

## *Thérapies familiales et schizophrénie(s)*

**Dr Vangelis Anastassiou - 108, avenue des Ternes-75017 Paris - anastassiou@online.fr**

### INTRODUCTION :

Les deux termes principaux du titre de mon intervention sont : "thérapie familiale" et "schizophrénie"; je vais m'attacher, en guise d'introduction, à les définir brièvement.

- Pour "thérapie familiale", je me référerais à la définition qu'en donne J. Miermont dans son livre "Psychose et thérapie familiale", à savoir "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, celles-ci n'étant pas nécessairement exclusives d'autres modalités thérapeutiques".

- Les thérapies familiales peuvent être systémiques, psychanalytiques, contextuelles, psycho-éducationnelles, éco-étho-anthropologiques, pour ne citer qu'elles; les thérapies familiales systémiques peuvent elles-même se décliner en thérapies familiales stratégiques, structurales, constructivistes, constructionnistes...

- Chaque champ, de par son modèle théorique sous-jacent, va aborder la démarche thérapeutique de manière différente.

- Le "spectre des schizophrénies" recouvre des entités cliniques variées allant des schizophrénies manifestes aux personnalités schizotypiques et schyzoïdes ;

- Je cite J. Miermont : "ce spectre des schizophrénies n'est pas seulement une affaire de diagnostic individuel. Il se retrouve dans la dynamique des familles rencontrées. Mais les problèmes sont très différents selon qu'il s'agit d'une bouffée délirante transitoire et réversible, de la première manifestation d'un épisode schizophrénique avec des manifestations d'automatisme mental ou du moment critique d'une psychose déjà présente au cours de l'enfance (...) Dans tous les cas, la symptomatologie psychotique signe la difficulté, voire l'impossibilité pour le système familial de réguler spontanément la crise familiale, c'est-à-dire de maintenir la continuités des trajectoires de vie soumises à des champs de force de grande intensité et de direction opposée".

\* La pratique avec la schizophrénie se situe au carrefour ou à l'interface des théories, des schizophrénies aux tableaux cliniques variés et surtout de la clinique, c'est-à-dire des spécificités in situ du patient et de la famille que l'on rencontre ; je devrais ajouter des particularités du contexte et du facteur personnel du thérapeute.

### LIGNES COMMUNES ET LIGNES DIFFERENTIELLES DES DIFFERENTS MODELES :

- Plutôt que de faire l'inventaire et/ou l'historique des différents modèles, je vous propose une tentative de mise en perspective de leurs points communs, de ce qui les rapproche et au contraire de ce qui les spécifie nettement, voire les rend incompatibles ; cette réflexion théorique n'a pas l'ambition d'être exhaustive : je la mènerais essentiellement à partir de trois modèles : le modèle systémique "classique" (c'est-à-dire l'école italienne illustrée notamment par M. Selvini, M. Andolfi avec l'apport de l'école structurale de S. Minuchin), le modèle éco-étho-anthropologique (J. Miermont) et le modèle psycho-éducatif (J. Leff ; W. Mac Farlane).

1 – Les lignes différentielles :

\* Une des principales lignes différentielles concerne la place accordée au travail sur les relations intra-familiales, sur la dynamique propre de la famille et comment celle-ci peut participer au maintien du problème. En effet, quand on parle de thérapie familiale, on a l'idée que le travail va exclusivement se centrer sur les processus intra-familiaux ; or, ce n'est pas toujours le cas, en particulier dans le champ de la psychose. Les modèles vont accorder une place variable au travail sur les relations intra-familiales, plus ou moins centrale; de plus, ils vont différer quant à la définition qu'ils donnent à ce travail relationnel et quant à la manière de le conduire, directement ou indirectement, c'est-à-dire quant aux techniques d'intervention.

a – Dans le modèle systémique dit "classique":

- Le travail est basé sur les relations intra-familiales : c'est la redéfinition relationnelle des troubles à l'intérieur du système thérapeutique qui légitime la conduite de la thérapie familiale et sert de levier thérapeutique ;

