressant exclusivement au thérapeute illustrant la technique de la PFC.

La psychoéducation familiale s'est développée dans la prise en charge de la schizophrénie en s'appuyant sur le modèle de vulnérabilité au stress. Elle constitue un puissant outil contre le risque de rechute et pour améliorer la qualité de vie des patients ainsi que celle de leur famille. Les données des études sont détaillées dans la cinquième partie de ce travail.

De nombreux types de psychoéducation familiale sont actuellement utilisés, avec des objectifs différents, à visée éducative ou à visée thérapeutique.

Les proches sont considérés comme des agents thérapeutiques, dans un esprit de partenariat et de co-thérapie.

Si les associations de parents contribuent au succès des programmes éducatifs, constituant une première ouverture sur la thérapie psychoéducative familiale, les méthodes psychoéducatives familiales ne sont pas encore une pratique courante en milieu hospitalier, les informations souvent délivrées de manière informelle.

Pour Lumia (LUMIA 2001), le fait que la psychoéducation familiale soit encore peu disséminée dans la pratique clinique, résulte de résistances, de mythes et de tabous encore présents autour du traitement.

V) UNE COLLABORATION
PATIENT/FAMILLE/SOIGNANT

V.1 Situations cliniques

V.1.1 Entretiens parentaux au cours d'une hospitalisation en secteur de psychiatrie adulte

V.1.1.1 L'exemple de Mr E.

Biographie

Mr E., né le 07/04/1979 à Avignon, a été élevé par sa mère.

Dès son plus jeune âge, il suit sa mère dans ses nombreux déplacements professionnels dans différents pays du monde, notamment en Afrique (Rwanda, Zaïre, Congo, Kenya) et à Sainte Lucie aux Antilles.

Durant cette période, il bénéficie d'une scolarité normale dans des écoles francophones.

Mr E. revient en France avec sa mère quand il a quatorze ans, d'abord à Saint-Nazaire, puis à Nantes.

Au moment de notre rencontre, il vit seul avec sa mère. Il est célibataire et n'a pas d'enfant.

Il est scolarisé au lycée jusqu'en juin 2005 puis interrompt ses études.

Un projet de reprise du cursus scolaire envisagé en septembre 2005, ne peut se mettre en place du fait d'incidents survenus pendant l'été : des comportements hétéro-agressifs et violents entraînent une désinsertion scolaire jusqu'à la première hospitalisation.

Mr E. fait l'objet d'une condamnation judiciaire suite à ces comportements, avec une obligation de suivi par la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Il consomme régulièrement du cannabis.

La famille

Mr E. est fils unique et a toujours vécu avec sa mère, gestionnaire au ministère des affaires étrangères.

Ses parents ont vécu sept ans ensemble au Zaïre où le père de Mr E., d'origine française, vivait et travaillait dans la pharmacie familiale.

Sa mère, Mme C., revient accoucher en France puis repart aussitôt en Afrique avec son fils.

Les parents de Mr E. se séparent quelques mois après sa naissance.

Pendant ses longs séjours à l'étranger, Mr E. a très peu de contacts avec son père.

Ce dernier reste plusieurs années en Afrique, puis s'installe dans le sud de la France avec sa nouvelle compagne. Il travaille aujourd'hui dans la restauration.

Depuis son retour en France, Mr E. voit très occasionnellement son père, sans organisation réelle entre les deux parents.

Histoire des troubles

L'année 2005 est marquée par des difficultés récurrentes de violences et d'agressivité, avec un premier passage aux urgences de Saint-Nazaire.

Début Novembre 2005, Mr E. est hospitalisé dix jours dans une unité de crise, suite à un passage aux urgences psychiatriques de Nantes, dans un contexte de violence physique et verbale envers sa mère.

Mr E. est hospitalisé du 18/11/05 au 16/12/2005 dans un service de secteur psychiatrique pour des comportements violents hétéro-agressifs à l'égard de sa mère.

Un syndrome psychotique délirant avec mécanisme hallucinatoire est observé, nécessitant l'introduction d'un traitement médicamenteux antipsychotique.

Le patient est informé des effets néfastes du cannabis.

Les troubles délirants s'amendent progressivement au cours de l'hospitalisation.

En Novembre 2005, au début de l'hospitalisation, une première **rencontre parentale** est organisée avec Mr E., sa mère (Mme C.), le psychiatre et une infirmière référente.

Cette rencontre est proposée par le médecin pour faire un point sur la situation et discuter d'un projet de soin en vue d'accompagner le retour vers l'extérieur de Mr E.

Le climat de l'entretien est relativement détendu et serein.

Nous remarquons une grande proximité physique entre la mère et le fils, ce dernier lui manifestant à certains moments des gestes de tendresse, avec une émotion montrée par la mère.

Mme C. se présente et raconte son histoire personnelle. Mr E. découvre ainsi les raisons de la séparation de ses parents. Sa mère lui avoue également qu'il est né hypotrophe et a passé dix jours en couveuse, séparé de sa mère, ce qui a été pour elle une grande souffrance.

Durant cet entretien, nous apprenons que les difficultés de Mr E. ont commencé lors de son arrivée en France. Les mois précédant l'hospitalisation sont marqués par des comportements agressifs dans un contexte de désinsertion sociale, de toute puissance avec propos délirants, violence physique et refus d'autorité.

Au cours de l'entretien, Mr E. ne critique pas ces comportements mais a une attitude très soumise, de petit garçon désireux de montrer combien c'est difficile pour lui.

Le père de Mr E. est informé de l'hospitalisation de son fils et prend une fois des nouvelles par téléphone.

Une nouvelle **rencontre parentale** a lieu en Décembre 2005 avec les mêmes personnes, pour faire le bilan de l'hospitalisation et organiser le retour à domicile de Mr E.

La tonalité de l'entretien, initialement sereine, se modifie au fur et à mesure qu'est abordée la question de la sortie.

Nous remarquons une grande inquiétude de la mère à la perspective du retour de son fils au domicile. Nous découvrons avec Mr E. une opposition larvée et masquée de la mère face à ce retour. Mr E. manifeste alors une grande irritabilité face à la réaction maternelle.

Les échanges mère-fils apparaissent teintés de double-liens manifestes, et il est difficile pour Mr E. de sortir de cette relation « psychotisante ».

Mr E. se présente assez cohérent et adapté, mais les projets d'avenir sont très flous, pour lui comme pour sa mère.

La sortie est cependant maintenue avec un projet de suivi ambulatoire et de recherche d'activité, soutenue par l'assistante sociale de notre service.

Ces entretiens familiaux au cours de l'hospitalisation ont fait apparaître l'existence d'une relation fusionnelle entre Mr E. et sa mère, sans intervention de tiers pour dire la loi.

Mme C. présente des difficultés face au comportement de son fils avec l'incapacité de lui fixer des limites. Sa demande de garder son fils à l'hôpital, tout en disqualifiant le soin, semble évidente.

A son retour à domicile, le patient est suivi en consultation ambulatoire ; il est constaté une certaine stabilité psychique jusqu'en mars 2006.

Mr E. vit toujours chez sa mère et n'a pas d'activité.

A la demande du patient, le traitement antipsychotique est diminué. Nous assistons à une recrudescence délirante dans un contexte de prise de cannabis.

Au cours d'une **consultation avec sa mère**, cette dernière exprime son inquiétude, mais se montre paradoxalement réticente à l'augmentation du traitement médicamenteux.

Malgré nos sollicitations, le père de Mr E. ne se mobilise pas.

Suite à un appel téléphonique de la mère de Mr E., le psychiatre les reçoit en consultation d'urgence.

Mme C. exprime de nouveau son inquiétude et son impuissance devant le mal-être et la souffrance de son fils. Nous remarquons une recrudescence de la symptomatologie psychotique. La proposition d'hospitalisation est refusée par la mère devant l'opposition de son fils. L'attitude et les propos maternels restent ambivalents par rapport à l'établissement de limites. Finalement, après la décision d'augmenter le traitement antipsychotique, toute urgence disparaît chez la mère.

Mr E. est réhospitalisé du 24/06/2006 au 15/11/2006, à la demande d'un tiers (sa mère), dans un contexte quasi identique à la fois précédente : comportements hétéro-agressifs envers sa mère, violences, conduites toxicomaniaques, et propos délirants.

A son arrivée dans le service, Mr E. se montre réticent, dans le déni des troubles. Nous retrouvons cliniquement un automatisme mental, des idées délirantes de persécution avec des rationalisations. Mr E. ne critique aucunement ses troubles et son comportement.

Nous apprenons qu'il a interrompu son traitement médicamenteux quelques semaines avant l'hospitalisation et consomme régulièrement du cannabis.

Un traitement antipsychotique est réintroduit.

Lorsque les troubles psycho-comportementaux et les propos délirants interprétatifs s'amendent au bout de quelques semaines, Mr E. apparaît alors comme un jeune adulte en fin d'adolescence, en difficulté avec les limites et les règles.

En Août 2006, une nouvelle **rencontre parentale** est organisée à la demande de la mère, avec le patient, Mme C., le médecin, l'interne, et l'infirmière référente.

Mr E. reste dans le déni de ses troubles. Sa mère exprime son inquiétude et sa préoccupation pour maintenir ses distances avec son fils.

Elle exprime assez brutalement son souhait de ne pas le reprendre au domicile, craignant pour elle et reconnaissant son impossibilité à lui imposer certaines règles de vie.

Nous proposons une organisation des visites et des appels téléphoniques.

A la suite de cet entretien, Mr E. est déstabilisé par les propos de sa mère, et nous assistons à la reprise des propos délirants.

Un projet de réinsertion professionnelle est mis en place avec l'éducateur de justice. Au cours de cette hospitalisation, Mr E. commence un travail en atelier et recherche un foyer de vie.

Malgré l'organisation des permissions, Mr E. est mis en difficulté à plusieurs reprises suite à des refus puis autorisations, sans explication, de sa mère de le recevoir.

Il est également difficile pour Mr E. de respecter cette organisation des permissions et des sorties. Il transgresse régulièrement le cadre de soin.

Un nouvel **entretien parental** est organisé en octobre 2006 avec les mêmes participants que le précédent.

En début d'entretien, la mère de Mr E. nous dresse la liste des points négatifs et des incidents des dernières semaines, alors que le projet de réinsertion de Mr E. est en cours, évoluant dans un sens favorable. Son récit amène dès lors une attitude d'exacerbation de son fils et de nouveau apparaissent dans l'entretien des modes de communication dysfonctionnelle qui ont certainement dû toujours exister, ce que reconnaît volontiers la mère.

Mr E. souligne à sa mère combien il lui est difficile de jamais pouvoir se repérer.

Lorsqu'il est fait état de la consommation de cannabis, la mère critiquant la consommation de son fils en sa présence et son manque de respect, Mr E. évoque le fait qu'à une époque, il fumait avec elle.

Ces interactions réciproques dysfonctionnelles amènent Mr E. dans l'incapacité de supporter la situation, à l'origine d'un geste violent pendant l'entretien.

En fin de rencontre, Mme C. peut souligner certains aspects positifs de la situation.

La mise en place du projet permet à Mr E. de pouvoir mieux se projeter dans l'avenir où une tentative de mise à distance vis-à-vis de sa mère, très ambivalente et très culpabilisée, a fait avancer Mr E. vers la reprise de son activité en atelier.

Les perspectives proposées de recherche de foyer échouent finalement de part l'attitude ambivalente de Mr E., soutenu dans cette ambivalence par sa mère, elle-même très partagée entre son refus de prendre en charge son fils chez elle et le maintien des liens très proches mère/fils.

Mr E. retourne finalement chez sa mère pour une période provisoire, avec un suivi ambulatoire et la poursuite du traitement antipsychotique qu'il semble avoir perçu comme une aide à maintenir son équilibre psychique.

En Décembre 2006, le père de Mr E., de passage à Nantes, demande à rencontrer le médecin pour prendre des nouvelles de son fils. Il apparaît une communication difficile entre le fils et le père mais ce dernier se dit désireux d'aider son fils.

Nous apprenons alors que le père de Mr E. a eu le projet d'avoir la garde de son fils il y a quelques années mais que Mme C. s'y est opposé, ainsi que Mr E.

En fin d'année 2006, Mme C. adresse une lettre recommandée au médecin où elle le remercie ainsi que son équipe et lui pose trois questions au sujet de son fils:

- « *Quel diagnostic a été posé ou quelle est la nature de sa maladie?* »
- « *Est-il responsable de ses actes ?* »
- « *Est-il en mesure suivre une formation ?* »

Dans une lettre retour, le médecin explique qu'il lui est difficile de répondre à la première question dans la mesure où Mr E. n'a pas fait part de son souhait de l'aborder avec la mère. Le sujet pourra cependant être abordé en présence de ce dernier.

La 2^{ème} question, de nature juridique demande l'avis d'un expert. Enfin, la 3^{ème} question est à renvoyer à des personnes compétentes dans le domaine de la formation.

En Février 2007, Mr E. se présente en **consultation avec sa mère**, après plusieurs rendez-vous manqués. Il a arrêté sa formation.

Sa mère fait part, sur un ton très banal, d'une recrudescence des comportements violents de son fils : ce dernier l'a bousculée en faisant le geste de l'étrangler, et a tout cassé dans sa

chambre. Elle a cependant réussi à rebondir après ces évènements et son courage est souligné. Le médecin propose un projet d'hôpital de jour, auquel Mr E. n'adhère pas.

Au cours d'une **consultation parentale** suivante, la question de la maladie est évoquée, ainsi que la représentation du médicament.

Le mot schizophrénie est prononcé pour la première fois avec beaucoup de prudence, soulignant la diversité des formes de la maladie, la nécessité d'un soin adapté et l'importance du traitement médicamenteux.

Mme E. se met alors à pleurer et exprime son soulagement que ces sujets soient abordés.

Les relations entre la mère et le fils s'apaisent en fin d'entretien.

Mr E. est réhospitalisé du 28/04/2007 au 23/05/2007 à la demande d'un tiers (signé par sa mère), au décours d'une recrudescence délirante avec thématique de toute puissance et de grandeur, avec propos interprétatifs à tonalité persécutoire, centrée sur son entourage.

Le contexte est celui d'une reprise des toxiques et de l'arrêt du traitement antipsychotique depuis plusieurs semaines.

La reprise de la thérapeutique médicamenteuse et l'arrêt du cannabis permettent l'amendement de la symptomatologie délirante. Mr E. présente de nouveau des comportements transgressifs dans l'unité.

En Mai 2007, un **entretien parental** est organisé avec le patient, sa mère, le médecin et l'infirmière référente.

L'entretien est difficile et houleux. Les relations entre la mère et le fils témoignent de tensions et d'incapacité pour Mr E. d'accepter un discours autre celui qu'il veut entendre.

