

# Impacts traumatiques aigus et chroniques des troubles schizophréniques sur les aidants familiaux

*Du sous-repérage de l'épuisement des aidants et des traumatismes vicariants en psychiatrie*

**Antoine Barrière**

Psychiatre, thérapeute familial,  
chef du pôle de thérapie familiale,  
CH Paul-Guiraud Villejuif,  
80 rue de Verdun, 94800 Villejuif, France

**Résumé.** Les notions d'épuisement, de burn out ou encore de syndrome de stress post-traumatique familial sont quasi absentes de la littérature psychiatrique professionnelle, alors qu'elles existent dans d'autres disciplines comme la gérontologie ou les soins palliatifs. Pourtant depuis les années 1950, d'abord avec les thérapies familiales, puis avec la psychoéducation, un travail spécifique avec les familles comportant un membre porteur de trouble schizophrénique a été développé. Les signes repérés par ces courants dans le fonctionnement familial (double liens, émotions exprimées, communication déviante) entretiennent d'étroites parentés avec le burn out des aidants ou le syndrome de stress post-traumatique familial. Il s'agit alors de repérer les familles confrontées à un tel phénomène, afin de mettre en œuvre un suivi familial spécifique qui tienne compte des effets traumatiques tant aigus que chroniques, ainsi que des effets de perte d'autonomie. Ce dispositif vient compléter les dispositifs de groupes de pairs et psychoéducatifs.

**Mots clés :** accompagnement, aidant, syndrome post-traumatique, famille de malade mental, psychothérapie familiale, psychoéducation, schizophrénie

**Abstract. Acute and chronic traumatic impact of schizophrenic disorders on family caregivers (from the viewpoint of caregiver exhaustion and vicarious trauma in psychiatry).** The notions of exhaustion, burn-out, or Still's syndrome in family post-traumatic stress disorder are practically absent in the professional psychiatric literature, although it does exist in other disciplines such as in gerontology or palliative care. However, since the 1950s, initially with family therapy, then with psychoeducation, specific work with families who had a relative with schizophrenia has been developed. The signs identified by these currents in family functioning (double-bonds, expressed emotion, deviant behavior) are closely related to caregiver burn-out or family post-traumatic stress disorder. It is then a question of identifying families confronted with such a phenomenon, in order to implement a specific family therapy which takes into account traumatic effects such as severe loss of autonomy. This approach is complementary to peer group and family psychoeducation.

**Key words:** monitoring, support, post traumatic syndrome, family of mentally ill, family psychotherapy, psychoeducation, schizophrenia

**Resumen. Impactos traumáticos agudos y crónicos de los trastornos esquizofrénicos en los auxiliares de familia (Sobre la sub-detección del agotamiento de los ayudantes y de los traumas vicariantes en psiquiatría).** Las nociones de agotamiento, de burn out o aún de síndrome de e stress post-traumático de familia están prácticamente ausentes de la literatura psiquiátrica profesional mientras que existen en otras asignaturas como gerontología o cuidados paliativos. Sin embargo ya desde los años de 1950 primero, primero con las terapias de familia, luego con la psico-educación ha sido desarrollado una labor específica con las familias con un miembro afectado de trastorno esquizofrénico. Las señales detectadas por estas corrientes en el funcionamiento de la familia (doble-vínculos, emociones expresadas, comunicación desviante) mantienen estrechas semejanzas con el burn out de los auxiliares o el síndrome del estrés post-traumático de familia. Se trata entonces de detectar las familias confrontadas con tal fenómeno con el fin de poner en marcha un seguimiento de familia específico que tome en cuenta los efectos traumáticos tanto agudos como crónicos así como unos efectos de pérdida de autonomía. Este dispositivo viene a completar los dispositivos de grupos de pares psicoeducativos.

**Palabras claves:** acompañamiento, ayudantes, síndrome post-traumático, familia de enfermo mental, psicoterapia familiar, psicoeducación, esquizofrenia

**Correspondance :** A. Barrière  
<antoine.barriere@gh-paulguiraud.fr>

Les réflexions développées dans ce travail s'inscrivent dans le cadre d'une pratique de thérapie familiale au sein d'un hôpital psychiatrique. L'hôpital Paul-Guiraud possède, depuis une trentaine d'années, une unité spécifiquement dédiée à la thérapie familiale. Il y a été développée une pratique particulière auprès des familles dont au moins un membre est porteur d'un trouble psychiatrique sévère, en particulier schizophrénique. Ce travail spécifique a mis en évidence la dimension traumatique pour le patient, comme pour ses proches des troubles schizophréniques.

