

Thérapies familiales et schizophrénies

J. Miermont

Résumé. – Si 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, ces dernières ont été caractérisées par l'apparition de nombreux mouvements divergents. La grande diversité des formes de schizophrénies et de familles est sans doute la traduction de la complexité à laquelle sont confrontés les thérapeutes. L'articulation d'orientations souvent divergentes et contradictoires apparaît plus pertinente que le recours à des procédures simplificatrices et réductionnistes.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Abduction ; Autonomie ; Double-lien ; Cothérapie élargie ; Éco-étho-anthropologie ; Hiérarchies enchevêtrées ; Metabindings ; Psycho-éducation familiale ; Thérapies familiales ; Schizophrénies

Des courants aux orientations divergentes

Les thérapies familiales ont eu, dès leur origine, partie liée de manière étroite avec la compréhension et le traitement des schizophrénies. Si l'hystérie a été le point de départ de la théorie et de la pratique psychanalytiques, ce sont les schizophrénies qui ont révélé l'importance des dynamiques familiales et plus généralement des contextes vitaux dans l'appréhension et le traitement psychothérapeutique des troubles mentaux et comportementaux. Le paradigme n'est plus la structuration de la psyché individuelle, supposée pouvoir modéliser, sous la forme d'un conflit de représentations, toutes les sortes de difficultés vitales rencontrées dans l'existence, mais les organisations familiales et sociales, possédant leur structure spécifique, leur dynamique propre, leurs singularités évolutives.

Le fait d'associer les familles au projet thérapeutique s'est révélé une révolution dans la compréhension et le traitement des troubles schizophréniques, mais il est d'un maniement particulièrement délicat. Théories et méthodes se sont opposées, se sont succédé, aboutissant à la création d'un vaste corpus de savoirs et de savoir-faire, souvent contradictoires. Ce corpus de données hétérogènes est loin d'être achevé. Si un bilan s'impose après cinquante années d'existence, il ne saurait être que transitoire. Des reproches croisés n'ont pas manqué entre écoles rivales : les psychanalystes ont stigmatisé le manque d'assise théorique des « approches systémiques » et leur triomphalisme pragmatique bien souvent hâtif. Les systémiciens ont, de leur côté, souligné l'inadéquation et la lourdeur des théories psychanalytiques, souvent très éloignées des modes de pensée et d'action envisageables avec les familles. Psychanalystes et systémiciens ont été renvoyés dos à dos par d'autres mouvances, non moins opposées entre elles. Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont cherché à étayer des méthodes psychoéducatives à partir de critères objectifs et

reproductibles, permettant selon eux de justifier scientifiquement et économiquement leurs pratiques. À l'inverse, les tenants des thérapies narratives ont insisté sur le caractère hautement subjectif et relatif des points de vue des partenaires des conversations. Ces différents courants ont un point en commun : celui de proposer des procédures clairement identifiables, cherchant à simplifier la tâche du thérapeute.

L'évolution des réflexions et des pratiques conduit à reconnaître des interférences entre ces différentes orientations, qui permettent d'envisager de nouveaux horizons. Les perspectives écosystémiques actuelles reposent sur un postulat selon lequel la réduction de la complexité, loin de simplifier la démarche clinique, vient en fait la compliquer.

Enjeux théoriques et méthodologiques

Dès 1966, N. W. Ackerman posait la question de l'orientation théorique préférentielle concernant le phénomène schizophrénique et les troubles familiaux associés. Deux possibilités existent : « (1) la schizophrénie peut être conçue comme un trouble séparé et distinct qui touche l'organisme individuel ; l'environnement familial, perçu comme un facteur périphérique, influence le cours de la maladie, mais affecte principalement les manifestations secondaires ; ou (2) l'environnement familial peut être conçu, non comme extérieur mais plutôt comme appartenant au cœur même du processus morbide. Selon ce deuxième point de vue, les relations continues du patient et de la famille sont d'une essence identique ; elles sont congruentes à chaque étape de la vulnérabilité de la personnalité prémorbide, sur le début de la psychose manifeste, sur son cours et ses conséquences. L'interaction familiale affecte ainsi les manifestations primaires autant que les manifestations secondaires. Étant donné ce schéma théorique, l'hérédité peut dicter sa loi sur le degré de susceptibilité, mais c'est l'influence émotionnelle de la vie sociale et familiale qui transforme une fragilité dormante en une maladie psychotique manifeste. La maladie est alors un symptôme de la défaillance familiale, qui peut seulement être comprise au travers de trois ou quatre générations. Il me semble que c'est cette dernière perspective qui est la plus prometteuse » ⁽¹⁾ p. 238).