Mme C. explique les nouveaux débordements qui ont conduit à la réhospitalisation de son fils. Mr E. l'interrompt de manière brutale et irrespectueuse à plusieurs reprises, exprimant son désir de sortir. Il n'accepte pas d'évoquer l'avenir, précisant à sa mère qu'elle n'a pas à interférer dans ses projets.

Au cours de l'hospitalisation, Mme C. maintient une attitude assez ferme avec son fils, soulignant son accord avec la proposition d'accompagnement de son fils par le service dans ses projets.

Un traitement antipsychotique retard est introduit et accepté par le patient, devant sa difficulté à prendre régulièrement son traitement.

Mr E. quitte l'hôpital avec un projet de stage qui finalement n'est pas maintenu à l'extérieur. De nouveau, l'hôpital de jour lui est proposé, mais en vain.

V.1.1.2 L'exemple de Mr G.

Biographie

Mr G. est né le 26/05/1980 et a été élevé par ses parents.

La scolarité se déroule normalement, sans difficulté particulière jusqu'en terminale où il échoue au baccalauréat scientifique, qu'il repasse par correspondance l'année suivante, sans succès.

Il est sans activité au moment de notre rencontre en 2006.

Il est célibataire et vit au domicile familial avec ses parents et son jeune frère de quatre ans son cadet.

Mr G. consomme régulièrement du cannabis.

La famille

Mr G. est l'aîné d'une fratrie de deux.

Son frère, né en 1984, travaille dans une entreprise comme agent d'entretien et vit au domicile familial ; il a une petite amie.

Le père de Mr G. est commercial, sa mère est secrétaire dans un cabinet immobilier.

La famille maternelle semble fonctionner sur un mode où « l'on ne parle pas des choses importantes », le travail étant la valeur principale.

Histoire des troubles

Mr G. est hospitalisé en janvier 2002 pour tentative de suicide grave : Mr G. a tenté d'enjamber la rambarde d'un pont.

Nous retrouvons dans ses antécédents deux autres tentatives de suicide dans les trois années précédentes par tentative de pendaison et intoxication médicamenteuse volontaire.

A sa sortie d'hospitalisation, Mr G. est suivi plusieurs mois par un psychiatre en ambulatoire. Il interrompt le suivi en Août 2002. Il est noté à cette époque, un fonctionnement psychique satisfaisant.

Mr G. est réhospitalisé du 28/06/2004 au 10/09/2004 à la demande de ses parents, pour agitation et trouble du comportement avec agressivité à l'égard de son entourage.

Depuis plusieurs semaines, Mr G. s'isole chez lui, incurique, ne respectant aucune règle et consommant des toxiques. Toutes les recherches de formations se sont soldées par un échec.

Son mode de vie a alerté ses parents mais Mr G. dénie toutes difficultés, mettant en avant des rationalisations pour justifier son inactivité et son incapacité à trouver du travail.

Le contact est pauvre et la relation à l'autre semble perturbée par un déni de la réalité. A noter une agressivité verbale importante, un discours revendicatif et contestataire contre son hospitalisation et des difficultés à respecter le fonctionnement de l'unité. En arrière plan, nous observons des idées délirantes interprétatives autour du résultat scolaire du baccalauréat dont il nie la réalité de son échec.

Un traitement antipsychotique est introduit.

Une communication téléphonique entre le médecin et les parents de Mr G. est organisée, en présence de ce dernier et d'une infirmière référente, pour faire un point sur la situation et discuter de la poursuite de l'hospitalisation, Mr G. réitérant aussi bien à l'équipe soignante qu'à sa famille, sa demande de sortie.

Le ton de la discussion est calme, sans agressivité de la part des uns et des autres.

Les parents de Mr G., tout en reconnaissant un changement dans la relation avec leur fils, affirment leur opposition à une reprise d'une vie identique à ces derniers mois.

Après discussion, un accord est trouvé autour de la possibilité d'organiser des permissions le week-end chez ses parents pour organiser un retour progressif vers l'extérieur.

Mr G. accepte de réfléchir à un projet de réinsertion tant sociale que professionnelle.

En Août 2004, un **entretien parental** est organisé avec Mr G., ses parents, le médecin et l'infirmier référent.

Le ton de l'entretien est cordial.

Les propos interprétatifs de Mr G. ont amené à des relations extrêmement tendues et conflictuelles dans la famille, ayant conduit les parents de Mr G. à demander l'hospitalisation.

Nous remarquons une attitude assez marquée d'exigence de la part des parents vis à vis de leur fils, ceux-ci exprimant les difficultés de Mr G. à ne pas respecter les règles de la famille, à la différence de leur second fils.

Le discours des parents laisse apparaître toute leur inquiétude et leur ambivalence quant à l'idée que leur fils puisse changer, mais ils reconnaissent l'évolution positive constatée depuis le début des soins à l'hôpital. Ils restent sur la défensive pour un projet de retour à domicile.

Nous évoquons l'avenir de Mr G., qui doit poursuivre ses démarches de recherche de formation. Nous proposons un projet d'hôpital de jour.

Début septembre, Mr G. présente un fonctionnement psychique satisfaisant, avec une fluidité du discours avec un contenu dans la réalité. Le patient accepte la poursuite des soins en ambulatoire, parallèlement à la prise en charge à l'hôpital de jour.

Il souhaite retrouver une certaine autonomie pour trouver un peu de distance vis à vis de sa famille.

L'hospitalisation a permis un apaisement des relations familiales et une critique de son comportement antérieur.

Mr G. est suivi en **consultation ambulatoire** pendant plusieurs mois, l'équilibre psychique se maintient avec la poursuite du traitement.

Mr G. mène à bout ses recherches professionnelles et obtient un Contrat à Durée Déterminée, à la grande satisfaction de son entourage familial.

Il interrompt brutalement les soins en février 2005. De nouveaux mécanismes régressifs apparaissent à la fin de l'année 2005. Les parents de Mr G. alertent le service mais ne souhaitent pas que leur fils soit informé de leur intervention. Par l'intermédiaire de courriers adressés au médecin, ils expriment leur souffrance, leur inquiétude et leur désarroi face aux difficultés de leur fils.

Mr G. ne se présente pas aux consultations proposées.

Mr G. est de nouveau hospitalisé du 29/05/2006 au 08/08/2006 suite à des troubles du comportement au domicile familial (une dispute avec son frère), dans un contexte de décompensation psychotique avec au premier plan un repli sur lui-même, avec prise de toxique.

Mr G. vit toujours chez ses parents, sans emploi depuis septembre 2005, ni vie sociale.

Le contact est pauvre et méfiant, Mr G. présente un déni de toute difficulté et critique la nécessité de l'hospitalisation.

Un traitement antipsychotique est réintroduit. Peu à peu, nous observons un changement dans la relation et une amorce de critique de son comportement.

Fin juin, un **entretien parental** est organisé en présence de Mr G., ses parents, le médecin, l'interne et l'infirmière référente.

La rencontre se déroule dans une atmosphère détendue avec cependant des moments d'expression de tension survenant entre Mr G. et ses parents.

Le premier temps de cette rencontre permet d'évoquer les circonstances qui ont amené la famille à redemander l'hospitalisation. Les parents de Mr G. expriment les difficultés repérées depuis l'année dernière mais reconnaissent que leur fils s'était réinscrit dans une activité et une organisation de vie satisfaisante après la dernière hospitalisation.

Lorsque nous nous étonnons du fait qu'ils n'aient pas fait intervenir un médecin à domicile, les parents de Mr G. tiennent un discours particulier : « *Les médecins n'auraient jamais pu nous croire car il tient un discours cohérent avec des étrangers* ». Nous apprenons qu'ils ont fait une main courante auprès de la gendarmerie devant les attitudes inadaptées et visiblement pathologiques de leur fils au domicile en leur absence. Ils ont également interpellé la mairie pour mettre en œuvre une curatelle.

La place du médecin et des soins reste assez particulière et repérée comme la dernière solution.

Pendant cette rencontre, Mr G. reste calme et posé, acquiesce certains propos de ses parents à l'évocation de ses difficultés mais en conteste d'autres qu'il dénie ou banalise.

Dans un second temps, les parents expriment leur refus de voir leur fils réintégrer le domicile, ce qui amène un changement de tonalité dans la rencontre. Ils restent prêts à accueillir leur fils en permission pour l'accompagner dans un projet de vie autonome.

Nous prenons acte de cette décision.

Au cours de l'hospitalisation, Mr G. se restaure psychiquement, adhère aux soins, critique ses comportements antérieurs et accepte la reprise du traitement antipsychotique en injection retard.

Mr G. quitte le service pour l'Hôtel Thérapeutique avec un projet d'hôpital de jour et la poursuite du soin en ambulatoire.

Nous observons un maintien de la stabilité psychique, avec un fonctionnement syntone et normal.

Mr G. trouve un emploi en Contrat à Durée Indéterminée et un logement en appartement, soutenu par sa famille.

A plusieurs reprises, la question du traitement médicamenteux est abordée. Mr G. reste perplexe sur la nécessité des soins, ne sachant pas quelle est la part de ce traitement dans son amélioration psychique.

V.1.1.3 L'exemple de Mr M.

Biographie

Mr M. est né le 30/07/1979 et a été élevé par ses parents.

Il est titulaire d'un Brevet d'Etudes Professionnelles de soudure mais est actuellement sans emploi.

Mr M. a une obligation de suivi suite à une décision du tribunal en septembre 2005 pour comportements hétéro-agressifs avec violence physique à l'égard de son père en novembre 2004.

Malgré l'interdit posé par le tribunal, Mr M. retourne vivre chez son père en 2005.

Il consomme régulièrement du cannabis.

Sur le plan relationnel et affectif, Mr M. a peu de liens et de contacts, il est isolé socialement.

La famille

Mr M. est l'aîné d'une fratrie de deux garçons.

Son frère, 25 ans, vit toujours au domicile de la mère.

La mère de Mr M. travaille comme aide-soignante à l'hôpital. Elle vient d'un milieu modeste, famille de boulangers, avec une vie assez pauvre et réduite sur le plan social.

Le père de Mr M. travaille dans l'informatique. Ce dernier est issu d'une famille bourgeoise, notaire de père en fils. Il est le quatrième d'une fratrie de quatre qui ont tous socialement réussi. Il se sent en décalage avec les valeurs familiales. Il a rencontré son épouse alors qu'il étudiait aux beaux arts et fumait du cannabis, tabou dans sa famille.

La grossesse de Mr M. n'était visiblement pas désirée si rapidement.

Les parents de Mr M. ont divorcé en 2001 après une période de séparation de plusieurs années. Le divorce parental est en lien avec des comportements agressifs et violents du père à l'égard de la mère et de ses enfants.

Les liens entre Mr M. et son père sont extrêmement ténus, voire quasi inexistants. Il y a peu d'échanges entre le père et le fils, du fait de difficultés relationnelles et de propos facilement agressifs du père.

En 1999, avant la séparation parentale, une tentative de travail familial a été faite auprès d'un psychothérapeute familial. La thérapie familiale a été interrompue après trois séances, la dernière ayant fait apparaître une scène de violence entre le père et son fils, non contrôlée par le thérapeute, qui a ensuite refusé de les revoir.

Histoire des troubles

Mr M. est hospitalisé à deux reprises en 2001 et 2002, pendant plusieurs semaines, lors d'épisodes psychotiques délirants avec comportements hétéro-agressifs et délire de persécution.

Une sortie d'essai d'Hospitalisation à la Demande d'un tiers (HDT) lui permet, tout en poursuivant les **soins ambulatoires** (consultation médicale, traitement antipsychotique retard et visites à domicile des soignants), de continuer un projet d'insertion par le biais d'une formation professionnelle.

Cependant, Mr M. ne se rend que très irrégulièrement aux consultations, jusqu'à interrompre tout suivi. Il vit alors alternativement chez son père ou chez sa mère.

Mr M. est réhospitalisé du 24/11/2004 au 24/03/2005 en service libre suite à un comportement hétéro agressif grave à l'égard de son père (blessure par arme blanche), dans un contexte d'altercation familiale et d'arrêt de toute prise médicamenteuse. Il s'est présenté de lui même après 48 heures de garde à vue.

A son arrivée, il présente la situation de manière rationalisée dans un discours non délirant sous-tendu par une anxiété majeure en lien avec l'éventualité d'une incarcération.

Un traitement antipsychotique est réintroduit.

Le 30 Novembre 2005, a lieu **une rencontre avec la mère de Mr M.**, son fils, le médecin et l'infirmière référente.

Cet entretien, assez long, mettra en évidence les modes de communication entre le fils et la mère.

Dans un premier temps, Mr M. est calme, posé et attentif aux propos maternels. Cette façade se fissure quand sa mère rapporte des éléments contredisant ses propos quant à ses capacités à s'organiser à l'extérieur. Mr M. l'interrompt alors brutalement.

L'incident survenu récemment succède à une période de crise évoluant depuis quelque temps, en lien avec des consommations de toxiques dont Mr M. dénie l'importance.

Lorsque Mme M. évoque un épisode aigu où Mr M. a tenu des propos délirants, il se met en colère et le ton devient vite vif et virulent à l'égard de sa mère. Nous observons comment, très rapidement, les relations peuvent devenir extrêmement violentes verbalement entre la mère et le fils.

Les projets de logement et d'hôpital de jour sont ensuite abordés. Devant le refus de Mr M., sa mère exprime son inquiétude et sa préoccupation.

La fin de l'entretien fait apparaître la difficulté pour Mr M. de s'approprier le soin et la nécessité pour lui d'accepter un suivi et un accompagnement.

En janvier 2005, une **rencontre parentale** est organisée en présence de Mr M., de son père et sa mère, du médecin et de l'infirmière référente.

Nous observons une certaine tension entre Mr M. et son père, ils se retrouvent pour la première fois depuis l'agression subie par le père.

Il est beaucoup question des moments de tension et d'agressivité du fils en lien avec des conduites de toxico-dépendance. Le père de Mr M. a tenté d'y mettre fin mais sans succès.

Les deux parents expriment clairement et fermement leur volonté de ne plus soutenir leur fils sur le plan du logement et de ne plus l'accueillir, ce qui est difficile à entendre pour Mr M.

Mr M. accepte finalement l'accompagnement proposé par le service dans la vie quotidienne.

Au cours de l'hospitalisation, la mère et le père de Mr M. participent à d'autres entretiens avec leur fils pour évoquer les projets d'avenir.

En mars 2005, Mr M. quitte le service pour l'Hôtel thérapeutique et accepte la poursuite des soins en ambulatoire.

Mr M. est suivi en consultations **ambulatoires** avec une prise en charge conjointe à l'hôpital de jour.

Après un temps à l'Hôtel Thérapeutique, Mr M. est hébergé chez une amie.