## De la faible reconnaissance de l'impact traumatique des troubles schizophréniques

L'impact des troubles sur les proches est peu explicite dans les schémas thérapeutiques des soignants de première ligne. Les recherches bibliographiques illustrent ce fait : la question de la souffrance des familles avec un membre schizophrène est quasi absente de la littérature. Ainsi sur une base bibliographique francophone de référence (AscodocPsy), les termes : « burn out des familles », « burn out des aidants », « épuisement des familles », « épuisement des aidants », « traumatisme des familles » n'existent pas dans le thésaurus et le nombre d'articles qui traitent de ce sujet est anecdotique. Ces mêmes termes apparaissent en revanche dans de nombreuses publications en lien avec les soins palliatifs et la gérontologie [1-3]. L'épuisement des familles y est, dans ces champs, explicitement observé et pris en compte en tant que tel, par un grand nombre d'équipes. Quant à la littérature spécialisée en thérapie familiale, elle ne mentionne qu'exceptionnellement [4] les termes d'épuisement, de burn out ou même de souffrance ; elle reste focalisée sur des anomalies de communication et de structure. La littérature centrée sur la psychoéducation [5], utilise le terme de fardeau (*burden* en anglais) pour aussitôt proposer des outils concrets sans tenir compte des effets traumatiques chroniques de la maladie, en particulier lorsqu'elle est sévère.

## Conceptions de la thérapie familiale concernant les troubles schizophréniques

### Historique

La thérapie familiale s'est très tôt intéressée à la schizophrénie et à la famille à travers les travaux princeps de l'école de Palo Alto, basés sur les schizophrènes et leur famille. Ces recherches marquent l'acte de naissance du mouvement des thérapies familiales [6]. Les thérapies familiales jusque dans les années 1980 ont ainsi reconnu l'importance des familles dans les soins et le devenir des patients schizophrènes, elles s'appuyaient cependant sur une logique étiologique. De cette période sont ainsi nés des modèles

de fonctionnements familiaux censés décrire la genèse des troubles et proposer des techniques destinées à guérir la famille en corrigeant ses anomalies [7, 8]. La thérapie familiale n'a ainsi pas échappé aux critiques qu'elle-même avait pu formuler à l'encontre de la psychiatrie orthodoxe ou de la psychanalyse en s'abandonnant elle aussi aux illusions causales linéaires. Cela a abouti à une stigmatisation des familles qui finalement étaient responsables des troubles de l'un des leurs. Durant cette période, la question de la souffrance des proches, de la dimension traumatique du trouble a donc été entièrement éclipsée.

Après les années 80, les principaux courants de la thérapie familiale se sont tout simplement désintéressés des familles avec un membre schizophrène, seules certaines équipes en France ont développé un travail clinique et un corpus théorique spécifique [4, 9]. Les courants principaux ont, pour leur part, élargi les indications à des situations moins extrêmes que celles traitées par la génération précédente, tandis que la question des familles et des schizophrènes basculait du côté de la psychiatrie biologique et des approches cognitivo-comportementales avec la psychoéducation familiale. Jacques Miermont et quelques autres ont de leur côté pris le parti de ne plus « soigner » des familles qui devraient répondre à un certain idéal de fonctionnement, mais plutôt de faire des thérapies avec la famille, sans se préoccuper d'une quelconque explication étiologique.

Depuis les années 2000, sous l'impulsion de programmes états-uniens puis canadiens, la thérapie familiale prend place au sein de protocoles intégratifs qui déterminent un nombre de séances destinées à la famille, au réseau, au patient, à la psychoéducation, le tout sur une période limitée dans le temps. Ces programmes arrivent maintenant en France<sup>1</sup> et reposent sur l'idée que la thérapie familiale a pour mission de soigner certains dysfonctionnements familiaux. Ceux-ci ne sont cependant plus considérés comme causaux, mais comme un des aspects d'une causalité multiple, dans une perspective bio-psycho-sociale.