J. Miermont (Psychiatre)
Adresse e-mail: jacques.miermont@wanadoo.fr
65-67, avenue Gambetta, 75020 Paris, France.

Plusieurs décennies après, cette question reste d'actualité. Les courants psychodynamiques et systémiques ont largement exploré la seconde possibilité, qui avait la préférence de Nathan Ackerman. Les courants comportementaux et cognitifs ont à l'inverse opté pour la première possibilité, en considérant les réactions de la famille comme secondaires au trouble schizophrénique.

Premières conceptions

Les premières conceptions ont eu en commun de considérer la famille comme une unité susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent. Les symptômes qu'elle présente sont interprétables à partir de l'examen de ses modes de fonctionnement, qu'il s'agisse de son organisation psychique, de ses modes d'interaction actuels ou des processus historiques qui la constituent. Il s'agit de thérapies de la famille par la famille. En dernier ressort, c'est à la famille de gérer ses propres conflits, d'être questionnée sur ses défaillances et de prendre en charge la nature de ses difficultés.

CONCEPTIONS PSYCHODYNAMIQUES

Les processus psychodynamiques en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'invasion des processus secondaires de l'activité mentale par les processus primaires, l'indifférenciation des sexes et des générations, des relations pseudo-incestueuses ou « incestuelles », ^[2] l'existence d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés. Le couple parental est fréquemment confronté à des distorsions et à des clivages, les troubles du cours de la pensée se retrouvant chez les proches parents du patient. ^[3]

Dans l'orientation psychodynamique de Nathan Ackerman, qui ne se limite pas aux références de la métapsychologie classique, l'attention est portée 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 schizophrénie, il peut bien exister également de multiples types de structure familiale associée. Un type donné de 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 » (^[1] p. 238). Certaines familles cherchent à prendre soin de leur proche malade, tandis que d'autres réagissent par la rupture et le rejet.

– « 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 déterminé par les expériences interpersonnelles de la vie ultérieure. L'adolescence est notablement une phase de développement de transition pendant laquelle la vulnérabilité à la décompensation s'intensifie » (^[1] p. 89).

N. Ackermann considère ainsi 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. (^[1] p. 239).

Dans le courant de la psychanalyse familiale stricto sensu, les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'inter-

fantasmatisations, à la sollicitation des activités oniriques. ^[4] Il s'agit de respecter la lenteur des processus de maturation et de différenciation, et de solliciter l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation. La présence de perturbations plus ou moins massives des associations (barrages, *fadings*, coqs-à-l'âne, discordances, etc.) rend souvent très problématique le recours aux règles strictes de la cure-type de la psychanalyse. De fait, de nombreux psychanalystes en sont venus à aménager ces règles, de manière à ne pas amplifier l'expression des manifestations pathologiques : 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 les enjoindre à verbaliser tout ce qui leur vient à l'esprit.

CONCEPTIONS SYSTÉMIQUES SYNCHRONIQUES

L'hypothèse de base, pour les premiers thérapeutes familiaux se réclamant de ce courant de pensée (Bateson ^[5] est resté circonspect sur ce type d'hypothèse. Pour lui, la dimension pathologique du *double-bind* schizophrénique peut être liée à une combinaison de facteurs génétiques rendant compte d'un trouble du deutéro-apprentissage, et d'expériences relationnelles fréquemment répétées au cours du développement de l'enfance du patient), a été de considérer la pathologie schizophrénique comme réductible à un trouble interactionnel. Les troubles du patient sont considérés comme la résultante de conflits familiaux, aboutissant à sa désignation comme patient. La schizophrénie serait la résultante de perturbations relationnelles, produisant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper, voire à disparaître lorsque les communications d'améliorent. Le concept de schizophrénie – maladie – ne serait que l'émanation d'une désignation relative et arbitraire. La réalité étant une construction de l'esprit, les schizophrénies n'existeraient pas indépendamment de l'idée que l'on s'en fait.

En appartenant et en n'appartenant pas au système familial, les intervenants cherchent à produire des *double-binds* thérapeutiques. P. Watzlawick ^[6] et J. Haley ^[7] insistent sur la nécessité de définir le problème à traiter, les objectifs à atteindre, le processus thérapeutique étant lié à la prescription d'injonctions paradoxales. Dans la version structurale proposée par S. Minuchin, ^[8] les relations schizophréniques seraient caractérisées par des coalitions et des rejets, des engrenages liés à l'aspect poreux des frontières intra- ou inter-générationnelles. La thérapie est centrée sur l'affiliation des thérapeutes au groupe familial, l'élaboration de la carte familiale, la restructuration des relations familiales par la modification des frontières et des coalitions.

M. Selvini-Palazzoli et al. ^[9] ont limité le temps de l'intervention à 1 an environ, comportant une dizaine de séances, protocole éventuellement reproductible une fois. Pour M. Selvini-Palazzoli, la « désignation » du patient serait ainsi la conséquence d'instigations, de manœuvres affectant les relations entre celui-ci et ses proches. Le but de la thérapie est d'atténuer les aspects pathologiques des interactions, dans l'idée de supprimer cette « désignation ». Les interventions thérapeutiques reposent sur la connotation positive, la prescription de rituels, et sont conçues comme des « contre-paradoxes », supposés traiter le caractère pathologique des paradoxes présentés par la famille.