La question du cannabis est évoquée à plusieurs reprises, compte tenu des difficultés pour Mr M. d'arrêter sa consommation.

Il interrompt la prise en charge à l'hôpital de jour et refuse finalement le projet d'appartement associatif. A partir d'octobre 2005, Mr M. ne se présente plus aux consultations médicales.

En Mars 2006, Mr M. se présente en **consultation avec ses parents**, alors qu'il est en rupture de suivi depuis plusieurs mois. Ses parents, très inquiets, l'ont accompagné et souhaitent une hospitalisation que leur fils refuse.

Mr M. paraît absent, le regard vitreux, fatigué. Ses propos sont laconiques et mécaniques, sans véritable adhésion. Il dénie ses difficultés et justifie son arrêt de suivi par un manque de temps. Il vit chez son père malgré l'interdiction judiciaire.

Les événements de ces derniers mois sont évoqués. Le ton monte très vite et devient agressif lorsque le médecin souligne la possibilité pour le père de faire appel à un tiers pour trouver une solution d'hébergement pour son fils. Apparaissent l'ambivalence et la difficulté du père de Mr M. à mettre des limites à son fils. Il évoque les nouvelles agressivités physiques de son fils à son égard et son incapacité à faire appel à la loi de crainte que celui-ci aille en prison.

Lorsque nous évoquons une hospitalisation à la demande d'un tiers, Mr M. se lève et quitte la consultation.

Son père exprime de nouveau son inquiétude et sa crainte de recevoir son fils à domicile. Après quelques échanges avec son épouse où visiblement un contentieux persiste, le père de Mr M. quitte lui aussi violemment l'entretien.

Il est donc convenu avec la mère qu'elle informe le commissariat de police de la situation difficile.

Par l'intermédiaire de courriers adressés au médecin, la mère de Mr M. exprime par la suite son inquiétude et son désarroi au sujet de la dégradation de l'état psychologique de son fils.

Le patient est réhospitalisé du 07/07/2006 au 06/10/2006 en hospitalisation d'office lors de troubles du comportement hétéro-agressifs dans un contexte de rupture de traitement et de suivi pendant plusieurs mois.

L'hospitalisation permet la reprise de la chimiothérapie et nous observons en plusieurs semaines la régression lente des troubles du comportement et la disparition des éléments délirants.

Au cours de l'hospitalisation, un **entretien parental** est organisé à la demande conjointe du médecin et des parents pour faire le point de l'hospitalisation et envisager l'avenir. Sont présents Mr M. et ses parents, le médecin, l'interne et l'infirmière référente.

L'atmosphère de la rencontre est détendue. La situation de crise dépassée, chacun s'accorde à reconnaître l'évolution positive. Les parents évoquent les perspectives futures en tenant compte des expériences passées et ils s'accordent pour décider que Mr M. ne reviendra pas chez son père. Leur position permet de clarifier la situation pour Mr M.

Le projet d'une post-cure psychiatrique est exposé à Mr M. et à ses parents, projet qui après échanges et discussions, semble avoir l'aval de tous.

En fin d'entretien, Mr M. souligne que c'est la première fois qu'une rencontre avec ses parents, le médecin et lui-même, amène à un consensus global. Les différents participants approuvent cette remarque et sourient.

Pendant toute cette rencontre, les parents ont une attitude très positive vis-à-vis de leur fils, soulignant l'importance pour lui d'envisager des projets, seul mais avec leur soutien.

La stabilité psychique et la motivation de Mr M. lui permettent d'intégrer un centre de post-cure.

V.1.1.4 Discussion et analyse

Le contexte de ces rencontres

Nous remarquons le contexte particulier des premières rencontres parentales qui ont lieu dans nos trois exemples, dans un contexte de crise : crise psychotique du patient mais aussi crise familiale. Est-ce le meilleur moment pour se rencontrer ?

Ces premiers entretiens permettent à chacun de se présenter, de faire connaissance et d'essayer de nouer un début d'alliance thérapeutique.

Ensuite, tout au long de l'hospitalisation, des rencontres sont proposées par le médecin et/ou à la demande des parents et/ou du patient, avec des objectifs divers et variés selon le moment de la rencontre, la situation clinique et la disposition de chacun des participants : faire un point sur l'hospitalisation, régler des problèmes ponctuels, informer la famille sur la prise en charge globale du patient, tout en analysant les modes de communications entre les différents membres des familles, en vue de rétablir un dialogue approprié entre chacun.

Nous constatons la diversité des sujets abordés et des objectifs de ces entretiens, par la même équipe soignante et parfois même au cours d'une même séance.

Ces entretiens sont généralement programmés à l'avance et se déroulent systématiquement en présence du patient et de son infirmier référent, dans le service où il est hospitalisé.

Des entretiens parentaux peuvent aussi se dérouler au cours du suivi ambulatoire, dans un bureau de consultation médicale, soit programmés, soit dans des situations d'urgence, comme dans le cas de Mr E.

Le cadre de ces rencontres institutionnelles est très différent de celui d'une thérapie familiale structurée. Ici, même dans une perspective systémique, nous restons globalement centrés sur le patient et ses difficultés, non pas sur la dynamique familiale.

Le lieu et la temporalité de ces rencontres ont également une importance : c'est le lieu d'hospitalisation du patient en crise, donc pas forcément l'endroit pour s'attaquer en profondeur aux perturbations familiales, et ni le moment adéquat.

Cependant, il est possible d'envisager, une fois l'épisode aigu terminé et le patient stabilisé, la possibilité d'une thérapie familiale pour diminuer la souffrance familiale commune en utilisant les membres de la famille comme agents et objets de la thérapeutique. De même, il n'est pas exclu qu'un membre d'une famille suivie en thérapie familiale, soit amené à consulter et soit pris en charge personnellement.

Pourquoi se rencontrer ?

Les objectifs de ces rencontres sont multiples.

Rencontrer les parents des patients permet de connaître la famille dans son fonctionnement relationnel. Nous pouvons ainsi nous représenter le patient dans son monde habituel et ainsi mieux le cerner et le comprendre. Aussi, nous repérons la manière dont s'opère la communication verbale et non verbale, les dysfonctionnements familiaux, les éventuelles

alliances. Il s'agit aussi de situer la place que chacun occupe dans le groupe et d'identifier les mythes et les rituels familiaux.

Ensuite, nous pouvons essayer de rétablir des échanges sur un mode de communication plus adapté entre les différents membres de la famille, compte tenu de la complexité des relations dans les familles de patients schizophrènes.

Les relations de Mr E. et sa mère sont marquées par une ambivalence et des doubles liens constants, à l'origine d'incompréhension et de tension importante entre la mère et le fils.

De même, les relations entre Mr G. et ses parents sont très conflictuelles avec un mode de communication entre le père et le fils qui repose sur l'agressivité et l'incapacité à échanger des affects.

Les entretiens familiaux peuvent offrir la possibilité d'une amorce d'établissement d'autres modes de relation. Apaiser peu à peu les tensions et rétablir le dialogue au sein de la famille permet ensuite d'aborder d'autres sujets pendant ces rencontres.

Ce travail peut ensuite être poursuivi en thérapie familiale, lorsque la famille est désireuse.

Les rencontres parentales sont également indispensables pour maintenir un projet de soin cohérent, entre les différents partenaires du soin. Les prises de positions claires de chacun des participants aux rencontres permettent de proposer des projets de soins cohérents pour tous, comme dans le cas de Mr M.

Les familles doivent être informées et ne pas être exclues de la prise en charge.

Bien souvent, si les rencontres familiales ont lieu dans le but de discuter de problèmes concrets de la vie quotidienne et d'évoquer les perspectives d'avenir, elles ne se limitent jamais à cela.

Ensuite, devant le désarroi et la souffrance des familles face à cette maladie complexe et incompréhensible, soutenir et rassurer les parents devient une évidence. C'est à l'occasion de ces rencontres que les parents peuvent exprimer leurs doutes, leurs interrogations et leurs inquiétudes devant la maladie. Le médecin les soutient avec bienveillance. Ces entretiens permettent à la famille de se dégager du mythe selon lequel elle serait fondamentalement responsable de la maladie.

Enfin, l'information aux familles est une priorité. Mieux connaître les symptômes et ce qui peut les déclencher (comme par exemple la prise de cannabis dans nos trois exemples

cliniques), reconnaître l'efficacité d'une chimiothérapie et la nécessité de la compliance, permet à la famille un meilleur investissement du soin et l'apaisement des relations familiales. Dans nos exemples, la question du diagnostic est évoquée clairement dans le cas de Mr E., suite à un courrier de sa mère, après plusieurs mois de suivi. C'est une question difficile qui nécessite nuance, prudence, et de prendre son temps : le temps que chaque membre de la famille, patient y compris, chemine psychiquement et soit prêt à entendre un diagnostic, parfois difficile à poser et non prédictif de l'évolution des troubles.

Dans d'autres cas, la question du diagnostic n'est pas abordée directement, ni par le patient, ni par la famille ce qui n'empêche pas une prise en charge de qualité et une information adaptée sur les troubles présentés.

Les difficultés rencontrées

Comme en témoignent nos exemples cliniques, dans les cas de Mr E., Mr G. et Mr M., les rencontres avec les parents sont parfois conflictuelles, les sujets abordés parfois douloureux et difficiles à accepter pour ces patients, souvent dans le déni de la réalité.

Les soignants sont alors en quelque sorte les médiateurs de la communication entre parents et patient, pour tenter d'apaiser les tensions et préserver les relations de l'agressivité.

Les premiers contacts entre la famille et les soignants sont souvent agressifs ou assez froids, dans une sorte de méfiance réciproque qu'il s'agit de dépasser.

Une autre difficulté à laquelle doivent s'adapter les soignants, est l'absence parfois d'un parent, comme par exemple, le père de Mr E. Celui-ci se manifeste tardivement et demande à être reçu par le médecin, mais sans investissement réel.

Nous pouvons nous étonner de l'absence de la fratrie aux entretiens, alors qu'elle est aussi concernée mais souvent délaissée, ne participant pas directement au projet de soins. Si travailler avec les parents est désormais reconnu, la présence des frères et sœurs n'est pas encore aujourd'hui une pratique courante dans les institutions psychiatriques. De même, il est parfois difficile d'obtenir des informations sur la famille élargie et les générations précédentes. Peut-être que là encore, le contexte et le cadre de ces rencontres ne sont pas les plus appropriés. Cependant, nous devons nous adapter à chaque situation familiale.

Enfin, établir une relation de confiance avec les familles des patients souffrant de schizophrénie prend du temps et ce n'est parfois qu'après de longs mois, voire des années,

qu'une collaboration active s'engage. L'exemple des parents de Mr G. qui ne s'adressent au médecin qu'en dernier recours est révélateur des liens fragiles et ambivalents parfois rencontrés entre les familles et les soignants.

La collaboration parents/ patient/soignants

La nécessité d'une collaboration engagée est exposée plus loin dans ce travail de thèse.

A travers ces situations cliniques, au cœur des réalités pratiques institutionnelles et des réalités familiales, nous constatons la nécessité de travailler avec les familles de nos patients schizophrènes, tant pour ces patients, leur famille que pour l'institution soignante.

La famille est un lien privilégié entre le milieu soignant et le milieu extérieur que le patient souhaite réinvestir. Comme dans l'exemple de Mr M., une collaboration thérapeutique permet d'assurer une meilleure cohérence des soins et offre au patient la possibilité de retrouver un fonctionnement psychique acceptable dans son environnement propre.

Enfin, soulignons à travers ces trois exemples, le soutien apporté par ces parents qui malgré leur désarroi et leur souffrance, se mobilisent à leur manière pour aider leurs proches.

V.1.2 Paul : un adolescent face à la décompensation psychotique de son frère

V.1.2.1 Présentation clinique

Je rencontre Paul, 12 ans, en consultation dans un service médico-psychologique infanto-juvénile.

Ce jeune garçon est adressé par la pédiatre pour des difficultés apparues dans le contexte particulier d'une première décompensation psychotique chez son frère Julien de 15 ans. Nous ne pouvons pas évidemment affirmer le diagnostic de schizophrénie chez ce dernier, mais la gravité des troubles présentés évoque fortement une entrée dans la psychose.

Biographie

Paul vit avec ses parents et son frère aîné au domicile familial.

Il est en 6^{ième} au collège et obtient de très bons résultats scolaires. Il pratique le théâtre et s'intéresse aux activités artistiques, particulièrement la musique.

Paul, « diagnostiqué enfant précoce », présente en effet une maturité étonnante pour un préadolescent.

La famille

Paul est le deuxième d'une fratrie de deux. Son frère, Julien, est en classe de seconde.

Son père est directeur dans un système d'information.

Sa mère travaillait jusqu'à l'année dernière comme juriste dans l'aide aux victimes mais est actuellement en recherche d'emploi.

A noter une bonne entente familiale dans cette famille unie et soudée, qui semble communiquer aisément.

Histoire des troubles

Je rencontre Paul, accompagné de ses parents, le jour où son frère Julien est hospitalisé pour la deuxième fois dans une unité psychiatrique, pour une recrudescence délirante érotomaniaque et la menace physique d'une camarade.

Les premiers troubles de Julien sont apparus quelques semaines auparavant. Depuis, Paul est « perturbé » d'après ses parents, plus sombre et renfermé, il dort moins bien et a perdu l'appétit.

Paul est un garçon sympathique, d'un très bon contact, qui s'interroge sur ce qui arrive à son frère.

Je remarque une grande complicité entre Paul et son père qui utilisent tous deux un certain humour, parfois très défensif, voire à la limite du cynisme. Le père se reconnaît dans ce fils précoce. La mère apparaît aimante et soutenante.

Paul profite de notre première rencontre pour me faire part de ses nombreuses inquiétudes au sujet de son frère mais aussi de ses parents qu'il voit pour la première fois démunis et fragiles. Il ressent des sentiments ambivalents, partagé entre l'amour fraternel et la haine de ce frère qui perturbe le fonctionnement familial par des troubles incompréhensibles. Paul culpabilise, se sent responsable de la situation tout en insistant sur son devoir de soutenir ses parents dans cette crise familiale.

Au cours de cette rencontre, le père et la mère de Paul me questionnent longuement sur les troubles de Julien, sur la cause de ces épisodes, le nom de cette maladie et l'intérêt d'un traitement. N'ayant ni rencontré ni suivi Julien, je les renvoie vers le psychiatre qui s'occupe de leur fils aîné, tout en essayant avec beaucoup de prudence, de les rassurer et de les déculpabiliser.

Je suis particulièrement touchée par la souffrance de ce jeune frère et de ses parents, perdus devant le sentiment d'injustice ressenti face à cette épreuve.

Je revois ensuite Paul plusieurs fois, pour un travail de soutien, qui lui offre un espace de parole libre, en dehors du milieu familial.