### Le double lien

Un des concepts fondateur de la thérapie familiale, a été décrit dans le cadre de l'observation de familles de schizophrènes : le double lien (*double bind* en anglais). L'équipe de Palo Alto [6, 11] l'a décrit de la manière suivante :

- présence d'une relation de pouvoir entre un maître (souvent la mère) et un assujetti (le malade) ;
- chronicité du mode d'échange ;
- série de messages contradictoires, soit dans deux registres de communication différents (verbal/non verbal), soit dans deux registres logiques différents (affectif/cognitif) ;
- une menace de rétorsion en cas de non-application de l'injonction paradoxale.

<sup>1</sup> Par exemple le projet INCANT en addictologie [10].

Formulé de la sorte, le double lien est une modalité de relation où celui qui a le pouvoir met le faible en situation indécidable. De là à y voir une forme d'intentionnalité (famille coupable) ou de maladie (famille malade) le chemin est court. Par la suite, ces doubles liens se sont révélés nettement moins spécifiques que prévu et surtout nettement moins sensibles : des familles sans double lien pouvaient avoir des patients très atteints, tandis que d'autres avec beaucoup de doubles liens pouvaient ne pas avoir de membre schizophrène [12]. Par ailleurs, les doubles liens étaient présents dans de très nombreuses situations, en particuliers celles où il y avait des dangers vitaux mais aussi dans des situations plus ordinaires [13]. La caractéristique du double lien est le paradoxe et la confusion qu'il met en évidence tant dans les registres affectifs, cognitifs que communicationnels. Ces phénomènes peuvent être relus selon une grille qui associe traumatisme et perte d'autonomie, et peuvent donc être rapprochés des descriptions d'épuisement et de PTSD (cf. infra).

## Conceptions de la psychoéducation

### Historique

Dès la fin des années 1970, des changements de paradigmes s'opèrent avec d'une part la montée en puissance de la neurobiologie qui a remis en avant les causalités biologiques ; d'autre part les évolutions sociétales qui voient apparaître les associations de familles avec leurs revendications dans un contexte de désinstitutionnalisation [14]. Les neuroleptiques ont en effet vidé les hôpitaux et ramené bon nombre de patients dans leur famille. Des équipes nord-américaines [15, 16] ont alors développé des études puis des prises en charge spécifiques destinées à soutenir les familles pour améliorer le rétablissement des patients. Ont ainsi été identifiées des familles à fortes émotions exprimées (*expressed emotion* en anglais, ou EE) au sein desquelles les patients rechutent plus et sont moins observants. De même d'autres équipes [17] identifient des familles avec une communication déviante (CD) importante, et là aussi concluent que cela est un facteur de mauvais pronostic (certaines études montrent même qu'un haut niveau de communication déviante serait prédictif de la survenue d'un trouble schizophrénique chez l'un des membres de la famille).

Le principe de la psychoéducation consiste alors à fournir aux familles :

- de l'information sur les troubles ;
- des stratégies de « *coping* » face aux symptômes ;
- des méthodes de gestion du stress ;
- des informations sur les dispositifs de soins et la manière de les solliciter et de les utiliser ;
- une mise en route d'une dynamique groupale de soutien entre pairs destinée à perdurer dans le temps.

Il s'agit de programmes structurés, tant dans leur contenu, leur déroulé que leur durée. Ces programmes

reposent sur l'hypothèse qu'une fois outillées les familles pourront se débrouiller seules, et se soutenir mutuellement.

### Le concept d'émotions exprimées (EE)

Un des concepts pivot de cette approche, est celui d'EE (15, 16). Celles-ci sont définies par :

- l'hostilité, qui est la manifestation d'une distorsion cognitive concernant la maladie qui est déniée ;
- le surinvestissement émotionnel qui est aussi la conséquence d'une distorsion cognitive concernant la maladie qui est alors sur-perçue au détriment des ressources saines encore présentes ;
- les commentaires critiques qui sont un mélange des deux attitudes précédentes.

Les EE ont été repérées dans bon nombre de troubles psychiatriques graves d'une part, et d'autre part ont une parenté étroite avec les symptômes décrits dans l'épuisement des aidants (cf. infra). Les EE ne sont donc pas spécifiques aux familles avec un membre schizophrène, de plus leur troisième forme entretient aussi une parenté avec le paradoxe tout comme les doubles liens et la communication déviante.