CONCEPTIONS SYSTÉMIQUES DIACHRONIQUES

Dans la thérapie familiale multigénérationnelle de Murray Bowen, ^[10] les symptômes schizophréniques ont été appréhendés comme le produit d'une amplification de l'indifférenciation des selfs sur au moins trois générations. Les cliniciens utilisent le génogramme et cherchent à différencier les selfs et les processus d'autonomisation, à modifier les processus de triangulations et de projections sur des tiers, à atténuer les ondes de chocs émotionnelles.

Dans une perspective intergénérationnelle, Ivan Boszormenyi-Nagy et al.^[11] ont initié des thérapies familiales intensives reposant sur l'expression de l'éthique, l'évocation des processus de dons et de dettes entre parents et enfants, le repérage des transmissions intergénérationnelles, voire de loyautés invisibles pouvant lier le patient et un membre exclu de l'histoire de la famille, en renforçant les attitudes de confiance et d'entraide au sein de la famille.

LIMITES DES PERSPECTIVES EXCLUSIVEMENT INTRAFAMILIALES

On note que les apports des différents courants qui précèdent ont été réalisés pour des familles se situant dans la large gamme du spectre des schizophrénies, mais se sont révélées plus opérantes pour une série de troubles se situant aux confins et en dehors de ce champ. En ce qui concerne les formes les plus marquées et les plus lourdes de schizophrénies, ces diverses options n'ont répondu que de façon transitoire ou partielle aux ambitions thérapeutiques initialement affichées. Ces limitations tiennent aux faits suivants.

Il est fréquemment impossible de définir précisément les problèmes et les objectifs à atteindre, tant les difficultés et les souffrances rencontrées par les patients et leurs proches sont multiples et difficiles à mettre en mots.

La suppression de la désignation du patient comme schizophrène, loin d'aboutir à une amélioration des relations, conduit, dans un grand nombre de cas, à accentuer la pression subie par les proches. Ceux-ci en viennent à se plaindre sur le mode : « c'est nous qui allons tomber malades ». Et le fait de les enjoindre à engager une thérapie personnelle (en dehors d'une demande explicite de leur part), ne fait bien souvent qu'aggraver le malentendu et le sentiment d'incompréhension avec les thérapeutes.

La prescription du symptôme et l'injonction paradoxale s'avèrent d'un maniement délicat. Le fait de prescrire à un patient hébété de rester encore plus figé, ou d'inciter un patient halluciné à explorer davantage la relation avec ses persécuteurs peut aboutir à un bras de fer, où l'enjeu d'une intervention efficace finit par tourner au détriment du patient et de son entourage. Dans une évaluation rétrospective des thérapies familiales réalisées par Mara Selvini Palazzoli et son équipe par son fils Matteo Selvini,^[12] il apparaît que les résultats à long terme ne sont pas concluants concernant les schizophrénies, contrairement à l'anorexie mentale.

L'abréaction des affects apparaît inappropriée lorsque la famille est confrontée à des débordements émotionnels et à des processus de déritualisation. Plutôt que d'orienter l'intervention thérapeutique vers la catharsis, il apparaît plus opportun de canaliser les réactions instinctives et de rétablir une ritualisation des liens.

L'exploration multigénérationnelle et intergénérationnelle n'a de sens que si les membres de la famille ont des ressources suffisantes pour symboliser les éléments de leur histoire dont ils disposent. Lorsque les lacunes sont trop importantes, l'hypothèse de « secrets de famille » risque fort d'aboutir à une attitude accusatoire et persécutrice. Lorsqu'une personne présente une amputation physique, le fait de la remarquer n'est d'aucune aide pour traiter le problème, à moins d'avoir les moyens pour y remédier.

Conceptions actuelles

Bien souvent, lorsque les cliniciens sont confrontés à des troubles schizophréniques, ce sont eux qui font la demande à la famille de consultations dans une perspective thérapeutique. Certains auteurs comme M. Bowen^[10] ont bien décrit l'existence de triangles reliant la famille à des instances sociales, correspondant à des projections de conflits à l'extérieur de la famille, lorsque celle-ci devient incapable de les gérer en son sein. L. C. Wynne^[13, 14] a souligné que