Paul me fait part de sa confusion face aux troubles de son frère, ne parvenant plus à identifier ses émotions ni ses sentiments, en dehors d'un « sentiment de vide ». Il exprime de nouveau sa culpabilité et évoque son angoisse face au retour au domicile prochain de son frère, craignant l'impulsivité de ce dernier et un nouveau passage à l'acte.

Paul ne présente plus les troubles du sommeil et de l'appétit mais quelques manifestations somatiques digestives témoignent de son anxiété.

A chaque rendez-vous, Paul est accompagné de sa mère qui participe au tout début de l'entretien et fait le point avec son fils, très attentive à ce dernier. A plusieurs reprises, elle évoque avec beaucoup d'émotion son désarroi face à son deuxième fils et la réorganisation familiale opérée depuis l'apparition de ses troubles.

Paul présente une certaine morosité mais avoue qu'il « *n'a pas le droit d'aller mal alors que tout le monde va mal* ». Il s'interroge sur les risques de devenir « *comme son frère* », et sur ce qu'il adviendrait alors de ses parents.

Paul exprime ses difficultés à communiquer avec son frère, de retour à la maison, ne sachant pas s'il doit rester « *comme avant* » ou adopter une autre attitude face à ce frère qu'il ne reconnaît plus.

Au fil des semaines, la situation familiale s'apaise, les troubles de Julien se stabilisent. Paul m'annonce qu'il a écrit un poème au collège, dédié à son frère et qu'il lui a lu. Il me récite alors ce poème, très émouvant, où il exprime son amour pour son frère. Julien n'a réagit que quelques jours après la lecture, pudiquement.

A l'approche des vacances, Paul évoque un cauchemar où son frère le tue. Il fait un lien avec l'appréhension de partager la même chambre que Julien au cours du voyage familial prévu.

Cependant, il semble avoir pris du recul et le temps et les expériences lui ont permis de relativiser ses inquiétudes.

Je revois Paul une fois à son retour de vacances et il me fait part d'une complicité retrouvée avec son frère. Le séjour où ils ont partagé la même chambre a permis de rétablir de nouvelles relations fraternelles plus détendues.

Les angoisses de Paul semblent s'être apaisées.

V.1.2.2 Discussion

Le cas de Paul et de sa famille illustre les conséquences de l'entrée dans la psychose d'un des membres de la famille sur les autres membres.

Le trouble de Paul face à la situation de son frère se manifeste initialement par des difficultés de sommeil et une perte d'appétit. Dès notre première rencontre, il manifeste son anxiété autrement, par des mots, des doutes, des interrogations dont il me fait part.

Paul passe par des sentiments contradictoires, ambivalents.

Il s'interroge sur les troubles de son frère, sur la capacité parentale à appréhender cette crise et enfin sur l'avenir de sa famille. Il lui faut du temps, nécessaire pour comprendre à peu près ce qui arrive à son frère et tenter de l'accepter.

Sa famille doit s'adapter à une nouvelle organisation de la vie avec un fonctionnement relationnel différent, les troubles de Julien perturbant l'homéostasie familiale.

La réaction des parents de Paul illustre l'incompréhension, le désarroi et la douleur parentale face aux troubles très probablement schizophréniques d'un fils qu'ils ne reconnaissent plus.

Nous pouvons nous étonner de l'absence de rencontres médiatisées entre les deux frères, ce d'autant plus que Julien est suivi parallèlement par un médecin du même service avec qui j'échange régulièrement au sujet de ces deux jeunes.

Comment expliquer ce clivage de la part des soignants, réalisé après-coup, à l'image du clivage induit par la pathologie schizophrénique?

Nous observons là toute la complexité de l'organisation des soins face à la psychose, et l'intérêt de sensibiliser et former les équipes aux approches familiales.

V.1.3 Un témoignage de thérapie familiale

Ce témoignage d'une famille prise en charge en thérapie familiale est issu d'une interview filmée, deux ans après le début de la thérapie. Il illustre les bénéfices de la thérapie familiale à travers le point de vue d'une famille concernée par la maladie schizophrénique d'un fils.

Fabien, né en 1971, est hospitalisé la première fois en juin 1999 dans un contexte de délire à thème de persécution et de filiation illustre, reposant sur des mécanismes intuitifs et interprétatifs avec des idées de référence, associé à un repli autistique.

La symptomatologie schizophrénique évolue depuis plusieurs années.

Au cours de la première hospitalisation et par la suite en ambulatoire, de nombreux entretiens familiaux sont organisés. Les effets libérateurs de ces entretiens amènent les protagonistes à demander une prise en charge thérapeutique familiale qui débute en décembre 1999.

Au moment du témoignage, Fabien rencontre un psychiatre tous les mois, avec qu'il entretient une relation de réelle confiance. « *C'est une aide précieuse* » insiste Fabien. Son psychiatre, référent de la prise en charge globale, rencontre régulièrement les parents de Jérôme pour faire un point général sur le suivi médical de leur fils. Fabien différencie bien son espace thérapeutique personnel de l'espace de thérapie familiale.

Son psychiatre lui prescrit tous les mois un traitement neuroleptique par *clozapine*, introduit après plusieurs prescriptions thérapeutiques non satisfaisantes, par leur inefficacité ou leurs effets secondaires.

Lors du témoignage, Fabien est d'un bon contact, parle aisément de ses difficultés et de sa maladie. On note un fonctionnement psychique satisfaisant avec une abrasion des signes de schizophrénie.

Fabien vit chez ses parents. Il a remarqué un « *changement de son réseau relationnel* » depuis plusieurs mois, allant plus facilement vers les autres. Il est reconnu Travailleur Handicapé et attend un poste d'agent en administration (Fabien possède une Diplôme d'Etudes supérieures d'urbanisme). Il envisage aujourd'hui des perspectives d'avenir plus sereines, grâce aux « *bases solides* » acquises tout au long des soins.

La thérapie familiale a débuté deux ans auparavant. Fabien et ses parents ont été reçu par deux infirmiers thérapeutes familiaux, une quinzaine de séances, initialement tous les mois, puis tous les mois et demi, pendant 1H30. Actuellement, les séances s'espacent peu à peu en vue d'un arrêt à venir.

Le frère cadet de Fabien, qui avait bénéficié des entretiens familiaux institutionnels préalables à la thérapie familiale, a consulté un médecin de son côté, mais n'a pas souhaité participer à la thérapie familiale, « *de peur que ça lui arrive* ».

Pour Fabien, la thérapie familiale est « *un moment privilégié* », qui lui permet de prendre du « *recul par rapport à la vie de tous les jours* », et « *d'avoir un autre point de vue sur ses difficultés d'extériorisation* ». Il remarque que la confiance s'est peu à peu établie entre les membres de la famille et les soignants, au fur et à mesure des séances. La famille a ainsi pu évoquer ses difficultés relationnelles, « *sans tabous* ».

La mère de Fabien confirme les propos de son fils et a observé au fil du temps un rapprochement et une meilleure écoute entre son mari et son fils.

Pour le père de Fabien, la thérapie familiale offre « *une façon de dialoguer différente* », qui lui a permis de mieux comprendre son fils qu'une « *barrière* » séparait depuis de longues années.

La famille s'accorde pour témoigner que la souffrance de chacun a été prise en compte tout en « *regardant les choses différemment* ».

Fabien précise qu'il est satisfait de l'écoute, du soutien et du cadre proposés par la thérapie familiale.

Les parents de Fabien attendaient initialement de la thérapie familiale une aide : « *On ne savait pas quoi faire* ». Déçus tout d'abord de ne pas trouver des conseils concrets sur la maladie, ils constatent maintenant les bénéfices « *d'accepter de ne pas trouver ce qu'on voudrait trouver, pour trouver autre chose* ».

Le père de Fabien revient sur le déroulement de la thérapie où l'histoire de chacun des parents et des générations précédentes a été abordée : « *C'est la base* » conclut-il, « *Il ne faut pas cibler sur la maladie* ».

Fabien affirme qu' « *il n'y a pas de recette miracle* », les entretiens de thérapie familiale provoquent les conditions du changement. Les thérapeutes, sorte de « catalyseurs », font « *partie de la famille* ».

Cependant, les parents de Fabien regrettent que leur démarche de soin ne soit pas comprise par tous les membres de leur famille élargie. Ils s'appuient sur les repères apportés par la thérapie familiale pour prendre de la distance face à l'incompréhension, la réticence et la méfiance de certains.

Pour conclure, Fabien et ses parents précisent que les différents traitements (prise en charge psychiatrique individuelle et thérapie familiale) sont « *complémentaires* » :

« *Les effets ne sont pas les mêmes [...], les médicaments vont avec la thérapie [...], les médicaments pour traiter le biologique, la thérapie familiale pour les relations de la famille et reprendre confiance* ».

La thérapie familiale apparaît pour Fabien et sa famille un « *complément et un parallèle du médical* ».

Actuellement, Fabien est autonome et vit seul en appartement. Il est très bien intégré socialement et fréquente une amie depuis plusieurs mois avec des projets d'avenir communs. Il est inséré professionnellement depuis quatre ans.

Fabien présente un fonctionnement psychique satisfaisant et stable depuis plusieurs années. Il persiste une certaine vulnérabilité qui le contraint au respect de certaines règles d'hygiène de vie et d'une chimiothérapie modeste bien tolérée.

V.2 La nécessité d'un travail familial

Illustrée par les théories et les exemples cliniques précédents, la nécessité du travail familial est confirmée dans la littérature psychiatrique.

L'intérêt des professionnels de la santé mentale pour la rencontre des familles est croissant depuis quelques années, comme en témoignent le nombre d'ouvrages parus sur la question, les colloques...

Cependant, ces positions contrastent avec la réalité pratique (BANTMAN 2001) : malgré son intérêt, l'approche familiale de la schizophrénie reste encore peu développée dans les milieux professionnels en France.

V.2.1 Conférences de consensus et résultats des études

V.2.1.1 Conférences de consensus sur la schizophrénie

En France, la conférence de consensus sur les « *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques* » (1994) évoque les approches familiales parmi les stratégies thérapeutiques non médicamenteuses, dans le chapitre traitant des approches psychothérapeutiques.

La conférence insiste sur l'information aux familles et la place des psychothérapies familiales dans une optique de partenariat.

Elle recommande les approches familiales dans la prise en charge de la maladie :

« Introduire l'approche familiale, c'est donner aux familles la place qui leur revient dans la prise en charge de la personne souffrant de schizophrénie et dans l'institution qui l'accueille. C'est se donner les moyens de clarifier les rôles de chacun, et permettre ainsi aux différents partenaires de maintenir leur identité si souvent mise en cause par les effets de la pathologie schizophrénique. C'est enfin développer une collaboration pour éviter les pièges des jeux de disqualification et de disconfirmation si destructeurs pour tous ».

Aussi, la conférence de consensus sur les « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques » (2003) souligne le devoir des équipes soignantes de soutien aux familles et la nécessité d'associer la famille et l'entourage à la prise en charge médicamenteuse et institutionnelle du patient, pour favoriser l'alliance thérapeutique. Les recommandations précisent que le travail familial ne doit pas se limiter à une seule approche mais doit s'intégrer à la prise en compte de l'environnement global du patient. La participation à des groupes de parole pour familles est recommandée. Il est souligné la nécessité d'accorder une attention particulière à la fratrie qui a besoin de soutien et d'information.

V.2.1.2 Résultats des études

Diverses études portant sur des patients souffrant de schizophrénie (DOANE 1986; MC FARLANE 1995 ; HAHLOWEG 1999 ; BARROWCLOUGH 1999, 2001 ; PITSCHELWALZ 2001, 2006), montrent que le taux de rechute est nettement plus faible chez les patients ayant bénéficié d'une approche familiale que chez ceux qui bénéficiaient seulement d'une psychothérapie individuelle et d'une médication.

Parmi les principales études :

- La méta-analyse de MARI et STREINER (1994) montre une augmentation de la compliance à la chimiothérapie et une diminution des hospitalisations au cours du temps dans le groupe ayant bénéficié d'une approche familiale de type cognitivo-comportementale.
- La méta-analyse de WUNDERLICH (1996) montre l'effet bénéfique de la thérapie familiale reposant sur des méthodes psychoéducatives dans le traitement de la

schizophrénie. Les thérapies familiales psychanalytiques apparaissent les moins probantes.

- La méta-analyse de PITSCHER-WALZ (2001) retrouve une diminution des rechutes de 20% dans le groupe expérimental avec intervention familiale avec un effet particulièrement marqué si l'intervention dure plus de trois mois. Il est souligné l'intérêt d'associer le soutien psychosocial aux proches au traitement médicamenteux du patient.
- DIXON (1995) évalue les preuves de l'efficacité et de l'efficacité des interventions familiales psychoéducatives dans la schizophrénie : la psychoéducation familiale seule est inférieure à d'autres interventions familiales qui les combinent avec l'engagement, le soutien, la résolution de problème.
- HUXLEY (2000) étudie l'intérêt d'associer à la pharmacothérapie différentes modalités de psychothérapie (individuelle, familiale et communautaire) : la thérapie familiale améliore les symptômes, le taux de rechutes, et le fonctionnement social et professionnel du patient.
- BUSTILLO (2001) montre l'intérêt de l'association de modalités diversifiées d'aide, de soutien, de formation, d'accompagnement des patients schizophrènes dans leur environnement familial et social.
- N'GUYEN (2001) évalue l'intérêt des thérapies familiales articulées à la thérapie institutionnelle et montre que les patients schizophrènes évoluent de façon plus favorable lorsque la thérapie institutionnelle est combinée à la thérapie familiale.
- MAGLIANO (2006) suggère dans une étude l'impact positif de la psychoéducation familiale sur le fonctionnement personnel, social et relationnel des patients schizophrènes.
- BARBATO et d'AVANZO (2000) ont comparé les effets des thérapies familiales systémiques, de la psychoéducation familiale et de méthodes intégrant les deux approches : aucune méthode ne fait preuve de sa supériorité par rapport aux autres, la participation du patient à des groupes sociaux et familiaux, l'engagement thérapeutique à long terme apparaissent comme des facteurs communs aux différentes approches.
- BRESSI (2008) démontre l'efficacité de la thérapie familiale systémique dans la schizophrénie, en terme d'amélioration des symptômes cliniques, de meilleure compliance au traitement médicamenteux et de diminution du nombre des rechutes.

La très grande majorité des études plaident en faveur de l'approche familiale associée à l'approche chimiothérapique et individuelle dans la schizophrénie, sans véritablement privilégier une approche familiale plutôt qu'une autre.

Les interventions psycho-éducatives familiales, les plus étudiées, semblent réduire le taux de rechute des patients, la durée des hospitalisations, la désintégration, faciliter la compliance aux médicaments et ont des effets sur le coût économique.