### Le concept de communication déviante (CD)

Des chercheurs d'un autre courant moins clinique ont mis en évidence des familles où :

- le consensus autour d'un sujet commun est difficile ;
- l'écoute de l'autre est inexistante ;
- le langage est flou ou illogique ;
- les émotions sont peu lisibles.

Ils les ont qualifiées de familles avec communication déviante et ont pu établir un lien entre la genèse de la schizophrénie et un haut niveau de CD. Passé l'enthousiasme initial – le même que celui de l'équipe de Palo Alto presque trente ans plus tôt –, il s'est avéré que ces manifestations étaient encore plus fréquentes lorsque le membre malade était porteur d'un trouble bipolaire d'une part, et que d'autre part, il y avait des familles où il n'y avait pas de CD mais un membre schizophrène. Il apparaissait cependant qu'un haut niveau de CD était plus souvent associé à des formes de schizophrénies avec discordance (17). Là aussi, ces signes ne sont pas pathognomoniques, pas plus qu'étiologiques mais ils sont un facteur de vulnérabilité et un signe de désorganisation traumatique.

## Perspective traumatique

### Traumatisme, désorganisation, autonomie

Les doubles liens, EE ou CD ne sont donc pas spécifiques des familles avec un membre (au moins) schizophrène. En revanche ces manifestations signent un dépassement des capacités d'ajustement au traumatisme que suscitent

les troubles schizophréniques<sup>2</sup>. Il paraît licite de faire l'hypothèse que ces diverses manifestations de la communication et affectives sont la conséquence d'une atteinte importante de l'intégrité du système familial, du fait de la présence de troubles qui menacent les équilibres vitaux, qu'ils soient somatiques, et/ou psychiques et/ou sociaux [9]. Ce dont il s'agit n'est ni plus ni moins qu'une perte d'autonomie tant du système familial que du patient face à un danger d'abord aigu puis chronique. Un élément clinique supplémentaire vient appuyer cette hypothèse : l'isolement des familles est décrit dans tous les cas où il y a une maladie chronique sévère (que cet isolement soit qualifié « d'autistique », de « dépressif », de « stigmatisation » selon les auteurs et leur théorie). Cet isolement est également un signe important d'atteinte de l'autonomie. En effet un système en perte d'autonomie n'est plus capable d'utiliser les mécanismes d'expression des alarmes de manière congruente, ni même de les repérer. Cela implique donc que ce sont les soignants qui doivent repérer les signaux qui témoignent de la souffrance de la famille.

### *Burn out des familles*

Un détour par la description du burn out chez les professionnels qui est abondamment décrit dans la littérature [18] permet de définir celui des familles. Le burn out est caractérisé par la conséquence de l'exposition prolongée à un stress qui cause un dépassement des capacités adaptatives ce qui induit :

- épuisement des émotions,
- cynisme,
- perte d'ambition,
- contagion dans la sphère privée.

Cette description s'applique aux familles, le stress est ici intrafamilial et très chronique ; l'épuisement des émotions correspond au moins pour partie à un haut niveau d'EE, de même que le cynisme. Quant à la perte d'ambition elle correspond à une perte de sens elle-même très propice à des messages paradoxaux. Le dernier item de contagion de la sphère privée est quant à lui non pertinent dans le cas des familles dans la mesure où le stress s'y déploie.

Il est très étonnant au premier abord que le burn out du soignant ait pu être pensé mais pas celui de la famille. Cette dernière est pourtant surexposée ; elle n'a de plus ni l'échappatoire de l'arrêt de travail, ni celui d'un changement de poste. De manière toute aussi paradoxale en apparence, les soignants peuvent reprocher aux familles de « se débarasser de leur malade » sans imaginer qu'il puisse s'agir d'un simple besoin d'un « arrêt de travail ». La demande récurrente des associations de familles d'un développement de lieux où leur proche malade puisse vivre, s'inscrit dans ce

<sup>2</sup> Les éléments paradoxaux peuvent parfois être observés avant l'apparition des troubles, ils constituent un facteur de vulnérabilité au moins autant à l'éclosion d'un trouble psychotique qu'à une vulnérabilité familiale à en supporter les effets traumatiques. Ces éléments seront ainsi amplifiés après la maladie (débordement des défenses adaptatives), et amplifieront en retour les symptômes avec installation d'une rétroaction amplificatrice.

besoin même si d'autres facteurs s'y ajoutent (autonomisation du patient, espace propre pour lui. . .). Les équipes de gériatrie [2] ou de soins palliatifs [1] reconnaissent quant à elles ce besoin de répit et proposent des dispositifs.