les relations de pseudo-mutualité et de pseudo-hostilité imprégnaient les relations entre thérapeutes, produisant ainsi des « *metabindings* », c'est-à-dire des *double-binds* qui affectent également les relations des membres des équipes thérapeutiques. Pour M. Andolfi,^[15] la thérapie familiale devient ainsi une thérapie avec la participation active de la famille, plutôt qu'une thérapie de la famille. En France J.-C. Benoît^[16] a initié la participation des familles de patients schizophrènes à des entretiens collectifs dans une perspective systémique institutionnelle, sans qu'il s'agisse nécessairement de thérapie familiale. S. Kannas^[17] proposera de son côté un dispositif original de consultations familiales d'urgence, permettant d'éviter les hospitalisations autant que possible. Par ailleurs, il est apparu que des thérapies familiales pouvaient être entreprises en promouvant conjointement des processus organisationnels qui contribuent à la différenciation des patients, de leur entourage familial et des dispositifs de soins (J. Miermont).^[18] D'autres conceptions, distinctes de la démarche écosystémique, se sont également développées en considérant la famille comme un partenaire thérapeutique, non responsable ni coupable des maladies qui peuvent atteindre tel ou tel de ses membres.

CONCEPTIONS COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Ce dégageant de l'implication familiale dans l'origine des troubles est devenu radical dans l'approche comportementale et cognitive. Dans la prise en charge psychoéducative des patients schizophrènes et leurs familles, ces dernières sont considérées comme des familles « normales », confrontées à une maladie, ou un ensemble de maladies dont l'origine est cérébrale et vraisemblablement de nature neurodéveloppementale (W. R. McFarlane).^[19] S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales, voire dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont considérées comme secondaires à la maladie. Des études de psychologie expérimentale ont montré que lors de troubles schizophréniques, il existe fréquemment une amplification des émotions exprimées, avec une exagération des tendances à la critique ad hominem, à l'hostilité, à la surimplication, à l'intrusion, au rejet de l'expression d'autrui (Falloon,^[20] Doane et al.^[21]). Bien que ces caractéristiques ne soient pas spécifiques (on les retrouve dans nombre d'autres pathologies graves, voire chez certaines familles ne présentant pas de maladies), elles semblent être un facteur précipitant les rechutes et le recours aux hospitalisations.

Un grand nombre d'interventions psychosociales ont ainsi été développées dans le but de diminuer l'expression des émotions ou de réduire la tension dans l'environnement familial afin de faire baisser les taux de rechute schizophrénique. Ces interventions sont conçues comme adjuvants aux chimiothérapies, et non pas comme alternatives à celles-ci.

Les objectifs thérapeutiques sont apparemment beaucoup plus modestes que dans les courants précédents. La famille n'est plus considérée comme le lieu de l'origine des troubles, et ses membres ne sont plus tenus pour responsables, ni explicitement, ni implicitement, des manifestations pathologiques. Les thérapeutes construisent une alliance avec les proches du patient. Ils partent du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution, de son traitement. Ils proposent des conseils psychoéducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles. Ils cherchent à améliorer la capacité à la résolution de problèmes chez les membres de la famille, à diminuer leurs expressions de colère et leurs sentiments de culpabilité, à maintenir des attentes raisonnables face aux performances du patient (équilibre entre la tentative d'amélioration du fonctionnement du patient et l'hyperstimulation accroissant le risque de rechute). Ils encouragent les essais de

différenciation et de prise de distance dans des limites supportables, en faisant évoluer les systèmes de comportement et de croyance des membres de la famille (Jair de Jesus Mari).^[22] Le but de la thérapie est ainsi d'apprendre à la famille à s'adapter aux troubles et à les gérer. Le risque thérapeutique est l'inverse de celui du modèle communicationnel : celui de figer le patient dans la définition de la maladie qu'en donnent les thérapeutes, à partir de procédures d'évaluation réductrices et simplificatrices.

CONCEPTIONS NARRATIVES ET HUMANISTES

À l'opposé des orientations comportementales et cognitives, les thérapeutes narratifs (H. Anderson et H. A. Goolishian)^[23] cherchent à solliciter des conversations, sans préjuger des compétences respectives des familles et des thérapeutes. Ceux-ci ne sont pas dans une position d'experts ou de spécialistes, ils ne se prétendent pas détenteurs d'un savoir qui aurait la prééminence sur celui des membres de la famille. On peut noter l'intérêt de ce type d'approche dans les familles où tous les échanges de paroles sont spontanément bloqués ou impossibles. La consultation permet de rétablir artificiellement un processus minimum d'échanges contribuant à faire connaissance, prendre et donner des nouvelles, mettre en valeur les moindres événements de la vie quotidienne, réaliser le surgissement de savoirs socialement partagés.

PERSPECTIVES ÉCO-ÉTHO-ANTHROPOLOGIQUES

Pour W. R. McFarlane et C. E. Beels (^[19] p. 330), chaque technique (stratégique, psychoéducatrice, multifamiliale, systémique) a ses indications et ses contre-indications en fonction de la compliance du patient et de sa famille aux traitements, et de la phase à laquelle les interventions sont proposées. Ils proposent ainsi un arbre de décision « somme toute assez complexe, – non pour des raisons d'élégance, mais parce que notre connaissance actuelle nous permet de faire des choix stratégiques relativement équitables d'un point de vue spéculatif ». La question est de savoir si l'on peut clairement différencier, de manière absolue, la compliance de son opposé, et des protocoles dûment répertoriés. Chaque situation singulière est un défi vis-à-vis des méthodes les mieux formalisées, ce qui oblige les thérapeutes à sortir de leurs préconceptions et à faire preuve d'initiative et d'invention.