- Les troubles vont être interprétés à la lumière de la dynamique familiale: le “patient désigné” est à la fois le signe du blocage de la famille dans son processus d’évolution naturelle et le signe d’appel à un changement possible ; le système dit “rigide” psychotique est caractérisé par des relations uniquement en termes fonctionnels, au service du non changement ; à ce titre, le “patient désigné” est réduit à sa fonction de “malade” dans le système (tel autre à sa fonction d’hyper-normal...). Cette compréhension intra-familiale des troubles ne préjuge pas forcément de leur étiologie ; c’est avant tout un levier thérapeutique.
- L’objectif est de modifier ou d’au moins assouplir les règles de fonctionnement du système de manière à ce que les fonctions de chacun puissent être modifiées, que les différentes facettes de chaque membre du système aient à nouveau droit de cité ;
- Cette pratique s’exerce essentiellement hors institution et considère la famille comme une institution ;
- On parlera de thérapie familiale centrée sur le relationnel .

b – Dans le modèle éco-étho-anthropologique où “modèle” est entendu comme processus de modélisation et d’élaboration de la pensée et de l’action :

- Le point de vue éco-étho-anthropologique, tout en n’étant pas centré sur les contenus intra-familiaux, évite de se situer, par rapport à ces contenus, dans une perspective inclusive ou exclusive ; une autre dimension qu’il va particulièrement prendre en compte est l’articulation des différents contextes de soins qui forment des “hiérarchies enchevêtrées” avec le souci constant de la recontextualisation et de la requalification des différentes prises en charge dans leur spécificité ;
- Cette modélisation ou plutôt cette articulation entre activités modélisantes privilégie le travail relationnel indirect en s’attachant à considérer les effets contextuels institutionnels et familiaux : “en particulier, dans les formes les plus graves de schizophrénies, l’évolution des relations familiales nécessite des trajectoires indirectes, qui consistent à restituer à la famille des formes de rencontre et de réflexions qui ont surgi des contacts avec les équipes de soin”;
- Je cite J. Miermont : “Dans les troubles liés à la psychose ou à la maltraitance, il s’agit moins d’enquêter sur l’histoire de la famille que de faire advenir des événements ayant valeur d’une histoire partageable. Le contenu de la thérapie familiale est alors son contenant : le fait de réunir la famille, d’échanger des connaissances, d’évoquer ce qui advient dans les différents contextes de soin permet un double mouvement de familiarisation sociale et de socialisation familiale” ; ce qui revient à apporter à la famille des informations éventuellement élaborées en son absence et apporter à l’équipe des informations concernant les points de vue de la famille à propos des problèmes posés et des décisions à prendre; ce travail spécifique d’articulation peut être comparé à un travail de “composition des désaccords” et tente de reconstituer de manière “artificielle”, par la mise en place de rituels extraordinaires de conversations ordinaires l’identité dissoute ou disséminée du patient schizophrène ;
- Cette pratique s’exerce dans l’intuition et en relation avec l’institution;
- On parlera de consultations familiale à visée thérapeutique .

c- Le modèle psycho-éducatif :

- Le travail est basé sur les relations intra-familiales avec un autre objectif : réduire et contenir les émotions exprimées.

\* Une autre ligne différentielle est le statut de la maladie ou de l’étiquette "schizophrénie" :

- Dans un cas (c’est-à-dire dans le modèle systémique), elle est considérée au titre de la fonction du patient désigné ; en un sens, cela tend à se couper plus ou moins complètement de la pratique psychiatrique courante. Cela revient à tirer, si l’on veut, le patient vers le haut ; on part de l’hypothèse la plus optimiste où le patient ne “serait” pas fou mais “ferait” le fou ou “montrerait” des comportements de fou pour des nécessités de fonction au sein de la famille; quitte à baisser ses ambitions thérapeutiques en cours de route si les comportements de “fou” ne se réduisent pas ; cela répondrait en quelque sorte à la devise :”qui ne risque rien n’a rien” !
- Au contraire, le modèle éco-étho-anthropologique et le modèle psycho-éducatif considèrent la schizophrénie comme entité nosographique ; le diagnostic médical reste central, demeure le point de mire incontournable, quitte à ce que, éventuellement, celui-ci évolue au cours du temps.