Ainsi la charge importante des troubles psychotiques suscite chez les soignants de subtiles défenses, peu conscientes. Le phénomène est aggravé par un dispositif de soins dont les soignants eux-mêmes oublient que le caractère groupal avec diffraction du transfert a un effet protecteur.

Pour ce qui est des doubles liens et des phénomènes de distorsion cognitives, faute de connexion entre les disciplines, il manque des études centrées sur des familles confrontées à des troubles qui atteignent la cognition et les affects (démences, maladies neurodégénératives, cancer en fin de vie). Ils semblent pourtant être une conséquence de la perte de sens induite par l'exposition à un trouble incompréhensible.

### *Traumatisme aigu et traumatisme vicariant*

La description des effets traumatiques au long cours doit être complétée par celle des effets post-traumatiques aigus. En effet il a été décrit des « traumatismes vicariants » [19] chez les humanitaires, les urgentistes, les professionnels des CUMP. Les familles avec un membre porteur de troubles schizophréniques sont exposées à des traumatismes de type II. Les traumatismes de type II « correspondent à une perte de sens qui se produit dans la vie des individus quand ils sont confrontés à un événement incroyable, inimaginable, insensé » où brusquement « la vie bascule dans l'effroyable et l'incompréhensible » [20]. L'irruption d'un trouble schizophrénique a très souvent cet effet, ce d'autant plus si le trouble apparaît sans prodrome. L'effet du traumatisme provoque – outre la sidération de la pensée, l'hyper-vigilance, l'anxiété, les cauchemars et les flashes chez la victime et ses proches – une atteinte des liens, tant au niveau de l'affiliation que de la filiation [20, 21]. Cet effet sur les liens est illustré, entre autre, par des distorsions de la communication et des régulations émotionnelles en association avec d'autres manifestations.

### *Des malheurs de l'hyperspécialisation*

Il est déplorable que l'étanchéité des disciplines aboutisse au fait que des descriptions proches se font avec des termes différents, sans jamais se croiser comme cela est le cas pour la description de l'épuisement familial au sein des équipes de gérontologie et de soins palliatifs. Il en est de même pour les commentaires critiques des EE qui entretiennent des points communs avec les doubles liens : la rivalité au sein des disciplines psychologiques empêche une confrontation qui clarifierait probablement ces notions.

## Une ébauche de modèle

Une chronologie des adaptations familiales à la présence d'un trouble schizophrénique chez l'un de ses membres peut être ébauchée :

- une première phase, où les mécanismes adaptatifs ne sont pas encore débordés, du fait d'une installation insidieuse, puis peuvent l'être au décours d'un épisode aigu avec dans ce cas ;

- une seconde phase post-traumatique qui aura éventuellement des effets sur de très nombreuses années, au fil des nouvelles décompensations qui elles-mêmes pourront entretenir (rétroactions positives) le PTSD familial. Les organisations familiales prendront alors la forme du chaos, de l'hyper-rigidité, du désengagement ou de l'enchevêtrement [20] ;

- une troisième phase (sur laquelle peuvent se greffer de nouveaux épisodes aigus) liée à un épuisement familial. La perte d'autonomie du patient, la bizarrerie de ses comportements, l'altération profonde de la nature des échanges, va alors induire un ensemble de troubles tels qu'ils sont décrits plus haut (EE élevées, CD, double liens...).

Il est néanmoins important de souligner que toutes les familles ne sont pas exposées aux troubles post-traumatiques et que bon nombre d'entre elles font face et s'ajustent à la souffrance<sup>3</sup>.

## Accompagnement des familles

### De la nécessité d'une prise en compte personnalisée

Ces conséquences ne sont pas identiques pour toutes les familles, pas plus qu'un traumatisme « classique » ne suscite les mêmes difficultés pour toutes les victimes [22]. Interviennent ici de nombreux facteurs psychosociaux de protection ou au contraire de vulnérabilité. C'est pourquoi, pas plus que les entretiens systématiques de débriefing ne sont pertinents, les entretiens familiaux ne le sont non plus<sup>4</sup>. Il faut donc que le clinicien de première ligne repère les signes de vulnérabilité et de protection, et repère les signes qui témoignent d'un impact traumatique non régulé par la famille en premier lieu. Il doit être capable d'aller au-devant de la famille qui risque bien souvent de ne pas formuler de demande.