Cependant, il est parfois difficile de distinguer les effets de l'implication de la famille de ceux liés au soin intensif (BARBATO 2000).

Enfin, si les interventions familiales à long terme présentent une efficacité significative, les orientations théoriques et méthodologiques apparaissent secondaires.

V.2.2 Une prise en charge essentiellement ambulatoire de la maladie

Actuellement, l'essentiel du traitement des patients souffrant de schizophrénie se déroule dans le réseau ambulatoire, principalement constitué par la famille (KANNAS 2001). Très souvent la famille reste le milieu de vie de nos patients, lieu d'émergence des symptômes, lieu d'accueil et de rejet.

Dans les années 50, un patient hospitalisé en psychiatrie y séjournait en moyenne 300 jours par an et rechutait tous les 12 à 18 mois, autrement dit passait plus de la moitié de sa vie en psychiatrie.

La situation est de nos jours bien différente : la psychiatrie a associé la famille au soin, conséquence de la place décroissante de l'hospitalisation dans le traitement.

La combinaison optimum des différents traitements possibles permet de traiter un épisode aigu en quelques semaines et d'espacer bien davantage les rechutes.

Le patient schizophrène passe donc 95% de son temps chez lui, au sein de sa famille. La famille est donc devenue au fil des années le principal donneur d'aide au patient et subit en première ligne son comportement et ses vicissitudes. L'hospitalisation représente un mécanisme de régulation des tensions familiales au sein du duquel le processus psychotique est à la fois effet et cause. C'est pourquoi la famille a besoin d'être constamment, durablement et efficacement accompagnée tout au long de la prise en charge, soutenue dans

une négociation permanente, pour éviter l'épuisement et les mécanismes de rejet qui peuvent s'installer.

V.2.3 Des familles en souffrance mais compétentes

V.2.3.1 La souffrance familiale

L'entourage est souvent confronté à la maladie sans préavis, parfois à l'occasion d'un drame comme une tentative de suicide ou un accès de violence avec intervention de la gendarmerie.

Les membres de la famille se trouvent désemparés, démunis, absolument pas informés de la nature des troubles et de l'attitude à suivre. Les réactions sont multiples : déni des troubles, déni de la gravité, honte, culpabilité, sentiment d'isolement, refus d'en discuter...

Déstabilisés, ils refusent parfois d'admettre la réalité. Leur vécu est teinté d'angoisse, de honte, d'impuissance, de culpabilité et de méfiance initiale vis-à-vis des psychiatres stigmatisés (PETITBON 2000).

L'enquête épidémiologique approfondie menée par M Bungener (BUNGENER 1995) sur 1844 familles de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques, illustre la réalité du vécu des familles. La famille passe par les mêmes phases que le patient : choc, refus de la réalité pathologique puis acceptation des modifications apportées par la maladie. Elle souffre non seulement sur le plan affectif, mais aussi sur les plans professionnel, social et sanitaire : 28% des personnes interrogées ont dû modifier leurs activités professionnelles (les mères et les conjoints d'abord mais aussi la fratrie), les réductions ou arrêts d'activité touchent 51% des familles. L'expression morbide des contraintes subies par l'entourage se traduit aussi dans les altérations de l'état de santé (dépression, épuisement moral...).

La souffrance des familles est intense dans la schizophrénie (BENOIT 2006) car la maladie met en cause toutes les expériences relationnelles de la vie quotidienne et se fait incompréhension voire violence. Tout se passe comme si la désorganisation mentale d'un membre de la famille figeait l'évolution affective de certains proches.

Comme le souligne E Zarifian (ZARIFIAN 1999) : « *Les proches ont besoin de soutien face au trouble mental d'un des leurs, et en particulier celui d'un jeune dont le destin s'inclut dans la tragédie psychotique. Il s'agit là de réciprocité* ».

Il constate que « *ce sont les familles de jeunes schizophrènes qui sont le plus éprouvées* ».

Ainsi la famille souffre. Il est donc fondamental de respecter cette souffrance et de s'adresser aux familles le plus précocement possible, dès la première rencontre avec le patient.

V.2.3.2 Des familles compétentes

Les rencontres avec les familles sont toujours intéressantes : elles nous donnent une information sur les difficultés quotidiennes du patient, éclairent le mystérieux discours de ces derniers en lui donnant une intelligibilité et font preuve d'une véritable compétence.

G Ausloos (AUSLOOS 1995) développe la notion de compétence des familles : une façon de rendre à la famille sa compétence plutôt que de considérer ses manques. La famille est capable de résoudre des problèmes qui se posent à elle, il s'agit donc d'activer les processus dans lequel elle pourra observer, expérimenter, changer.

Ausloos défend deux postulats :

« *Une famille ne peut se poser que des problèmes qu'elle est capable de résoudre* ».

« *L'information pertinente est celle qui vient de la famille* ».

Faire circulariser l'information permet de chercher l'information pertinente « *celle qui vient du système et qui va y retourner pour informer le système sur son propre fonctionnement* ».

La rigidité des transactions et des échanges émotionnels dans leur relation caractérise les familles de psychotiques. La circularisation de l'information active le processus familial et permet à la famille de trouver des solutions, des auto-solutions, qui découlent des nouvelles informations dont disposent les membres de la famille.

Il n'existe pas un type de famille qui produise une pathologie spécifique. G Ausloos préfère parler de famille fonctionnant autrement plutôt que de familles dysfonctionnelles. Il affirme

qu'il n'y a pas de famille résistante mais des familles qui manquent d'informations et des thérapeutes impatients. Le temps est un allié précieux car les familles ont besoin de temps, pour observer, expérimenter, changer et trouver ses propres solutions en activant ses ressources.

Donc, « les familles ont donc des compétences nécessaires pour effectuer les changements dont elles ont besoin à condition qu'on leur laisse expérimenter leurs autosolutions et qu'on active le processus qui les y autorise ».

Cela modifie évidemment la position du thérapeute : la famille n'est plus considérée comme coupable de tous les maux de leur enfants mais au contraire, avec des compétences.

V.2.4 Un besoin institutionnel

V.2.4.1 Les difficultés de la rencontre familiale

Il n'est pas toujours facile dès les premiers contacts avec le patient, d'impliquer sa famille dans le travail thérapeutique. Elle n'est pas toujours demandeuse d'une écoute et peut se montrer agressive, écorchée vive, envahissante ou exigeante, cela d'autant plus qu'elle est inquiète.

De plus, la formation du psychiatre, ses habitudes et le contexte de travail contribuent à l'individualisation de la demande.

L'hospitalisation sous la contrainte peut venir compliquer la rencontre de la famille, qui est partagée entre la volonté du patient et la décision de soin du milieu médical. Il n'est pas rare de voir se mettre en place des relations symétriques entre la famille et l'institution hospitalière, la famille exprimant par le recours à la loi de 1990 sa difficulté de fonctionner mais ne souhaitant pas forcément ou craignant les changements engendrés par l'hospitalisation.

Cette escalade symétrique peut être atténuée par la rencontre avec la famille et les projets élaborés avec le patient auront plus de chance de se concrétiser si la famille y a participé.

V.2.4.2 La contamination psychotique

La fréquence des scissions relationnelles dans l'univers soignant est tout à fait similaire à celles constatées dans les relations familiales des patients (BENOIT 2003 ; 2006).

Les modes de manipulation pathogène dans les familles de psychotiques observés par M Selvini (instigation et imbroglia) sont retrouvés entre les patients et l'institution et entre les soignants eux-mêmes. L'institution toute entière est concernée par l'effervescence chaotique issue des analogies fonctionnelles avec ces familles qui lui apportent leur confusion.

Les scissions relationnelles entre les soignants dans leur travail quotidien en institution sont similaires à l'ambivalence psychotique du schizophrène qui contamine le climat quotidien des soins. Ces scissions, reflet des manipulations familiales chez les patients, se retrouvent dans les conduites et les aspects gestionnaires de l'hôpital psychiatrique : scissions dans les équipes, conflits courants, scissions dans l'organisation du service et des structures sectorielles, dans les relations avec les instances gestionnaires.

Dans cette contamination relationnelle, on observe la réalité concrète des intrusions familiales dans les relations institutionnelles. Nul n'échappe aux doubles liens familiaux introduits avec chaque patient dans l'institution.

Comment alors garder un pouvoir thérapeutique dans ces confusions induites et comment mettre au point et appliquer des techniques de concordance dans le projet de soin ?

L'infiltration du pouvoir pathogène est le témoin de l'oubli des familles des patients.

Il s'agit donc de créer un contexte global thérapeutique intégrant les proches et les intervenants soignants pour tisser des liens institution-famille le plus précocement possible et permettre à chacun de s'engager sur un terrain commun. Les poussées aiguës de la maladie sont des moments propices à une intervention réorganisatrice au niveau du système familial concerné.

Enfin, l'implication des membres de la famille des patients dans les soins aide les intervenants à prendre de la distance avec le trouble immédiat et à s'occuper directement de l'environnement de chaque patient.

V.3 La pluralité des approches familiales

V.3.1 L'actualité des thérapies familiales

V.3.1.1 Les thérapies familiales aujourd'hui

Il existe une grande variété de thérapies familiales : thérapies familiales systémiques, d'orientation stratégique, structurale, contextuelle, constructiviste... thérapies familiales d'orientation analytique...

La pratique de ces thérapies nécessite une formation spécifique des thérapeutes.

La thérapie familiale dans la prise en charge de la schizophrénie a peu à peu déserté le terrain, avec des théories trop focalisées sur les facteurs familiaux sans inclure les autres.

En France, peu de patients schizophrènes semblent être suivis en thérapie familiale.

Pourtant, les thérapies familiales actuelles adoptent un point de vue qui inclut les facteurs extra-familiaux : on parle de modèle éco-systémique ou éco-familio-systémique plutôt que de thérapie familiale au sens strict (KANNAS 2001). Le travail avec les familles est complémentaire d'un traitement combiné global et non la « cure » d'une maladie « fondamentale ». Une telle perspective entraîne des effets majeurs sur le projet, ses résultats, et sur l'acceptabilité de telles thérapies familiales.

Pour J Miermont (MIERMONT 1997), le vocable « thérapie familiale » est un terme générique qui permet de rendre compte d'un ensemble de pratiques et de théories où des consultations associent plusieurs personnes d'une même famille dans une perspective d'aide, de soutien, de soin, sans exclure pour autant d'autres modalités thérapeutiques.

Soulignant l'incidence notable du travail avec les familles sur la réduction des risques de mort et la diminution de la violence, il insiste sur la différenciation, la coordination et la hiérarchisation des niveaux d'intervention thérapeutique qui permet d'éviter les impasses dangereuses des réponses linéaires.

Selon lui, les thérapies familiales proposent des modalités d'intervention dont la spécificité, liée au déploiement de niveaux organisationnels apparemment très éloignés des sites d'action

des neuroleptiques, participe à la requalification des interventions chimiothérapeutiques, psychothérapeutiques et sociothérapeutiques.

Enfin, pour J Miermont, il n'existe pas un seul type de thérapie familiale, mais plusieurs, qui réclament des modes et des styles d'engagement diversifiés, ainsi que des moyens et des dispositifs qui varient selon la « lourdeur » ou la complexité des situations rencontrées.

La thérapie familiale ne peut s'appliquer comme telle à l'abord des familles de patients schizophrènes. Elle vient dans un second temps, alors que le patient est pris en charge individuellement et souvent institutionnellement (hospitalisation temporaire, traitement chimiothérapeutique, thérapie individuelle de soutien, remédiation cognitive, sociothérapie...), en tenant compte du contexte et de la demande du patient et de sa famille (BANTMAN 2001).

V.3.1.2 Un exemple de thérapie familiale « reconfirmatrice »

En s'appuyant sur les effets pathogènes des triangulations « disconfirmatrices », JL Linraes et coll (LINARES 2001) proposent une thérapie « reconfirmatrice » axée sur le blocage des tendances intrafamiliales disconfirmatrices.

Dans les triangulations disconfirmatrices, les parents engagés dans une bataille sans fin, impliquent leurs enfants, recherchant des alliés qui puissent maintenir le combat équilibré. L'enfant triangulé constate amèrement que le feu passionnel de ses parents brûle sur son identité propre. Il existe des variations de triangulations disconfirmatrices dans lesquelles s'insèrent d'autres membres signifiants de la constellation relationnelle. Dans tous les cas, la disconfirmation triangulaire comporte un aspect de comparaison offensive : celui qui en souffre a près de lui, quelqu'un qui jouit de l'attention et de l'intérêt qu'il serait en droit d'attendre.

La thérapie familiale des psychoses est ici comprise comme un processus de reconfirmation qui vise à casser le « jeu psychotique dans la famille », en assouplissant le rôle et en favorisant les relations dyadiques. La thérapie permet à chacun d'ajuster sa position dans le système pour empêcher la situation de se perpétuer et faciliter la libération du patient du processus destructeur dans lequel il est impliqué.

Le travail thérapeutique vise à diminuer l'effet du déni en favorisant la reconnaissance du patient dans les situations relationnelles et en désactivant les mécanismes disconfirmateurs

habituels. Il s'agit d'insérer une nouvelle triangulation à tonalité clairement reconfirmatrice, pour arriver à une configuration relationnelle ouverte, sans triangulation véhiculant le déni. Les thérapeutes doivent être particulièrement attentif à ne pas se laisser prendre dans des jeux disconfirmatoires.

Parmi les interventions possibles : clarifier les messages ambigus et culpabilisants, renforcer et le sous-système parental et le différencier, replacer les différents sous-systèmes hiérarchiquement, redéfinir les fonctions des membres envahisseurs issus du supra-système, faire émerger un mythe familial qui favorise la reconnaissance de la valorisation... pour que le patient schizophrène se réapproprie la responsabilité de ses actes et prenne part activement au processus de récupération de sa propre personne et de sa famille.

V.3.1.3 Thérapie Familiale systémique ou Thérapie Psychoéducative familiale ?

On oppose classiquement thérapie familiale systémique et thérapie psychoéducative familiale. La comparaison entre la thérapie familiale systémique et la thérapie psychoéducative familiale fait ressortir des différences en ce qui concernent les méthodes, les objectifs, les indications et les ambitions de ces deux approches (CHAMBON 2004).

La thérapie psychoéducative familiale, liée au comportementalisme, se fonde sur une conception biopsychosociale de la maladie, la famille n'a pas une influence causale mais influence son évolution. La famille n'a pas besoin d'être traitée mais doit travailler ses habilités à gérer la maladie et le stress.

L'objet est la maladie du patient, les membres de la famille font partie de l'équipe thérapeutique, avec des compétences, distinctes de celles des soignants. On vise l'allègement du fardeau émotionnel quotidien et la réduction des soucis liés aux aléas de la vie en société avec un membre de la famille, il s'agit donc d'acquérir des habilités pour faire face à la maladie. Les résultats souhaités sont la réduction des symptômes, l'amélioration du fonctionnement du patient, la diminution du fardeau émotionnel et de l'isolement de la famille.