Il existe ainsi une autre perspective, qui nécessite d'en passer par un approfondissement épistémologique de la conception de système et des relations entre compétences et performances (cf. Thérapies systémiques dans cette encyclopédie). Il s'agit alors, plutôt que de vouloir catégoriser des signes et des procédures et de normaliser des conduites dans des cadres complètement prédéfinis, d'inventer de nouveaux contextes congruents avec les dynamiques ag-antagonistes dont les symptômes schizophréniques sont l'expression. Dans cette optique, plutôt que de promouvoir des modèles aisément identifiables ou de chercher l'obtention de synthèses illusives, on considère que 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 (J. Miermont).^[24]

Cette caractéristique semble au cœur du traitement familial des troubles schizophréniques. Ces troubles génèrent en effet une déstabilisation des repères concernant les attitudes et les trajectoires du patient dans l'espace-temps usuel. Familles, soignants et thérapeutes doivent faire face à des processus de déstructuration des liens, d'autant plus que les patients se révèlent très vite en danger vital lorsque les contextes interpersonnels dont ils dépendent se révèlent incapables de gérer les discordes et amplifient les ruptures. Curieusement, la famille s'avère être une aide précieuse pour l'élaboration structurante des désaccords. Plus précisément, il

apparaît que des rencontres entre cliniciens et familles, en certains lieux et moments précis, permettent que l'expression de points de vue non forcément compatibles devienne la source d'un apaisement des tensions et des angoisses débordantes, sans que le contenu des enjeux conflictuels ne trouve nécessairement des résolutions immédiates en tout ou rien.

THÉORIES DE LA COMPLEXITÉ

En clinique, le paradigme de la complexité permet d'engager des processus thérapeutiques par :

- le rétablissement artificiel et extraordinaire de rituels de conversation ordinaire :^[18] il s'agit de canaliser les débordements émotionnels et de retrouver des formes d'échange qui diminuent l'ambiguïté des messages et rassurent le patient et ses proches quant aux enjeux de la rencontre. Les comportements et les cognitions ne sont pas seulement appréhendés comme des procédures complètement représentables et reproductibles dans des protocoles préétablis, mais comme un processus continu et évolutif qui émerge au cours des séances ;

- l'évolution dynamique entre les démarches diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. Le diagnostic n'est plus seulement un résultat figé à tout jamais, mais une démarche tâtonnante, abductive. L'abduction réactualisée en fonction des anticipations, des effets de surprise liés à l'action thérapeutique. L'abduction est une inférence qui se distingue de la déduction [tautologie] et de l'induction [généralisation]. Elle procède par génération d'hypothèses en situation particulière et incertaine, de manière à identifier les singularités par une mise à l'épreuve [expérience et expérimentation]. L'élaboration d'un diagnostic, d'une interprétation psychanalytique, d'une prescription écosystémique relèvent de démarches abductives, à l'inverse des techniques comportementales et cognitives qui reposent sur l'induction. L'élaboration du diagnostic, 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 des schizophrénies. En effet, chaque conception, et la manière dont elle est vécue et exposée, tant du côté des cliniciens que de celui de la famille, interfère avec l'évolution des troubles ;

- l'élaboration d'hypothèses étiologiques génétiques, épigénétiques et contextuelles combinées. La grande difficulté est de ne pas faire de corrélations trop hâtives entre la constatation d'un trouble schizophrénique et la constatation de singularités plus ou moins hors normes qui font partie du contexte familial. Reconnaître l'importance des facteurs génétiques, neurodéveloppementaux, cognitifs et communicationnels dans la survenue d'un trouble schizophrénique ne signifie pas ipso facto que ces facteurs correspondent à des causalités linéaires et qu'ils renvoient à des modèles strictement déterministes. L'articulation de conceptions déterministes et indéterministes des troubles psychotiques conduit à la localisation toujours plus fine de la cause ou des causes, mais aussi à l'apparition de phénomènes non localisables et indéterminables ;

- les thérapies familiales qui contribuent ainsi à l'organisation des contextes de soins sur le mode de hiérarchies enchevêtrées et de cothérapies élargies entre patients, familles et équipes soignantes. Elles favorisent un partenariat avec l'ensemble des personnes et des équipes qui sont impliquées et produisent une transformation de l'écosystème institutionnel par la différenciation et la requalification des rôles et des tâches (Marie-France Hellard-Vuillemard et al.).^[25] On constate un processus de socialisation familiale par la rencontre avec sa famille, et un processus de familiarisation sociale par le travail institutionnel. Pour Antoine Barrière,^[26] le travail du thérapeute consiste à reconnecter les microcultures qui ont tendance à scissionner sous l'effet des processus schizophréniques, de

manière à permettre au patient de se retrouver au centre d'un monde où chacun arrive à dialoguer de manière non menaçante ;