<sup>3</sup> Certaines familles peuvent même expliquer avoir gagné en humanité, en sens psychologique ou même avoir pu bénéficier d'un changement existentiel radical [23].

<sup>4</sup> Quoique la tendance actuelle de la psychoéducation familiale soit à une prise en charge systématique et très précoce, nous pensons au contraire qu'il faut de la précaution et de la mesure : un premier épisode délirant ne signe pas forcément l'entrée dans la schizophrénie, pas plus qu'un diagnostic avéré de schizophrénie garantisse une carrière de grand malade très dépendant. C'est du fait de ce genre de tendances hygiénistes, associées à une catégorisation diagnostique hâtive que les effets iatrogènes apparaissent.

Afin de prévenir autant que possible les effets traumatiques, les premières prises en charge des épisodes psychotiques nécessitent un accueil bienveillant et patient de la famille par l'équipe de première ligne, afin que la violence et l'étrangeté des symptômes, la violence des soins (isolement, sédation) soient parlées et comprises. Faute de cet accueil, certains patients et leur famille peuvent développer un véritable PTSD iatrogène consécutif à l'hospitalisation qui aura alors un effet très délétère sur les propositions thérapeutiques lors de nouvelles rechutes, ce PTSD venant s'ajouter à l'impact du trouble. Cette première attitude s'apparente au *diffusing* pratiqué par les équipes de psychotraumatologie tout en étant plus large dans ses modalités.

### Une méthodologie de travail avec les familles, une thérapie institutionnelle avec la famille.

En revanche, qu'un accompagnement familial spécifique soit lancé assez précocement (mais pas dans la crise), paraît important quand les signes de dépassement des capacités adaptatives sont là. Cet accompagnement n'a pas de limite de durée car il n'est pas possible de présumer de la manière dont le système familial va se réorganiser autour du traumatisme, et jusqu'à quel point il va retrouver une autonomie<sup>5</sup>.

Dans l'idéal, le soignant de première ligne doit avoir établi une relation thérapeutique suffisamment confiante pour accompagner (physiquement parfois) la famille vers l'équipe des thérapeutes familiaux [24]. Un enchevêtrement des dispositifs est souhaitable : mettre ensemble patient(s), famille, soignants de première ligne et thérapeutes familiaux modifie de fait les places et le poids de chaque acteur. Il s'agit d'appliquer à la prise en charge clinique ce qui est fait dans les sous-marins nucléaires par exemple : lors des situations critiques la hiérarchie disparaît au profit d'un échange horizontal plus propice à un échange d'informations et à la créativité [25].

Les entretiens peuvent se dérouler au sein d'une unité d'hospitalisation en présence d'un membre de l'équipe qui adresse, ou au sein d'une unité de consultation et dans ce cas souvent sans un soignant de l'équipe de première ligne. La méthodologie est basée sur :

- l'instauration d'un cadre de sécurité au sein duquel une atmosphère bienveillante règne, cet aspect est central : ce n'est pas à la famille de rentrer dans le lit de Procuste des techniques psychothérapeutiques, mais à elles de s'ajuster à la famille. Il n'y a guère de sens à « examiner la demande » ou à « faire émerger le désir », car face à une famille impactée

<sup>5</sup> Ce principe méthodologique diverge par rapport à ce que propose la psychoéducation qui formalise une durée et considère donner des outils qui seront acquis définitivement. Cette approche ne prend en effet pas assez en compte la chronicité des troubles d'une part, et d'autre part le fait qu'elle est difficile à mettre en œuvre quand la désorganisation est grande. Il reste cependant acquis qu'en améliorant certaines contre-attitudes, le niveau de stress baisse. Il en va de même de l'efficacité des groupes de soutien entre familles, à la condition que la famille ne soit pas très désorganisée par les effets de la maladie.

par les effets traumatiques de la schizophrénie, l'enjeu est de l'accompagner dans les aménagements que cela implique ;