En thérapie familiale systémique, la famille et ses interactions sont l'objet de l'intervention, les membres de la famille sont censés être la cible du traitement.

L'objectif est l'amélioration des interactions dysfonctionnelles, de la communication et la réorganisation de la famille.

La famille toute entière est considérée en souffrance, au même titre que le patient « désigné », la prise en charge ne concerne pas la maladie proprement dite.

Cependant, S Kannas (KANNAS 2001) refuse d'opposer radicalement les deux approches. D'une façon générale, aucune psychothérapie n'est exempte d'apprentissage, par imitation du thérapeute ou par l'apprentissage de solutions générales (les approches stratégiques ou structurales comportent aussi l'aspect résolution de problème) ; à l'opposé, les interventions purement pédagogiques de la psychoéducation familiale ne peuvent s'exonérer des aspects relationnels.

V.3.2 Les entretiens familiaux institutionnels

V.3.2.1 Pratiques familiales en psychiatrie de secteur

M Godfryd (GODFRYD 1984) s'intéresse aux approches familiales en psychiatrie publique de secteur et nous donne un exemple d'entretiens familiaux institutionnels, qu'il considère comme un outil de travail irremplaçable, adapté à l'institution et s'intégrant dans une approche éco-systémique.

Il constate que la famille, le plus souvent présente au début de l'action (début des troubles schizophréniques), est le plus souvent absente à l'arrivée du patient en milieu psychiatrique.

Le patient est à la fois perçu comme « membre de lui-même », modèle médical linéaire justifiant une prise en charge individuelle, mais également comme « membre de son système familial », modèle systémique circulaire nécessitant un abord familial. De banale entrevue, la rencontre avec la famille devient modalité heuristique et thérapeutique.

Le premier entretien est capital : le thérapeute montre que l'on se voit pour échanger et progresser ensemble, il observe la nature des communications intra-familiales, la structure et les traditions de la famille ; de plus, la nature de la relation soignant-soigné se définit à travers les interactions observées.

Comment et quand contacter la famille si elle ne se manifeste pas ?

Où doit se dérouler le premier entretien ?

A quel moment de la prise en charge doit se situer le premier entretien familial ?

Qui participe à cette rencontre ? Quels soignants ? Quels membres de la famille ?

Si les réponses varient et sont à adapter en fonction de chaque patient, de chaque famille, de chaque situation et des pratiques institutionnelles, ces interrogations sont indispensables pour penser la rencontre familiale.

Après les premiers entretiens, deux options s'offrent au thérapeute : la thérapie familiale (dans le but de modifier la structure et le fonctionnement de la famille) ou la poursuite des entretiens familiaux collectifs, « centrés sur le patient ». Là encore, le choix dépend du patient et de sa famille, du psychiatre et de l'institution.

L'entretien collectif familial apparaît dans certaines conditions le plus adapté pour fournir un outil institutionnel viable et fonctionnel. Ces rencontres permettent d'aborder et de régler ensemble des problèmes posés à tous. Aucune décision d'ordre familial, professionnel ou social n'est prise en dehors de ces rencontres. La famille est systématiquement vue en présence du patient.

Pour M Godfryd, chaque entretien, structuré dans le temps et dans l'espace, se compose de cinq phases :

- une phase de préparation qui réunit les intervenants soignants et précède la rencontre ;
- l'entretien familial, de durée variable, en fonction de chaque situation ;
- un « temps mort » peut être décidé à tous moments de l'entretien ;
- une synthèse réunit ensuite les thérapeutes, pendant que la famille attend. A ce moment s'élabore un projet, une prescription, une connotation positive... ;
- la séance se termine par un projet, une prescription ou un simple recadrage ;
- enfin, les thérapeutes se réunissent sans le patient ni sa famille, pour récapituler ce qui vient de se dérouler.

Enfin, M Godfryd souligne l'importance de distinguer la première hospitalisation en psychiatrie car pour un certain nombre de patients psychotiques, ce peut être le début d'une « carrière de schizophrène ».

Les différentes modalités de l'approche systémique en psychiatrie de secteur ne constituent pas de réponses toutes faites mais au contraire des solutions qui restent à définir, pour chaque cas, à tout moment.

V.3.2.2 Entretiens collectifs familio-systémiques

Plus récemment, JC Benoit (BENOIT 2003 ; 2006) défend la pratique d'entretiens familio-systémiques, indispensable pour prévenir les manipulations paralysantes de la contamination psychotique institutionnelle. S'appuyant sur les travaux de G Bateson, créateur de la théorie écosystémique de la communication, il montre l'efficacité conceptuelle et concrète de l'approche familiale dans l'accompagnement et le soin des patients schizophrènes, car « *tout malade mental a une famille prête à l'aider et à être aidé* ».

Le patient est toujours présent dans ces entretiens collectifs dans l'institution psychiatrique, le maintien de sa présence volontaire est le seul garant de la venue d'informations relationnelles. Une règle de loyauté absolue doit être appliquée constamment par le psychiatre ou le soignant responsable, en ce qui concerne toute relation avec un membre de la famille. Le patient conserve une position centrale dans le système thérapeutique qui unit les siens, les soignants et les autres protagonistes institutionnels.

Les rencontres entre le patient et sa famille sont confiées à la gestion de ce dernier, en ce qui concernent leur moment, la durée et la composition du groupe. De son côté, le psychiatre organise la présence des membres concernés de l'équipe soignante.

Chaque symptôme peut être considéré comme un message occulté, une tentative d'influencer une relation. Au cours de ces entretiens familio-systémiques, il s'agit pour le thérapeute d'entrer dans la famille à l'aide des messages occultés apportés par le patient, et de lever les ambiguïtés relationnelles pathogènes. La méthode des entretiens collectifs a pour modèle une forme de reconstruction dialoguée de la dynamique familiale.

Alors que la lutte pour le pouvoir est constante dans l'univers des psychotiques (ces patients réclament des interventions urgentes, contraignantes, prolongées ou répétitives), les approches familio-systémiques inversent le problème : compréhension affective, élargissements des contacts, confiance dans une évolution positive.

Ces prises en charge familiales institutionnelles doivent nécessairement être soutenues par un processus généralisé de rencontres entre soignants, une « méthode de réunions » générale et bien organisée.

L'implication exigée des participants les plus concernés, membres de l'équipe institutionnelle et membres de la famille, ouvre au patient un champ d'expression qu'il a perdu ou dont on le prive de façon constante.

Le placement imposé dans un établissement spécialisé et les soins contraints prennent alors un sens pour le patient lui-même, lui donnant de façon claire la restitution de sa capacité d'évoluer, et aussi de faire évoluer ses proches et ses soignants, simultanément à ses propres progrès vers la santé. Il s'agit de faire se révéler les ressources affectives des soignants tout autant que celles des patients et des membres de ces familles, libérer les potentiels latents de croissance collective, en donnant à chaque personne impliquée vitalité et créativité.

Le travail familio-systémique s'acquiert dans une formation spécialisée et par l'élargissement d'une implication intime des soignants, tant en équipe qu'en proximité croissante avec des patients et leurs proches, qui deviennent alors moins troublants parce que mieux compris.

V.3.3 Les associations de familles

Les associations de familles se sont multipliées ces dernières années, dans une volonté de soutien et d'information aux familles de patients souffrant de troubles mentaux. L'Union Nationale des Amis et Famille de Malades psychiques (l'Unafam) et des associations spécifiques à la schizophrénie apportent aux familles une aide précieuse et peuvent représenter un médiateur non négligeable entre famille et soignant.

V.3.3.1 L'Unafam

L'Union Nationale des Amis et Famille de Malades psychiques¹ est fondée à Paris le 4 août 1963 par quelques familles soutenues par des psychiatres qui pensaient que la représentation des familles devait être organisée.

L'Unafam est créée avec le soutien de la Ligue française d'hygiène et de prophylaxie mentale, devenue par la suite la Ligue française d'hygiène mentale.

L'union regroupe des familles qui partagent les préoccupations de la Ligue et ne cesse de croître. La vocation d'entraide, d'information, d'accueil et de soutien répond depuis 40 ans aux besoins de ces familles.

Reconnue d'utilité publique depuis 1968, l'Unafam regroupe plus 12500 familles. Les adhérents sont répartis dans 97 sections départementales.

1500 bénévoles y travaillent et assurent ainsi :

- l'entraide et la formation par l'accueil dans les permanences locales et l'information des familles,
- l'action dans l'intérêt général par l'orientation vers les lieux de soins ou d'insertion, la représentation des usagers, la participation des instances consultatives chargées de définir la politique de santé mentale (intervention active lors de l'élaboration du plan de santé mentale et de la loi du 11 février 2005), la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement, la promotion de la recherche.

Ces activités sont assurées par des permanences locales, un service d'écoute téléphonique écoute-famille (plusieurs dizaines de milliers d'appels par an sur le territoire national), des services de consultations spécialisées, une revue trimestrielle et un congrès annuel.

Les membres diffusent une information globale avec pédagogie et chaleur humaine, tout en aidant concrètement les familles et en essayant d'apporter une solution au jour le jour.

V.3.3.2 Les associations spécialisées

La plupart des associations de familles de patients schizophrènes possèdent un site Internet qui facilite l'accès aux familles.

¹ <http://www.unafam.org/accueil.html>

Pour en citer quelques unes :

- l'Association mondiale de la schizophrénie et des maladies apparentées ²
- Schiz'ose dire ³
- L'avenir de nos enfants ⁴
- A3 Jura ⁵
- Schizo-espoir Alsace ⁶

On trouve sur ces sites Internet les principales activités de l'association et son organisation, des informations relatives à la schizophrénie et ses traitements, des liens vers une documentation scientifique et des ouvrages de référence, des adresses utiles, des conseils pratiques, des témoignages de familles, la possibilité de dialoguer en ligne ou de se rencontrer...

Des guides à l'intention des familles sont également disponibles comme par exemple *Vivre Avec (Prelapse)*⁷ et un numéro de la brochure *Schiz'ose dire*.

Ces guides, diffusés par l'intermédiaire des laboratoires pharmaceutiques, tentent de répondre simplement aux différentes questions soulevées par la schizophrénie d'un proche.

V.4 Au-delà des théories et des idéologies

V.4.1 Vers une perspective éco-étho-anthropologique

J Miermont (MIERMONT 2001 ; 2004) souligne la nécessité d'une approche intégrative, multidimensionnelle et prudente des apports des divers courants qui traversent le champ clinique de la schizophrénie. Les tentatives de compréhension et de traitement des patients schizophrènes obligent à faire coexister des méthodologies relevant de sciences « dures » et des méthodologies relevant de sciences « humaines ».

² <http://français.world-schizophrenia.org/>

³ <http://www.schizosedire.com>

⁴ <http://www.adne.org>

⁵ <http://www.schizophrenie-a3jura.ch/>

⁶ <http://schizo-espoir.chez-alice.fr>

⁷ <http://www.perso.ch/rehab/va2.htm>

La conception éco-étho-anthropologique s'inscrit dans le paradigme de la complexité : complexité des procédures de modélisation, complexité des situations cliniques, complexité de l'organisation des soins et des actions thérapeutiques. Elle tente d'éviter les explications et pratiques simplificatrices : les explorations psychodynamiques, systémiques, cognitivistes et comportementales, humanistes... sont moins des modèles qu'il s'agirait d'appliquer, ou vers lesquels il faudrait tendre, que des outils méthodologiques.

Pour J Miermont, l'existence d'oppositions éventuellement incompatibles (pragmatiques et/ou épistémologiques) devient l'expression de propriétés inhérentes à la dynamique, la complexité et l'autonomie des systèmes humains les plus évolués.

D'un point de vue éco-étho-anthropologique, « *la famille apparaît comme une unité écosystémique, créant des solidarités de destinée dans l'espace-temps, caractérisée par des opérateurs rituels, mythiques, épistémiques qui organisent les échanges par l'interférence des processus phylogénétiques, ontogéniques et culturogénétiques* ».

La famille et la société ne sont plus considérées comme des emboîtements ayant la forme de poupées russes. Il existerait un continuum d'intrications entre l'organisation du corps, du cerveau, de la psyché, de la personne, de la famille, des communautés. Les frontières qui délimitent ces différentes organisations sont caractérisées par des interfaces complexes, permettant le va-et-vient incessant d'entités matérielles, énergétiques et informationnelles qui échangent leurs propriétés et se transforment en fonction de leurs positionnements et de leurs trajectoires.

Si l'on considère la diversité des organisations familiales, à un pôle de ce continuum, l'essentiel de ses problèmes pourrait être appréhendé par la réunion de ses membres, et l'exploration des représentations que ceux-ci sont susceptibles de produire de leurs fantasmes, de leur histoire, de leur interaction.

A l'autre pôle de ce continuum, la démarche clinique proviendrait principalement d'apports extérieurs : expériences institutionnelles, connaissances spécialisées concernant les troubles mentaux et comportementaux, en quelque sorte « transfusées » à la famille en souffrance.

Le travail thérapeutique avec les familles tend à montrer qu'un « projet thérapeutique global » relève de *hiérarchies enchevêtrées* : les familles deviennent dépendantes de ce « *projet*

thérapeutique global » en même temps que celui-ci est dépendant du « *projet familial global* ».

L'élaboration du diagnostic et l'information faite au patient et à la famille nécessitent des procédures complexes et évolutives, qui doivent tenir compte de la diversité des conceptions qui cherchent à appréhender la constellation de la schizophrénie. La circulation des connaissances et des savoir-faire suppose un va-et-vient entre familles et thérapeutes.

La thérapie familiale apparaît comme un dispositif spécifique qui prend sa valeur dans une reconnaissance réciproque des autres dispositifs thérapeutiques et dans une articulation fonctionnelle avec celle-ci.

Selon J Miermont il est nécessaire de concevoir des modèles multipolaires de thérapie impliquant :

- une relation suivie pour le patient avec un psychiatre prescrivant une chimiothérapie ;
- des entretiens familiaux ayant une fonction de soutien thérapeutique, d'accès aux hiérarchies des apprentissages sociaux de ritualisations des échanges, de reconnaissance des singularités comportementales, émotionnelles et cognitives des divers membres de la famille, d'affrontement lent et progressif aux contraintes relationnelles ;
- des soutiens communautaires dans des lieux de vie spécifiques permettant une différenciation des activités du patient ;
- une coordination souple et adaptée aux circonstances entre les différents responsables de ces polarités thérapeutiques, permettant une action sur l'interface des frontières de la famille et des réseaux sociaux impliqués.