\* Une autre ligne différentielle concerne la référence à un ou plusieurs modèle(s) ou méta-modèle(s) :

- La tentation est, dans un cas, d'avoir une approche unilatérale, spécifique, qui accorde une grande importance à la cohérence et à la consistance interne du modèle, quitte à en changer successivement ou à l'affiner au fur et à mesure ;

- L'approche éco-étho-anthropologique est une approche transversale avec des focus variés ayant éventuellement des logiques différentes ;

\* Une autre ligne différentielle est la place accordée au travail sur les émotions :

Dans le modèle systémique, le travail sur les émotions est utilisé comme levier thérapeutique ; le modèle éco-étho-anthropologique insiste sur les aspects de canalisation, de ritualisation, d'ajustement des émotions aux contenus cognitifs ; le modèle psycho-éducatif vise à contenir et réduire les émotions exprimées.

\* Une autre ligne différentielle est la position du thérapeute :

Dans le modèle systémique, le thérapeute appartient au système thérapeutique, constitué par la famille et le thérapeute, baptisé "troisième planète" par M. Andolfi ; Dans le modèle éco-étho-anthropologique, le thérapeute participe à la création du système thérapeutique dans une dynamique oscillante d'entrées-sorties, de présences-absences. Il appartient et il n'appartient pas aux systèmes familiaux et institutionnels, en regard du processus thérapeutique ainsi généré ; dans le modèle psycho-éducatif, le thérapeute est dans une position d'extériorité par rapport à la famille.

2 - Les points communs des différents modèles dans la manière dont ils sont pratiqués aujourd'hui :

\* Le travail est axé sur les ressources de la famille ; on parlera aussi de "compétences", de forces ou encore de "résilience" ;

\* L'importance accordée à ce que dit le patient ; un statut de parole est accordé à ses propos ;

\* Le soutien de toutes les initiatives du patient visant à lutter contre l'apragmatisme ou à soutenir une certaine autonomie, sans que cet encouragement devienne trop persécutif ; cela suppose la capacité des thérapeutes à supporter la dynamique de l'apragmatisme ;

\* Le soutien de toutes les initiatives parentales visant à les requalifier comme parents, à les aider à lutter contre leur sentiment d'impuissance ; J. Miermont propose, dans la perspective éco-étho-anthropologique, de partir d'un constat d'impuissance partagée ;

\* La question de l'engagement thérapeutique : Selvini parle d'engagement "radical" (différent de l'acharnement) ; F. Walsch parle d'engagement "courageux" ;

\* La vue commune sur la manière d'envisager les transactions dans les familles de schizophrènes : les règles de la communication sont régies par une symétrie excessive au point de n'être pas évocable et donc occulte, qui entraîne un jeu interminable ;

\* Il en découle un autre point commun qui est l'attention extrême à ce que chacun "garde la face" ;

CONCLUSION :

Pour conclure, je vais essayer de vous dire quelque chose de ma position actuelle :

Mon inscription professionnelle actuelle, en tant que thérapeute familial, se situe dans plusieurs lieux (Fédération de services en thérapie familiale, coordonnée par J. Miermont ; APRTF, dont P. Chaltiel, ici présent est le président), donc avec plusieurs équipes qui, pour partager une épistémologie systémique au sens large, n'en ont pas moins une pratique différente par rapport à certains points évoqués plus haut et notamment par rapport à la place, à la définition et à la manière de conduire le travail relationnel avec les familles de schizophrènes ; d'où mon effort constant, dont cette communication est le reflet laborieux, pour tenter d'articuler ces modèles, non pas dans le cadre d'une démarche éclectique qui serait de prendre le "meilleur" de chacun d'entre eux mais par rapport à une réflexion issue de la clinique et à ce qui me caractérise comme thérapeute.

Mon hypothèse de travail actuelle serait de poser le travail intra-familial comme une modalité de travail parmi d'autres ; non pas comme une "cerise sur le gâteau" ou le "nec plus ultra" au même titre que "la guérison de

surcroît” en psychanalyse mais comme une option de travail utile et thérapeutique : il s’agit de reconnaître avant tout que dans certains cas, le travail relationnel que je qualifierais de “direct”, n’est pas possible et surtout pas utile voire néfaste ; en revanche, que dans d’autres cas, il s’avère thérapeutique.