- un cadre qui est également souple : tous les membres de la famille qui se sentent concernés par la destinée de vie du patient sont invités, le travail s'effectue cependant avec les membres qui se présentent et aucune présence obligatoire de tous les membres pour débiter des entretiens n'est réclamée ;

- l'expérience singulière dans ce qu'elle a de traumatique est reconnue, parfois de manière explicite, parfois implicitement quand toute référence à un mouvement affectif interne semble devoir déclencher une réaction défensive ;

- une absence d'utilisation de procédures afin de laisser les processus d'auto-guérison se déployer. En particulier les interrogatoires sur le passé, l'anamnèse ou encore le génogramme sont évités. Cet évitement s'applique plus généralement à toute question qui pourrait être intrusive ou persécutoire ;

- l'enjeu des séances est avant tout de permettre une régulation des émotions, une explicitation des implicites, une reformulation des ambiguïtés et une connotation positive des ressources et stratégies adaptatives déjà mises en œuvre ;

- l'ici et maintenant de la situation, la configuration des soins et le réseau dans lequel le patient et sa famille sont engagés est explicitée.

Ainsi, les séances sont caractérisées par des échanges qui restent souvent en surface, réduites même parfois à des rituels ordinaires de conversation [24]. Les séances permettent à la famille de retrouver un fonctionnement plus ordinaire, moins insécure tout en reconnaissant la singularité de l'expérience vécue. Ainsi une famille ayant retrouvé un équilibre moins vacillant, ayant mis – au moins partiellement – à distance les effets traumatiques du trouble, pourra s'alarmer selon une juste mesure et s'interroger sur le bien-fondé de son niveau d'alarme. Voir en séance le patient parler avec pertinence, faire des demandes, induit un cercle vertueux où ses actes et ses pensées perdent un peu de leur inquiétante impénétrabilité, tandis que les parents peuvent eux aussi être perçus comme inquiets par le patient et non comme menaçants.

### Quelques signes d'appel pour envisager une thérapie avec la famille

Un élément crucial dans cette perspective est la perte d'autonomie que suscitent les troubles schizophréniques tant pour le sujet malade que la famille. De ce fait c'est au psychiatre d'aller au-devant des familles, il sera en particulier sensible aux familles « intrusives », « surprotectrices », « pathologiques », « persécutantes », « disqualifiantes » ou « dans le déni ». De même il pourra penser à une thérapie familiale face à des patients dont les symptômes s'aggravent, ou mettent en danger physique l'entourage ou lui-même, ou lorsque les hospitalisations s'éternisent ou encore lorsqu'elles se répètent.

## Conclusion

Les dispositifs que propose le secteur psychiatrique restent à ce jour le pivot des soins prodigués aux patients porteurs de troubles schizophréniques. Ces dispositifs ont évolué d'une perspective centrée sur le patient vers une prise en compte croissante des familles, avec cependant une grande disparité dans l'importance et la nature de ce travail selon les praticiens et les institutions. Cette évolution a été concomitante de la disparition des théories étiologiques qui impliquaient les familles, mais a été également causée par l'action d'associations de familles. Ces dernières ont en effet joué un rôle de tiers, avec une sensibilité importante par rapport à toute manifestation jugée disqualifiante ou culpabilisante. Cette étape a abouti à un refus des proches à bénéficier de soins doublé d'une demande d'acquisition d'outils techniques. C'est ainsi que Bernard Escaig, dans un ouvrage récent [26] déplore – de sa place de membre de l'Unafam - que les aidants familiaux ne soient pas encore suffisamment reconnus comme des partenaires. Quoique cette demande soit légitime, elle participe pourtant d'une occultation des effets traumatiques aigus et chroniques des troubles schizophréniques sur les familles. Celles-ci en sont en effet beaucoup moins bien protégées que les soignants qui bénéficient des dispositifs de régulation institutionnels et d'une place affective moins dangereuse. Ce n'est en effet pas parce que les théories étiologiques désignant les familles n'ont plus cours – et qu'il n'est donc plus question de corriger des dysfonctionnements – qu'il n'y a pas besoin de soins. Or la seule considération des familles en tant que partenaire ampute de cette dimension. C'est ainsi que la prise en compte familiale des effets très désorganisateur des troubles schizophréniques (PTSD familial, burn out) passe par un travail de première ligne d'accueil et d'information systématique mais aussi par des dispositifs de seconde ligne de thérapie familiale. L'état actuel des connaissances est cependant encore parcellaire et plaide pour la réalisation de recherches actions qui viseraient à définir les signes cliniques qui doivent alerter les soignants d'une part et à évaluer les diverses méthodes utilisées d'autre part.