V.4.2 L'alliance thérapeutique

Depuis plusieurs années se sont développées conjointement des approches spécifiques de la famille, qui en ont commun de rechercher l'alliance thérapeutique (BANTMAN 2001 ; 2002), pierre angulaire de la relation patient/famille/soignant.

Dans cette alliance, plusieurs personnes se joignent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts et adopter les mêmes attitudes ou les mêmes comportements.

L'alliance thérapeutique est du côté de la constitution d'un lien et d'une lecture commune d'une situation.

Le cadre des premières hospitalisations est fondamental dans ce qui est en jeu comme alliance possible entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. Il permet d'aborder la question de la séparation, celle de la mobilisation de l'entourage, de passer d'une logique individuelle à une logique collective.

Une fois écartée la méfiance réciproque, le dialogue peut s'engager et permet à la famille de retrouver un rôle actif avec des parents revalorisés par la découverte de leurs capacités d'aide pour leur enfant.

Aucune des approches familiales décrites précédemment n'a de pertinence pour toutes les familles et à toutes les étapes de la maladie schizophrénique.

La prise en charge familiale intervient en complémentarité de la prise en charge individuelle du patient.

Ce travail d'alliance ne peut se limiter à un rôle d'information psychoéducatif mais doit s'intégrer dans un réel partenariat thérapeutique.

Nous devons éviter dans le travail avec les familles, une idéologie trop dogmatique, éviter le monolithisme d'une seule approche et d'un seul modèle. L'abord de la famille doit s'intégrer à la prise en compte de l'environnement global du patient, dans le cadre d'une alliance thérapeutique.

Le plus important est l'investissement du thérapeute et sa capacité à susciter l'alliance thérapeutique avec la famille. Au-delà de l'approche familiale utilisée (thérapie familiale, psychoéducation familiale, rencontre institutionnelle...), le travail d'alliance thérapeutique doit à la fois prendre en compte la dimension du patient, celle de sa famille et de son environnement social.

Lorsqu'un partenariat s'installe entre le patient, sa famille et le monde médical, l'état du malade s'améliore de manière notable.

S'il semble déterminant de s'adapter au contexte de la famille et du patient dans la rencontre, l'essentiel est donc le travail d'alliance thérapeutique avec la famille, en vue d'une collaboration.

CONCLUSION

« Faire de la thérapie n'est pas résoudre des problèmes ou corriger des erreurs mais se plonger dans le mystère des familles et de la rencontre ».

Guy AUSLOSS

L'approche familiale est incontournable dans la prise en charge de la schizophrénie.

La perspective intégrative bio-psycho-sociale a replacé la problématique schizophrénique dans un contexte interactionnel associant la famille et l'environnement.

Les théories culpabilisantes sur la famille sont aujourd'hui abandonnées : la nécessité de travailler avec les familles est désormais démontrée à travers les études et les expériences des psychiatres et thérapeutes auprès des patients.

L'évolution des pratiques et des approches théoriques, le contexte économique de la psychiatrie publique et la prise en charge essentiellement ambulatoire de la schizophrénie ont changé le statut des familles, désormais partenaires thérapeutiques incontournables.

La thérapie familiale naît dans les années 50 à travers la question du double lien décrit par Gregory Bateson dans la schizophrénie.

De nos jours, le travail familial peut prendre des formes très différentes selon le contexte de soin, l'évolution de la maladie et la formation des intervenants : entretiens familiaux institutionnels, psychoéducation familiale, thérapie familiale...

Les familles et les patients s'appuient également sur l'aide trouvée auprès des associations.

Il ne s'agit pas de prendre en compte le fonctionnement familial comme cause ou conséquence du fonctionnement du patient mais d'utiliser la complémentarité famille/patient dans la prise en charge thérapeutique de la schizophrénie.

Cependant en France, le travail avec les familles de patients schizophrènes n'est pas systématique. Les réticences de certains milieux professionnels, les habitudes thérapeutiques héritières d'une tradition médicale centrée sur le secret et la confidentialité ou encore certaines méfiances à l'égard des familles longtemps écartées du soin peuvent expliquer cette réalité pratique.

Il semble pourtant indispensable, comme en témoignent modestement les exemples cliniques et les arguments théoriques de ce travail de thèse, de dépasser les clivages, favoriser les rencontres systématiques et précoces avec ces familles, pour renforcer les liens unissant famille et psychiatrie.

L'approche familiale de la schizophrénie doit s'articuler avec les autres thérapeutiques de la maladie (psychothérapie individuelle, traitement médicamenteux, remédiation cognitive, prise en charge sociale...) dans un travail de co-thérapie élargie et articulée.

Le travail familial n'est pas exclusif d'une approche spécifique mais s'intègre à l'environnement global du patient dans le cadre d'une alliance thérapeutique et d'une collaboration.

Au delà des théories et du type d'approche utilisés, il s'agit d'un engagement commun patient/famille/soignants.

ANNEXES

ANNEXE 1: DSM IV (American Psychiatric Association 1994)

Critères diagnostiques de la Schizophrénie

A. *Symptômes caractéristiques*: Deux ou plus des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement):

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé (c'est à dire coq-à-l'âne fréquent ou incohérence)
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) symptômes négatifs, par exemple : émoussement affectif, alogie ou perte de volonté

N.B.: Un seul symptôme du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. *Dysfonctionnement social des activités*: Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. *Durée*: Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins un mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A, c'est à dire symptôme de la phase active et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (par exemple croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. *Exclusion d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble de l'humeur*: Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés, soit (1) parce qu'aucun épisode majeur dépressif, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. *Exclusion d'une affection médicale générale due à une substance*: la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est à dire une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F. *Relation avec un trouble envahissant du développement*: En cas d'antécédents de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont

également présentes pendant au moins un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement.

Sous- types de la Schizophrénie

F 20 .0x Type paranoïde (295.30)

Un type de Schizophrénie qui répond aux critères suivants:

- A. Une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes.
- B. Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abrasé ou inapproprié.

F20.1x Type désorganisé (295.10)

Un type de Schizophrénie qui répond aux critères suivants:

- A. Toutes les manifestations suivantes sont au premier plan:
 - (1) discours désorganisé
 - (2) comportement désorganisé
 - (3) affect abrasé ou inapproprié
- B. Ne répond pas aux critères du type catatonique.

F 20.2x Type catatonique (295.20)

Un type de Schizophrénie dominé par au moins deux des manifestations suivantes:

- (1) immobilité motrice se manifestant par une catalepsie (comprenant une flexibilité cireuse catatonique) ou une stupeur catatonique
- (2) activité motrice excessive (apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures)
- (3) négativisme extrême (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou maintien d'une position rigide s'opposant aux tentatives destinées à la modifier) ou mutisme
- (4) particularités des mouvements volontaires se manifestant par des positions catatoniques (maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre), des mouvements stéréotypés, des maniérismes manifestes, ou des grimaces manifestes
- (5) écholalie ou échopraxie

F20.3x Type indifférencié (295.90)

Un type de Schizophrénie comprenant des symptômes répondant aux Critères A, mais ne répondant pas aux critères du type paranoïde, désorganisé, ou catatonique.

F20.5x Type résiduel (295.60)

Un type de Schizophrénie qui répond aux critères suivants:

A. Absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de discours désorganisés, et de comportements grossièrement désorganisés ou catatoniques.

B. Persistance d'éléments de la maladie, comme en témoigne la présence de symptômes négatifs ou de deux ou plusieurs symptômes figurant dans le Critère A de la schizophrénie, présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres, perceptions inhabituelles)

Classification de l'évolution longitudinale de la schizophrénie

Ces spécifications ne peuvent s'appliquer qu'après un délai d'un an à partir de la survenue des symptômes de la phase active initiale.

Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes

Cette spécification s'applique quand l'évolution est caractérisée par des épisodes au cours desquels le critère A de la schizophrénie est rempli et quand il y a des symptômes résiduels cliniquement significatifs entre les épisodes. *Avec symptômes négatifs prononcés* peut être ajouté si des symptômes négatifs prononcés sont présents au cours de ces périodes résiduelles.

Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes

Cette spécification s'applique quand l'évolution est caractérisée par des épisodes au cours desquels le critère A de la schizophrénie est rempli et quand il n'y a pas de symptômes résiduels cliniquement significatifs entre les épisodes.

Continue

Cette spécification s'applique quand les symptômes caractéristiques du critère A sont remplis tout au long (ou presque) de l'évolution. *Avec symptômes négatifs prononcés* peut être ajouté si des symptômes négatifs prononcés sont également présents.

Episode isolé en rémission partielle

Cette spécification s'applique quand il y a eu un seul épisode au cours duquel le critère A de la schizophrénie était rempli et quand il persiste des symptômes résiduels cliniquement significatifs. *Avec symptômes négatifs prononcés* peut être ajouté si ces symptômes résiduels incluent des symptômes négatifs prononcés.

Episode unique en rémission complète

Cette spécification s'applique quand il y a eu un seul épisode au cours duquel le critère A de la schizophrénie était rempli et quand il ne persiste aucun symptôme résiduel cliniquement significatif.

Autre cours évolutif ou cours évolutif non spécifié

Cette spécification est employée si un autre cours évolutif ou si un cours évolutif non spécifié a été présent.

ANNEXE 2 : CIM 10 (OMS 1997)

F20 Schizophrénie

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06-2, ceux induits par des substances psycho-actives étant à classer en F10-F19 avec le quatrième chiffre 5.

A l'exclusion de la réaction schizophrénique (F23-2), de la schizophrénie aiguë (indifférenciée) (F23-2), de la schizophrénie cyclique (F25-2) et du trouble schizotypique (F21).

F20-0 Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

Schizophrénie paraphrénique

A l'exclusion de l'état paranoïaque d'involution (F22-8), de la paranoïa (F22-0).

F20-1 Schizophrénie hébéphrénique

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence, au premier plan, d'une perturbation des affects ; les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible ; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes "négatifs", concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes.

Hébéphrénie

Schizophrénie désorganisée

F20-2 Schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant alterner d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée. La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues.

Catalepsie schizophrénique

Catatonie schizophrénique

Flexibilité cireuse catatonique

Stupeur catatonique

F20-3 Schizophrénie indifférenciée

Etats psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20-0-F20-2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques.

Schizophrénie atypique

A l'exclusion de la dépression post-schizophrénique (F20-4), la schizophrénie chronique indifférenciée (F20-5), du trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (F23-2).

F20-4 Dépression post-schizophrénique

Épisode dépressif, éventuellement prolongé, survenant au décours d'une maladie schizophrénique. Certains symptômes schizophréniques "positifs" ou "négatifs" doivent encore être présents, mais ne dominent plus le tableau clinique. Ce type d'état dépressif s'accompagne d'un risque accru de suicide. Si le patient ne présente plus aucun symptôme schizophrénique, on doit faire un diagnostic d'épisode dépressif (F32—). Si les symptômes schizophréniques restent florides et au premier plan de la symptomatologie, on doit garder le diagnostic de la forme clinique appropriée de schizophrénie (F20-0-F20-3).

F20-5 Schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes "négatifs" durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.

État résiduel schizophrénique

Restzustand (schizophrénique)

Schizophrenie chronique indifférenciée

F20-6 Schizophrenie simple

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques "négatives" de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de la volonté, etc...) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste.

F20-8 Autres formes de schizophrenie

Accès schizophréniforme

Psychose schizophréniforme

Trouble schizophréniforme

Schizophrenie cénestopathique

A l'exclusion de : trouble schizophréniforme de courte durée (F23-2).

F20-9 Schizophrenie, sans précision

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN N. *Treating the troubled family.* New York, Basic Books, 1966.

ANDERSON C, HOGARTY G, REISS DJ. *Family treatment of adult schizophrenic patients. A psychosocial approach.* Schizophr Bull 1980 ; 6 : 490-505.

American Psychiatric Association (APA) *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders.* DSM IV, Washington DC, 1994.

AUSLOOS G. *La compétence des familles. Temps, chaos, processus.* Ramonville Saint Agne, Eres, 1995.

BANTMAN P, PARAGE N. *La question de l'alliance thérapeutique avec la famille dans le traitement de la schizophrénie.* Deuxième conférence de consensus sur le traitement de la schizophrénie...Trois ans après, Ligue belge de schizophrénie, Kortenberg, 29 novembre 2001.

BANTMAN P, PARAGE N. *La question de l'alliance thérapeutique avec la famille dans le traitement de la schizophrénie. Réflexions et perspectives cliniques actuelles.* L'Information Psychiatrique 2002 ; 78(9) : 891-99.

BARBATO A, D'AVANZO B. *Family interventions in schizophrenia and related disorder : a critical review of clinical trials.* Acta Psychiatr Scand. 2000 ; 102(2) : 81-97.

- BARROWCLOUGH C, TARRIER N, LEWIS S, SELLWOOD W, MAINWARING J, QUINN J, HAMLIN C.** *Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia.* Br J Psychiatry 1999 ; 174 : 505-11.
- BARROWCLOUGH C, HADDOCK G, TARRIER N, LEWIS S, MORING J, O'BRIEN R, SCHOFIELD N, MCGOVERN J.** *Randomised controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorder.* Am J Psychiatry 2001 ; 158(10) : 1706-13.
- BATESON G.** *Toward a theory of schizophrenia.* Behavioral Sciences 1956 ; 1(4) : 251-64.
- BATESON G.** *Steps to an Ecology of Mind.* New York, Chandler Publishing Company.
Traduction française *Vers une écologie de l'esprit.* Paris, Essais, Le Seuil, Tome I, 1977 ; Tome II, 1980.
- BENOIT JC.** *Schizophrénies au quotidien. Approche systémique en psychiatrie publique.* Ramonville Saint Agne, Erès, 2006.
- BENOIT JC.** *Patients, familles et soignants. Manuel d'entretiens familiaux en psychiatrie.* Ramonville Saint Agne, Erès, 2003.
- BERTALANFFY L Von.** *La théorie générale des systèmes.* Paris, Bordas, 1968.
- BLEULER E.** *Dementia praecox or the group of schizophrenias.* Translation of the 1911 edition by Zinkin J, New-York, International Universities Press, 1950.
- BOSZORMENYI-NAGY I.** *Foundations of contextual therapy. Collected papers.* Brunner/Mazel, New York, 1987.
- BOWEN M.** *Schizophrenia as Multi-Generational Phenomenon.* In *Beyond the Double Bind.* Brunner/Mazel, New York, 1978.
- BOWEN M.** *Family Therapy in Clinical Practice.* Jason Aronson, New-York, 1978.
Traduction française partielle : *La différenciation du soi.* Paris, ESF, 1984.
- BUSTILLO J, LAURIELLO J, HORAN W, KEITH S.** *The psychosocial treatment of schizophrenia : an update.* Am J Psychiatry 2001 ; 158(2) : 163-75.
- BRESSI C, MANENTI S, FRONGIA P, PORCELLANA M, INVERNIZZI G.** *Systemic family therapy in schizophrenia : a randomized clinical trial of effectiveness.* Psychother Psychosom 2008 ; 77(1) : 43-9.
- BUNGENER M.** *Trajectoires brisées, familles captives.* Paris, Les Editions INSERM, 1995.