– les vertus des orientations multithérapeutiques. L'intervention pharmacologique (niveau moléculaire) produit des modifications comportementales, psychologiques et relationnelles. Le soutien et l'infléchissement des attitudes personnelles conduit à un apaisement de la souffrance biologique et à un changement des formes d'interaction. La prise en compte des phénomènes institutionnels, organisationnels, décisionnels sur le plan communautaire (familial et social) rétroagit sur les systèmes neurophysiologiques et les positions et les dispositions des personnes. La combinaison de ces trois formes d'intervention conduit à des effets émergents, et, de manière étonnante, à une diminution des pressions et des emballements thérapeutiques. Bien souvent, dans les formes graves de schizophrénies, le recours aux psychotropes se révèle indispensable. Mais le fait de diversifier les niveaux d'intervention permet bien souvent de diminuer les posologies efficaces (voire d'arrêter telle ou telle prescription ou thérapie), d'éviter les enchaînements d'actions catastrophiques, et d'envisager des dégagements inattendus. En autorisant le patient à faire par lui-même l'expérience des prescriptions opportunes, les thérapeutes redonnent à celui-ci l'initiative de ses choix. Si chaque forme d'intervention obéit à des hiérarchisations contraignantes et inévitables, le fait de reconnaître qu'aucune n'a a priori de prééminence sur les autres permet d'éviter les effets catastrophiques de la toute-puissance thérapeutique, et des réalisations totalitaires génératrices de fractures relationnelles intempestives ;

– la gestion des préjugés, des désaccords, des défaillances, par l'initiation de deutéro-apprentissages partagés, c'est-à-dire le développement de l'aptitude à « apprendre à apprendre ». Le thérapeute familial travaille ainsi avec les nombreux préjugés des partenaires de l'échange, dont les siens propres, de manière à accéder à des deutéro-apprentissages permettant de passer de la continuité des soins à la sécurité des liens (Jacques Miermont,^[18] Patrick Chaltiel).^[27] Le fait de constater des désaccords à propos de la définition des problèmes ou des finalités à atteindre ne signifie pas nécessairement qu'un résultat thérapeutique satisfaisant soit lié à une réduction systématique de ces désaccords. L'important est d'arriver à circonscrire les domaines où l'harmonie (nécessairement constituée de dissonances) est possible et ceux où elle n'est pas possible. On sait combien les patients schizophrènes sont hypersensibles aux moindres failles qui touchent la texture des liens des personnes qui les entourent (qu'il s'agisse des liens familiaux, des liens entre co-soignants, ou des liens entre soignants et membres de la famille). Lorsqu'il existe un désaccord sans résolution entre deux ou plusieurs personnes, le plus important est que celles-ci arrivent à maintenir une cohésion sécurisante malgré leurs différends. Autant une rupture dans la continuité des relations est délétère, autant le maintien d'une continuité dans le maillage des interactions est un ressort thérapeutique. (Un exemple peut être donné lorsque deux parents divorcés acceptent le principe d'une consultation avec leur enfant schizophrène [celui-ci pouvant être un adulte, confronté au divorce de ses parents depuis de nombreuses années]. Le cadre thérapeutique consiste à éviter soigneusement de revenir sur les motifs qui ont conduit au divorce, ou de réactiver les sujets qui ont trait à l'irréversibilité de la rupture.)

Par ailleurs, Marc Habib et André de La Forest Divonne^[28] montrent la valeur mutative des temps d'incertitude, de l'analyse des échecs, de la prise en compte du sentiment de lassitude, de l'incapacité à penser, autrement dit de la gestion des défaillances dans l'élaboration du processus de reconstruction. Ce temps de la confusion est propice à l'apparition de deutéro-apprentissages, sources de symbolisation de la violence. La circulation des connaissances et des savoirs-faire suppose un va-et-vient entre

familles et thérapeutes. Si ces derniers se doivent de partager les connaissances dont ils disposent avec le maximum de doigté et d'intelligibilité, ils se doivent tout autant d'être sensibles aux expériences et aux connaissances développées par la famille. Il apparaît par ailleurs que les perturbations cliniquement constatées ne sont pas toujours uniquement liées à la pathologie schizophrénique. De nombreux autres facteurs (maladies somatiques et mentales, troubles de la personnalité, modalités d'organisation familiale, contextes institutionnels et sociaux) interfèrent avec celle-ci.