**Liens d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Prével M, Poulain E, Jugan C, Franco MJ. L'épuisement de l'aidant principal des patients entrant en unité de soins palliatifs. *Médecine Palliative-Soins de support-Accompagnement-Ethique* 2013 ; 12 : 25-31.
2. Bouati N, Sagne A, Hunsicker M, Gavazzy G, Couturier P. L'épuisement des aidants familiaux : une crise intrafamiliale masquée? Approche psychodynamique et systémique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14 : 67-76.
3. Duprat-Kushtanina V. Aide familiale : relations à l'épreuve de la durée. *Gérontologie et société* 2016 ; 38 ; 150 : 87-100.
4. Zeltner L, Ampélas JF, Mallat V, et al. Prise en charge de crise et enveloppe langagière. *Thérapie Familiale* 2002 ; 23 : 357-66.
5. McFarlane W. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses : A review. *Family Process* 2016 ; 55 : 460-82.

6. Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Towards a theory of Schizophrenia. *Behavioral Science* 1956 ; 1 : 251-64.
7. Miermont J, Barrière A. Thérapies familiales. *EMC-Psychiatrie* 2017 ; 14 : 1-15 (Article 37-819-F-10).
8. Elkaïm M (Dir.). *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Points Essais 2003.
9. Miermont J. *Écologie des liens*, 3 éd. Paris : L'Harmattan, 1995.
10. Phan O, Bonnaire C, Bastard N, Jonanne C. Le projet INCANT. *Psychotropes* 2008 ; 14 : 137-56.
11. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson Don D. *Une logique de la communication*. Paris : Seuil, 1972.
12. Koopmans M. Schizophrenia and the Family : Double Bind Theory Revisited. *DynaPsc*. 1997 : 32 pages. goertzel.org/dynapsyc/1997/Koopmans.html (consulté le 25 juillet 2017).
13. Miermont J. (dir). *Dictionnaire des thérapies familiales*. 2 éd. Paris : Payot, 2001.
14. Frankhauser A. Familles et psychiatrie : modèles et évolution des liens. *Soins Psychiatrie* 2016 ; 304 : 12-7.
15. Anderson C, Hogarty G, Bayer T, Needleman R. Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 2014 ; 144 : 247-55.
16. Falloon IRH. *Family management of mental illness : A study of clinical social and family benefits*. Baltimore (US) : John Hopkins University Press, 1984.
17. Hendrick S. Familles de schizophrènes et perturbations de la communication. La « communication déviante » : le point de la recherche et son apport à la thérapie familiale systémique. *Thérapie Familiale* 2002 ; 23 : 387-410.
18. Petiau A. « Ne dites surtout pas que vous êtes médecin » : plaidoyer pour une prise en compte du vécu des soignants. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2016 ; 57 : 103-8.
19. Figley CR. *Burnout in families. The systemic costs of caring*. Boca Raton (US) : CRC Press, 1997.
20. Delage M. Réflexions préliminaires à une intervention thérapeutique auprès des familles confrontées au traumatisme psychique. *Thérapie Familiale* 2003 ; 24 : 417-33.
21. Figley CR. *Compassion Fatigue : coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized*. Oxford (GB) : Routledge, 1995.
22. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma II. Le réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ; 168 : 639-52.
23. Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. Positive aspects of caregiving in schizophrenia : a review. *World J Psychiatr* 2012 ; 2 : 43-8.
24. Miermont J. Thérapies familiales et maladies mentales complexes. *Annales Médico-Psychologiques* 2014 ; 172 : 83-91.
25. Morel C. *Les décisions absurdes II*. Paris : Gallimard, 2012.
26. Escaig B. 29. « Rôle des aidants usagers-familles et de leurs associations dans le suivi au long cours de personnes souffrant de schizophrénie ». In : Jean Daléry J., et al. *Pathologies schizophréniques*. Paris : Lavoisier « Psychiatrie », 2012, p. 342-50.