A partir de là, il s’agit de définir, d’une part ce que j’entends par “travail intra-familial” et d’autre part les conditions pour que ce travail soit possible :

#### 1 – Définition :

Je le conçois davantage comme un travail par petites “touches” qu’un bloc monolithique ou qu’un chemin qui serait à parcourir d’une seule traite ; pour poursuivre la métaphore, plutôt comme des chemins de traverse qu’une autoroute de dérivation. Mon propos rejoint ce que JF. Sallustrau et P. Locoy ont écrit sur les “tout petits riens thérapeutiques” (Génération n°16).

Ce travail ne s’inscrit pas dans une visée de compréhension du thérapeute ni même dans une optique de changement au sens stratégique mais bien plutôt de mise en tension ponctuelle de certaines situations qui vont être racontées par la famille, le plus souvent de micro-événements issus du quotidien (ces micro-événements amenés par la famille seront choisis pour l’écho qu’ils renvoient avec les polarités conflictuelles propres à la famille).

L’exploration de ces micro-événements par le menu facilite l’“immersion” du thérapeute dans le système familial ; elle permet, en déroulant les séquences de la situation comme les séquences d’un film, de se connecter au côté le plus vivant de la famille, ce qui est souvent une gageure avec les familles de patients schizophrènes, de créer du lien, de circulariser l’information (au sens de G. Ausloos, c’est-à-dire non de recueillir des données mais de faire découvrir aux membres de la famille ce qu’ils ne savaient pas qu’ils savaient sur leur relation) ; elle participe grandement à la construction/reconstruction d’un tissage relationnel, à la co-construction de versions “un petit rien” différentes ; cette immersion dans le micro-évènementiel a aussi pour effet, le plus souvent, de détendre l’atmosphère sans compter qu’elle peut être la source, pour les membres de la famille, d’une gratification au plan narcissique quand ils perçoivent que ce qu’ils peuvent considérer comme banal, voire insignifiant, devient digne d’intérêt pour le thérapeute. Il est très important, ce faisant, de rester au plus près de ce que les membres de la famille avancent sans “injecter” de l’extérieur des hypothèses propres au thérapeute.

#### 2 – Conditions :

- Ce travail ne peut se faire qu’après la phase préliminaire d’“approche” ou d’“apprivoisement” de la famille en institution (au sens quasi éthologique du terme, différente et complémentaire de l’affiliation, plus culturelle) et après que le cadre de la thérapie familiale se soit progressivement mis en place et surtout différencié des autres modalités de prise en charge ;
- C’est une pratique basée sur la notion de “laisser-venir” : ce qui revient à laisser la famille parler de la crise intra-familiale et travailler avec eux à ce moment-là : cela revient à parler avec eux de ce dont ils souhaitent parler ou de ce dont il est possible de parler sans pratiquer de “forcing”;
- Quand on a le sentiment que ce qui est amené comme matériel est autre chose qu’une bombe incluse dans un jeu d’attaques respectives ; cela va de paire avec une grande vigilance de la part du thérapeute, un état de mise sous tension interne où, toujours sur le fil du rasoir, il se demande en permanence s’il prend ou pas, s’il utilise ou non le matériel amené par la famille dans le cadre d’une reprise de ce matériel pour un travail au plan relationnel ;
- A la condition que le “patient désigné” reste le fil conducteur, que le thérapeute referme la parenthèse ouverte dans la trame relationnelle familiale avant la famille ; autrement dit, à la condition que le thérapeute garde ma main ;

Vignette clinique : cette vignette clinique concerne une jeune fille de 19 ans, hospitalisée dans le service de psychiatrie de l’hôpital P. Brousse, à Villejuif ; j’occupe dans ce service une “double casquette” de psychologue attachée à une des unités d’hospitalisation et de consultante familiale au titre de mon appartenance à la fédération de services ; c’est à ce titre que j’ai rencontré C et sa famille.