- CHAMBON O, DELEU G, FAVROD J, RAJAONSON H.** *Adaptation française du module de Liberman. Prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes.* Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive 1998 ; 3: 10-16.
- CHAMBON O, DELEU G, MARIE-CARDINE M.** *Approche psychoéducative de la famille dans la psychose chronique.* Dans *Guérir les souffrances familiales.* Sous la direction de ANGEL P, MAZET P, Presses Universitaires de France, 2004.
- CHASLIN P.** *Eléments de sémiologie et clinique mentales.* Paris, Asselin et Houzeau, 1912.
- CIOMPI L.** *The dynamics of complex biological psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long term evolution of schizophrenia.* Br J Psychiatry Suppl. 1989 ; (5) : 15-21.
- COOPER D.** *Psychiatrie et anti-psychiatrie.* Paris, Seuil, 1970.
- DELAY J, DENIKER P, GREEN A.** *Le milieu familial des schizophrènes.* L'Encéphale 1957 ; 3 : 189-232.
- DIXON LB, LEHMAN AF.** *Family interventions for schizophrenia.* Schizophr Bull 1995 ; 21(4) : 631-43.
- DIXON L, ADAMS C, LUCKSTED A.** *Update on family psychoeducation for schizophrenia.* Schizophr Bull 2000 ; 26(1) : 5-20.
- DOANE JA, GOLDSTEIN MJ, MIKLOWITZ DJ, FALLOON IR.** *The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics.* Br J Psychiatry 1986 ; 148 : 279-87.
- DOANE JA, WEST KL, GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, JONES JE.** *Parental communication deviance and affective style. Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents.* Arch Gen Psychiatry 1981 ; 38 (6) : 679-85.
- EIGUER A.** *Thérapies familiales et schizophrénie.* Encycl Med Chir. 1992 ; 37-295-D-10. 6p.
- EIGUER A.** *Le thérapeute familial psychanalytique comme étranger, familial et parent adoptif : processus évolutif du transfert.* Dans : *Panorama des thérapies familiales.* Sous la direction de M. ELKAIM, Seuil, Paris, 1995.
- ELKAIM M.** (sous la direction de) *Panorama des thérapies familiales.* Seuil, Paris, 1995.
- ESQUIROL E.** *Des maladies mentales.* Paris, Baillière, 1838.
- EY H.** *La notion de schizophrénie.* Séminaire de Thuir (février-juin 1975), Paris, Desclée de Brouwer, 1977.
- FOUCAULT M.** (1961) *Histoire de la folie à l'âge classique.* Gallimard, Paris, 1972.

- FREUD S.** (1911) *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoides)*. In : Cinq psychanalyses, Paris, Presses Universitaires de France, 1954 : 263-321.
- FREUD S.** (1914) *Pour introduire le narcissisme*. In : La vie sexuelle, Paris, Presses Universitaires de France, 1970.
- FREUD S.** (1918) *Extraits de l'histoire d'une névrose infantile (L'Homme au loup)*. In : Cinq psychanalyses, Paris, Presses Universitaires de France, 1954 : 325-420.
- FREUD S.** (1924) *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
- FROMM-REICHMANN F.** *Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy*. Psychiatry 1948 ; 11 : 263-73.
- GODFRYD M.** *Pratiques familiales en psychiatrie publique de secteur de l'adulte*. Thérapie Familiale 1984 ; 5(3) : 267-286.
- GOLDSTEIN MJ.** *Family interaction patterns that antedate the onset of schizophrenia and related disorders : a further analysis of data from a longitudinal, prospective study*. In Understanding major mental disorders : the contribution of family interaction research. New-York, Family Process Press, 1987.
- HILL LB.** *Psychotherapeutic intervention in schizophrenia*. University Chicago Press, Chicago, 1955.
- HAHLWEG K, WIEDEMANN G.** *Principles and results of family therapy in schizophrenia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999 ; 249 Suppl 4 : 108-15.
- HALEY J.** *Problem-Solving Therapy, New Strategy for Effective Family Therapy*. San Francisco, Jossey-Bass, 1976. Traduction française : *Nouvelles stratégies en thérapies familiales, le problem-solving en psychothérapie familiale*. Paris, Presses Universitaires de France, 1979.
- HEIREMAN M.** *Du côté de chez soi. La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*. Paris, ESF, 1984.
- HOLTE A, WICHSTROM L.** *Confirmatory and disconfirmatory feedback in families of schizophrenics, pathological controls and normals*. Acta Psychiatr Scand. 1990 ; 81(5) : 477-82.
- HUXLEY NA, RENDALL M, SEDERER L.** *Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 year*. J Nerv Ment Dis. 2000 ; 188(4) : 187-201.
- JONES JE.** *Patterns of transactional style deviance in the TAT's of parents of schizophrenics*. Fam Process. 1977 ; 16(3) : 327-37.

- JONES JE, RODNICK EH, GOLDSTEIN MJ, Mc PHERSON SR, WEST KL.** *Parental transactional style deviance as a possible indicator of risk for schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry 1977 ; 34(1) : 71-7.
- KANNAS S.** *Thérapies familiales et schizophrénies.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2001/1 ; 26 : 138-45.
- KASANIN J, KNIGHT E, SAGE P.** *The parent-child relationships in schizophrenia.* J Nerv Ment Dis. 1934 ; 79 : 249-53.
- KING S.** *Testing a causal model of functioning in schizophrenic young adults : the influence of expressed emotion and family dynamics.* Research Report for project presented to health and welfare Canada. Douglas Hospital, Verdun, Quebec, 1993.
- KLEIN M.** (1946) *Notes sur quelques mécanismes de défenses schizoïdes.* In : Développement de la psychanalyse. Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
- KRAEPELIN E.** *Psychiatrie.* Barth, Leipzig, 1887; 1893; 1899; 1909-1915.
- LACAN J.** *Ecrits.* Paris, Le Seuil, 1966.
- LAING RD.** (1967) *La politique de l'expérience.* Paris, Stock, 1979.
- LALONDE P, AUBUT J, GRUNBERG F.** *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale.* Boucherville, Gaétan Morin Editeur, 1999.
- LEFF J, VAUGHN C.** *The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis.* Br J Psychiatry. 1980 ; 136 : 146-53.
- LEVY D.** *Maternal overprotection.* New-York, Columbia University Press, 1943.
- LIBERMAN RP, CORRIGAN PW.** *Designed new psychosocial treatments for schizophrenia.* Psychiatry 1993 ; 56(3) : 238-49.
- LIBERMAN RP.** *Psychosocial treatments for schizophrenia.* Psychiatry 1994 ; 57(2) : 104-14.
- LIEBER DJ.** *Parental focus of attention in a videotape feedback task as a function of hypothesized risk for offspring schizophrenia.* Fam Proc. 1977 ; 16 : 467-75.
- LIDZ T, FLECK S, CORNELISON A.** *Schizophrenia and the family.* New-York, International University Press, 1966.
- LINARES JL, CASTELLO N, COLOLLES M.** *La thérapie familiale des psychoses comme processus de reconfirmation.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2001/1 ; 26 : 58-78.
- LUMIA D.** *Les thérapies familiales psychoéducatives.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2001/1 ; 26 : 146-54.

- MAC FARLANE WR.** *Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry 1995 ; 52 : 679-87.
- MAGLIANO L, FIORILLO A, MALANGONE C, De ROSA C, MAJ M.** *Patient functioning and family burden in a controlled, real world trial of family psychoeducation for schizophrenia.* Psychiatr Serv. 2006 ; 57(12) : 1784-91.
- MARI JJ, STREINER DL.** *An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: a meta-analysis of research findings.* Psychol Med. 1994 ; 24(3) : 565-78.
- MEYER A.** *A historical sketch in outlook of psychiatric and social work.* Hospital Social Service Quart. 1922 ; 5.
- MIERMONT J.** *Psychose et thérapie familiale.* ESF, Paris, 1997.
- MIERMONT J.** *Thérapies familiales et schizophrénies.* Encycl Med Chir. 2004 ; 37-295-D-10. 6p.
- MIERMONT J.** *Schizophrénies et thérapies familiales. Perspectives éco-étho-anthropologiques.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2001/1 ; 26 : 165-74.
- MINUCHIN S.** *Families and Family Therapy.* Harvard University Press, Cambridge, 1974. Traduction française: *Familles en thérapie.* Toulouse, Erès, 1998.
- MOREL BA.** *Traité des maladies mentales.* Paris, Masson, 1860.
- NGUYEN-COLOMBINI C.** *Schizophrénies : intérêt thérapeutique d'une articulation thérapie institutionnelle-thérapie familiale.* Mémoire de maîtrise, sous la direction de ANGEL P, ANTOINE C, Université Paris VIII, 2001.
- NUECHTERLEIN KH, DAWSON ME.** *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes.* Schizophr Bull 1984 ; 10 : 300-12.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) :** *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du comportement.* Liège, Edition Masson, 1997.
- PETITBON JF.** *Le vécu et le témoignage des familles de schizophrènes.* In : DE CLERCQ M, PEUSKENS J *Les troubles schizophréniques.* De Boeck Université, Bruxelles, 2000.
- PINEL P.** *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.* Paris, JA Brosson, 1809.
- PITSCHER-WALZ G, BAUML J, BENDER W, ENGEL RR, WAGNER M, KISSLING W.** *Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia : results of the Munich Psychosis Information Project Study.* J Clin Psychiatry 2006 ; 67(3) : 443-52.
- PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR.** *The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia - a meta analysis.* Schizophr Bull 2001 ; 27(1) : 73-92.

- RACAMIER PC.** *Antoedipe et ses destins*. Paris, Aspygée, 1989.
- REICHARD S, TILLMAN C.** *Patterns of parent-child relationships in schizophrenia*. Psychiatry 1950 ; 13 : 247-257.
- RUFFIOT A, EIGUER A, LITOSKY de EIGUER D, GEAR MC, LIENDO EC, PERROT J.** *La thérapie familiale psychanalytique*. Dunod, Paris, 1981.
- RUND BR.** *Communication deviances in parents of schizophrenics*. Fam Process. 1986 ; 25(1) : 133-47.
- RUND BR, BLAKAR RM.** *Schizophrenic patients and their parents. A Multimethod design and the findings from an illustrative empirical study of cognitive disorders and communication deviances*. Acta Psychiatr Scand. 1986 ; 74(4) : 396-408.
- SALEM G.** *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson, Paris, 2005.
- SAOUD M, D'AMATO T.** *La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements*. Masson, 2006.
- SASS LA, GUNDERSON JG, SINGER MT, WYNNE LC.** *Parental communication deviance and forms of thinking in male schizophrenic offspring*. J Nerv Ment Dis. 1984 ; 172 (9) : 513-20.
- SEARLES H.** *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris, Gallimard, 1977.
- SELVINI PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECCHIN G, PRATA G.** (1975) *Paradoxe et contre paradoxe*. ESF, Paris, 1980.
- SELVINI PALAZZOLI M.** *Vers un modèle général des jeux psychotiques dans la famille*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 1988 ; 8 : 111-28
- SELVINI PALAZZOLI M.** *Survole d'une recherche clinique à son objet*. Dans : *Panorama des thérapies familiales* sous la direction de M ELKAIM, Le Seuil, Paris, 1995.
- SIMONET M, BRAZO P.** *Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie*. Encycl Med Chir. 2005 ; 37-290-A-10. 13p.
- Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses chroniques*. Conférence de consensus des 13 et 14 janvier 1994.
- Schizophrénies débutantes : diagnostics et modalités thérapeutiques*. Conférence de consensus des 23 et 24 janvier 2003.
- TIETZE T.** *A study of mothers of schizophrenic patients*. Psychiatry 1949 ; 12 : 55-65.
- THIBAUT F.** *Hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie*. L'Encéphale 2006 ; 32 : 879-82, cahier 4.
- TRAPPENIERS E, KANNAS S.** *Entretien avec Mara Selvini-Palzzoli*. Résonances, 1990 ;

- WATZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON Don D.** *Pragmatics of Human communication.* New-York, W.W. Norton & Company, 1967. Traduction française : *Une logique de la communication.* Paris, Le Seuil, 1972.
- WICHSTROM L, HOLTE A.** *Confirmatory and disconfirmatory feedback in families of schizophrenics, pathological controls and normals : replication and expansion.* Acta Psychiatr Scand. 1991 ; 84 : 575-78.
- WUNDERLICH U, WIEDMANN G, BRUCHKREMER G.** *Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patient? A meta-analys.* Verhaltenstherapie 1996 ; 6 : 4-13.
- WYNNE LC, SINGER B.** *Thought disorder and family relations of schizophrenics. II: A classification of forms thinking.* Arch Gen Psychiatry 1963 ; 9 : 199-206.
- WYNNE LC, RYCKOFF IM, DAY J, HIRSCH SI.** *Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics.* Psychiatry. 1958 ; 21(2) : 205-220.
- ZARIFIAN E.** *La force de guérir.* Paris, Odile Jacob, 1999.
- ZUBIN J, SPRING B.** *Vulnerability – a new view of schizophrenia.* J Abnorm Psycho 1977 ; 86 : 103-126.

NOM : NEBOUT

PRENOM : MATHILDE

Titre de Thèse :

POUR UNE APPROCHE FAMILIALE DE LA SCHIZOPHRENIE
Arguments théoriques et illustrations cliniques

RESUME

Ce travail de thèse souligne l'importance de l'approche familiale dans l'abord thérapeutique de la schizophrénie.

Dans les années 50, l'examen clinique des familles de patients souffrant de schizophrénie est à l'origine d'une révolution dans l'approche thérapeutique de la maladie et de l'éclosion du mouvement des thérapies familiales.

De nos jours, le travail familial peut prendre différentes formes selon le contexte de soin, l'évolution de la maladie et la formation des intervenants : entretiens familiaux institutionnels, psychoéducation familiale, thérapie familiale...

Les arguments théoriques et les exemples cliniques de ce travail soulignent la nécessité des rencontres systématiques et précoces avec ces familles.

Au delà des théories et du type d'approche utilisés, le travail familial doit s'articuler avec les autres thérapeutiques de la maladie et s'intégrer à l'environnement global du patient, dans le cadre d'une alliance thérapeutique et d'un engagement commun patient/famille/soignants.

MOTS-CLES

Schizophrénie, famille, thérapie familiale, psychoéducation familiale, alliance thérapeutique, collaboration