Évaluation des résultats

Les thérapies familiales ne savent, pas plus que les autres formes de thérapie, aboutir à la guérison des schizophrénies, si l'on entend par guérison la suppression des symptômes, le retour à une vie « normale » et à des activités sociales « conformes ». De fait, quand il survient, ce type de guérison est particulièrement à redouter : il est souvent l'occasion de rechutes gravissimes qui prennent de court l'entourage et les thérapeutes : suicide, mort par accident, passage à l'acte avec homicides, etc.

Pour autant, les thérapies familiales peuvent contribuer de manière notable à un soulagement de la souffrance, à une atténuation des tensions et des passages à l'acte, à des transformations positives dans l'expression des troubles, à des formes de récupération, voire de restaurations d'initiatives et de réalisations personnelles et relationnelles qualitativement, voire quantitativement appréciables.

Trois méta-analyses (Jair de Jesus Mari et al.^[22] U. Wunderlich et al.^[29] Gabi Pitschel-Walz et al.)^[30] se sont focalisées sur l'évaluation des approches familiales de la schizophrénie. L'appréciation des résultats se fait à partir du nombre et de la fréquence des réhospitalisations, des rechutes symptomatiques, parfois à partir du comportement social et des habiletés sociales.

La méta-analyse de J. J. de Mari^[22] souligne que si le taux de rechutes s'accroît avec le temps, il est nettement plus élevé dans les groupes contrôle. À 9 mois, il est respectivement de 6 % lors de thérapies familiales versus 41 % pour les groupes contrôle ; à 2 ans, de 14 % versus 33 %. L'adhésion à la prise de médicaments est nettement améliorée lors des interventions familiales.

Pour U. Wunderlich,^[29] les formes de thérapie familiale qui présentent la meilleure progression sont les thérapies familiales psychoéducatives, comportementales et cognitives. Les thérapies familiales psychanalytiques apparaissent les moins probantes.

Dans la méta-analyse de Gabi Pitschel-Walz et al.,^[30] on note 20 % de réduction des rechutes. Si les interventions familiales durent plus de 3 mois, l'effet est particulièrement marqué. Par ailleurs, différents types d'interventions familiales d'ensemble ont des résultats similaires.

A. Barbato et B. d'Avanzo,^[31] dans une revue systématique de 25 études, soulignent que les méta-analyses ne sont pas congruentes avec l'expérience des interventions familiales pour les patients schizophrènes, dans la mesure où les paramètres à prendre en considération sont très hétérogènes quant aux modèles de traitement, aux dispositifs, aux méthodes et aux mesures des résultats.

Les auteurs ont comparé les effets des thérapies familiales systémiques, de la psychoéducation familiale, et de méthodes intégrant les deux approches, par un examen attentif des questions méthodologiques. Sont pris en compte les symptômes, le fonctionnement social, les variables familiales. Sur le plan des résultats, l'effet sur la prévention des rechutes est relativement bien établi. Des différences n'apparaissent que si l'on compare les thérapies familiales avec des traitements de contrôle insuffisants et

s'estompent dans les études récentes méthodologiquement plus rigoureuses. La participation du patient, la fréquence et la durée plus grandes donnent de meilleurs résultats.

Selon W. R. McFarlane,^[19] les interventions multifamiliales semblent présenter de meilleurs résultats que les interventions unifamiliales. Un tel constat mériterait des confirmations ultérieures.

La croyance largement soutenue selon laquelle le traitement familial efficace consiste en un dispositif clairement défini de techniques psychoéducatives et comportementales, suivant un schéma construit pas à pas, n'est pas garantie. L'identification des ingrédients efficaces de l'intervention familiale reste en grande partie un sujet de recherches futures, bien que l'information et l'éducation à propos de la maladie semblent une composante nécessaire.

Les interventions familiales à long terme présentent ainsi une efficacité significative, les orientations théoriques et méthodologiques apparaissant secondaires.

Conclusion

Apparues dans les années 1950, les théories et les thérapies familiales ont été l'objet de nombreuses évolutions pour le traitement des schizophrénies depuis cette époque. À la suite des travaux initiaux, les approches centrées sur la psychoéducation familiale et sur une diversification des approches psychodynamiques et écosystémiques ont cherché à mieux répondre aux attentes des patients et de leurs proches. Quelle que soit la sensibilité du thérapeute, la pratique clinique se révèle être une école de l'humilité et de la modestie.

Il apparaît pertinent de réaliser une alliance thérapeutique avec la famille dès l'apparition des premiers troubles (Patrick Bantman).^[32] Celle-ci peut se réaliser lors de l'hospitalisation, ou lors de consultations ambulatoires.

Les thérapeutes cherchent ainsi à atténuer les sentiments de culpabilité et de honte, mais aussi les accusations, les menaces, les confusions, les destructions qui mettent en péril la vie d'un ou plusieurs membres de la famille et de leur voisinage social. L'objectif est alors de réaliser des dégagements par rapport à ces sentiments et à ces mouvements. Dans de tels cas, 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 ceux-ci.