C, âgée de 19 ans, est hospitalisée pour un épisode délirant à thème unique hypocondriaque qui fait suite à l’ingestion d’une tisane réputée pour favoriser le sommeil. C n’a pas d’antécédents psychiatriques ; elle est étudiante en deuxième année de philosophie, bonne élève ; ses parents ont la cinquantaine ; le père très “savant fou” est professeur de biochimie dans une grande école ; la mère, très “ancienne anorexique”, ne travaille pas et a consacré sa vie d’épouse à élever leurs filles, C et sa sœur, âgée de 23 ans, étudiante en maîtrise d’allemand.

Je rencontre C et ses parents, pour la première fois, après presque deux mois d'hospitalisation, dans un contexte d'escalade symétrique intense entre l'équipe médicale et les parents ; l'équipe a, en effet, de plus en plus de mal à tolérer l'omniprésence des parents, surtout de la mère, assortie de leur ambivalence majeure par rapport à la nécessité du traitement et du maintien de l'hospitalisation. La mère passe ses journées à l'hôpital, tutoyant et embrassant les autres patientes hospitalisées, à tel point que la plaisanterie est de dire qu'elle est en hospitalisation de jour ; avec C, elle agit comme si c'était un nourrisson, la coiffant, lui faisant prendre sa douche, l'inspectant nue. De dos, quand elles sont côte à côte, il est impossible de différencier la fille de la mère. Le père, quant à lui, banalise les troubles de C, lui apporte des piles de livres de philosophie et pense que le retour à la maison associé à la pratique d'un sport devraient entraîner un retour à la normale. Le fait est que C, après plus d'un mois d'hospitalisation, ne s'améliore pas ; la persistance du délire monothématique, de la dissociation et de la réticence oriente l'hypothèse diagnostique vers un épisode d'entrée dans la schizophrénie alors que jusque-là, l'hypothèse d'une bouffée délirante semblait être la plus probable. Le traitement est donc modifié ( tercian 350mg/jour et ziprexa 20mg/jour devient haldol 20mg/jour et largactil 225mg/jour) et commence à produire ses effets au moment de ma première rencontre avec C et ses parents.

Le but de cette première rencontre était de tenter de désamorcer quelque peu l'escalade symétrique et d'établir, autant que faire se peut, un contexte de plus grande collaboration. C s'exprime avec beaucoup de difficulté ; elle pleure au moment où sa mère dit qu'elle va rester une "éternité" à l'hôpital et qu'elle-même est déprimée depuis l'hospitalisation de sa fille. Les parents ont en fait rédigé une lettre à l'attention du médecin responsable, qu'ils nous montrent (à l'interne, présente à l'entretien, et à moi) annonçant leur décision de sortie "contre avis médical" de C. Malgré ce projet de sortie, nous convenons de fixer un nouveau rendez-vous trois semaines plus tard, que C soit ou non sortie. C sort en effet deux jours plus tard contre avis médical. Nous revoyons la famille le jour convenu ; C va mieux et pour eux, tout est réglé. On peut penser que l'idée de la famille était de nous montrer à quel point C allait mieux, à quel point le retour à la maison lui avait été bénéfique, en somme qu'ils étaient de meilleurs thérapeutes que nous. Nous convenons avec eux que C est incontestablement mieux (elle est même retournée à l'université prendre un cours) , en quoi nous évitons l'escalade symétrique et validons leurs compétences, tout en incitant à une très grande prudence et à une très grande vigilance. Nous convenons d'un nouveau rendez-vous, quatre semaines plus tard.

C'est en fait de cet entretien dont je souhaite plus particulièrement vous parler qui a lieu sans l'interne qui n'a pas pu se libérer. Les parents m'expliquent d'abord que C va à nouveau mieux après une période difficile où ils ont pensé qu'elle rechutait ; je pense, quant à moi, que la reconnaissance tacite de leurs "compétences" la fois précédente, avant tout par le maintien du lien thérapeutique malgré la sortie contre avis médical, leur a facilité de reconnaître en ma présence qu'il y avait des hauts et des bas ; à nouveau, C va mieux : elle retourne progressivement à ses cours à la fac, a repris une activité de chorale, très investie, continue à aller une journée par semaine au CATTP du CMP où elle est suivie maintenant sur le plan médical. J'opère à ce moment-là ce que j'appelle une immersion dans la vie de la famille, explorant avec le plus grand soin, le plus grand souci du détail l'organisation de la vie au quotidien pour accompagner les mouvements de ré-organisation et de ré-autonomisation de C : C se rend-elle seule à la fac ou accompagnée de sa mère ? sa mère l'accompagne-t-elle systématiquement ou pas ? La mère reste-t-elle à la fac ou rentre-t-elle à la maison dans l'intervalle ? Entre-t-elle dans la salle de cours ou reste-t-elle à l'extérieur ? Est-ce qu'elle s'assoit à côté de sa fille ou au fond de la salle ? Prend-elle aussi des notes ou pas ? Idem pour la chorale; c'est comme si les questions que je posais, par l'intérêt soutenu que j'y portais, légitimaient, pour la mère le comportement d'escorte ou de surveillance rapprochée de sa fille ; cela revient à faire, en d'autres termes, un mouvement d'amplification de la désignation. A un certain moment, le père intervient et dit en riant : "vous savez, on vous avait jusqu'ici caché quelque chose : en fait, dans la famille, c'est moi le fou, ma femme est la malade et notre fille la convalescente"; madame et C rient à ces propos. Je demande à la mère ce qu'elle pense de ce que vient de dire son mari : elle me dit que son mari a raison, qu'elle pense que C est sa "béquille" sue laquelle elle s'appuie et qu'au fond, quand elle va à la fac avec C, on peut se demander qui, des deux, a le plus besoin de l'autre. A partir de là, il devient possible d'aborder son vécu de solitude, d'isolement lié, pour elle, à sa situation d'immigrée en France, sa nostalgie de l'Allemagne, focalisée autour d'une propriété familiale, vendue depuis peu; C intervient peu. La séance se termine par un recentrage sur C, la légitimité des inquiétudes de madame à son sujet, la fragilité de son amélioration et une incitation au maintien de la plus grande prudence. La fois suivante, C va encore mieux ; cette fois, elle se déplace seule mais ses parents lui ont acheté un portable ; on discute ensemble du temps à partir duquel, si C rentre avec du retard, sa mère s'inquiète et téléphone ; la mère envisage de son côté un déplacement en Allemagne pour voir sa sœur.

Ces premiers entretiens familiaux à visée thérapeutique pour cette patiente me semblent illustrer plusieurs des points évoqués plus haut :

- Une éthique de travail basée sur les compétences de la famille ;

- La crise intra-familiale est abordée par les membres de la famille sans forcing de la part du thérapeute même si il était tout à fait clair, d'emblée, que la question de la dépression de la mère était cruciale. Le rôle du thérapeute a consisté à établir un contexte de confiance et de renforcer positivement, en les amplifiant, les attitudes de la mère dans un contexte d'exploration d'un micro-événement ;
- Le voyage dans le passé de la mère est utilisé en lien avec le présent et son vécu d'isolement actuel ;
- Le "retour" sur le "patient désigné" se fait sur l'initiative du thérapeute avant la fin de la séance.

J'ai choisi ce cas en vue de tenter de mettre en évidence ou d'illustrer certaines modalités spécifiques de travail avec la famille ; il n'est, bien entendu, pas représentatif de toutes les formes de schizophrénies, en particulier des formes les plus chronicisées prises dans des processus d'enkystement beaucoup plus difficilement mobilisables.

#### Bibliographie :

« Thérapie familiale et schizophrénie – évaluation », A. Almosnino, A. de la Forest Divonne, Psychothérapie des schizophrènes, Halopsy n°20 ;

« Croisements entre théorie et pratique avec la famille », P. Bantman, A. Delahaye-Facon, M. Legros, Générations n°19 ;

« Faut-il réduire les émotions exprimées dans les familles de schizophrènes », P. Chaltiel, communication à paraître ;

« Portrait du thérapeute désigné de la famille du schizophrène », P. Chaltiel, E. Romano, communication à paraître ;

« Jeux : doubles descriptions », P. Chaltiel, Générations n°8 ;

« Les tout petits riens thérapeutiques », P. Lecoy, JF. Salustrau, Générations n°16 ;

« Psychose et thérapie familiale », J. Miermont, ESF éditeur, 1997 ;

« Psychothérapies contemporaines », J. Miermont, collection Psycho-Logiques, L'Harmattan éditeur, 2000 ;