L'information du patient et de la famille apparaît comme un élément désormais incontournable dans la prise en charge des patients schizophrènes, pour peu qu'elle soit congruente avec les capacités du patient et de ses proches de la traiter de manière constructive. Cette information mériterait d'être ajustée à chaque situation singulière, le concept de schizophrénie renvoyant à un ensemble de troubles, voire de maladies particulièrement complexes à diagnostiquer, et dont les formes évoluent selon les contextes.

La pratique de thérapies familiales repose tout autant sur l'apprentissage des thérapeutes. La diversité des situations symptomatiques et familiales conduit le plus souvent à une réévaluation des diagnostics initiaux. Les processus d'apprentissages partagés dans les situations critiques permettent ainsi de construire et reconstruire les liens qui redonnent un sens à la vie par un travail de concertation, d'information, de réflexion, de coopération, de délibération, de décision.

Références

- [1] Ackerman Nathan W. Treating the troubled family. New York: Basic Books, 1966
- [2] Racamier PC. Les paradoxes des schizophrènes. *Rev Fr Psychanal* 1978; XLII: 877-969
- [3] Lidz T, Fleck S, Cornelison A. Schizophrenia and the family. New York: International University Press, 1965
- [4] Ruffiot A, Eigner A, Litovsky de Eigner D, Gear MC, Liendo EC, Perrot J. La thérapie familiale psychanalytique. Paris: Dunod, 1981
- [5] Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. Paris: Le Seuil, 1972; 1977-1980
- [6] Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Changement, paradoxe et psychothérapie. Paris: Le Seuil, 1975
- [7] Haley J. Stratégies de la psychothérapie. Toulouse: Érès, 1993
- [8] Minuchin S. Familles en thérapie. Toulouse: Érès, 1974; 1998
- [9] Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cechin GF, Prata G. Paradoxes et contre-paradoxes. Paris: ESF, 1975; 1980
- [10] Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978
- [11] Boszormenyi-Nagy I, Spark G. Invisible loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy. New York: Harper and Row Publishers, 1973
- [12] Selvini M, Bova G, Do F, Fabrizi D, Fernandez E, Pasin E. Résultats d'une recherche sur des patients psychotiques traités avec la méthode paradoxale. Une première comparaison avec l'anorexie. *Généralisations* 2002; 25: 29-32
- [13] Wynne LC, Rycroff IM, Day J, Hirsch S. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958; 21: 205-220
- [14] Wynne Lyman C. Knotted Relationships, communication, deviances and metabinding. Berger MM ed. *Beyond the double-bind* New York: Brunner and Mazel, 1978; 179-188
- [15] Andolfi M. La thérapie avec la famille. Paris: ESF, 1977; 1982
- [16] Benoît JC. Les thérapies systémiques et la thérapeutique institutionnelle en psychiatrie de l'adulte. Rapport de thérapeutique. Paris: Masson, 1984
- [17] Kannas S. Thérapies familiales et schizophrénies. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2001; 26: 143-150
- [18] Miermont J. Psychose et thérapie familiale. Paris: ESF, 1997
- [19] McFarlane WR. Family therapy in schizophrenia. New York: The Guilford Press, 1983
- [20] Falloon IR, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia. New York: The Guilford Press, 1984
- [21] Doane JR, Goldstein MJ, Milowitz DJ, Falloon IR. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 279-287
- [22] Mari (de) JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994; 24: 565-578
- [23] Anderson H, Goolishian HA. Les systèmes humains comme systèmes linguistiques : implications pour une théorie clinique. *Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la systémique? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1988; 19: 99-132/1997
- [24] Miermont J. L'homme autonome. Paris: Éditions Hermès, 1995
- [25] Hellard-Vuilleumard MF, Blanc M, Savonnière R. La rencontre avec la famille : un facteur déterminant d'un changement institutionnel. *Synapse* 2002; 186: 22-26
- [26] Barrière A. Contexte et thérapie familiale, ou comment restituer au patient sa place au centre du monde, même si ce monde est petit. *Synapse* 2002; 186: 18-22
- [27] Chaltiel P. Deux préjugés valent mieux qu'un (surtout s'ils sont inconciliables). Des options stratégiques à la co-thérapie généralisée en thérapie familiale. *Généralisations* 2001; 24: 61-67
- [28] Habib M, de La Forest Divonne A. Le travail avec les familles : entre mythe et complexité. De l'apparence à la reconstruction. *Évol Psychiatr* 1997; 62: 533-541
- [29] Wunderlich U, Wiedemann G, Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Meta-analyse. *Verhaltenstherapie* 1996; 6: 4-13
- [30] Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73-92
- [31] Barbato A, d'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 81-97
- [32] Bantman P. La question de l'alliance thérapeutique avec la famille dans le traitement de la schizophrénie. Réflexions et perspectives actuelles. *Généralisations* 2002; 25: 63-68