

## **Introduction**

### **I) EVOLUTION DE LA FAMILLE OCCIDENTALE**

**A) La première modernité**

**B) La seconde modernité**

**C) Concept d'une nouvelle personnalité de base**

### **II) LES APPROCHES FAMILIALES EN PSYCHIATRIE A TRAVERS LES COURANTS DE PENSEE CLASSIQUES**

**A) Historique**

**B) Apport de la psychanalyse**

**1) Psychanalystes d'adultes**

**2) Psychanalyse d'enfants**

**3) Les psychanalystes aux États-Unis**

**C) Théorie des groupes**

**D) Théorie des systèmes et des communications**

**E) Antipsychiatrie**

### **III) PLACE ACTUELLE DE LA FAMILLE DANS LA THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

#### **A) Dans la pratique au quotidien**

- 1) **Stigmatisation**
- 2) **Vécus et témoignages des familles**
- 3) **Les premiers temps des soins**
- 4) **Aide aux aidants**

#### **B) Les thérapies formalisées**

- 1) **Approches systémiques**
- 2) **Approches psychodynamiques**
- 3) **Approches d'inspiration cognitivo-comportementale**
- 4) **Approches multifamiliales**
- 5) **Vers de nouvelles tendances**
  - a) **Approche multisystémique**
  - b) **La résilience familiale**
  - c) **Courant des thérapies brèves**
  - d) **Approche narrative**

#### **C) Des cas plus spécifiques**

- 1) **Autour de la personne âgée**
- 2) **Autour de la crise suicidaire**

## **Conclusion**

## Introduction

Depuis ses débuts, la psychiatrie ne cesse de s'interroger sur la famille. Qu'elle soit accusée de rendre malade, qu'on souhaite son éloignement, qu'elle soit vue comme partenaire de soins compétent..., elle ne laisse pas indifférent. Si la famille du patient reste discrète, nous demande peu, alors on peut généralement continuer à l'éviter ou la solliciter quand on en a besoin. Mais quand elle fait plus de bruit, par des demandes d'information, d'hospitalisation, d'écoute, elle nous oblige à aller la rencontrer. La rencontre peut rapidement se teinter d'appréhension et d'interprétations rapides, lourdes d'un héritage de théories « accusatrices » sur la famille. Que veulent-ils savoir ? Qu'a-t-on le droit de dire ? Comment leur exprimer une opposition sans passer sous silence leur désarroi ?

Une situation aux urgences un weekend. M. N., 20 ans, est accompagné aux urgences par ses parents qui demandent une hospitalisation en psychiatrie face au retentissement de ses consommations de cannabis : tendance au repli et perte de motivation. Les parents sont inquiets de son avenir, épuisés, et ne tolèrent plus son inertie. M. N. n'est pas réticent à l'entretien malgré une tonalité agressive dans ses réponses ; manifestement, la consultation n'était pas à son initiative. M. N. n'est pas demandeur de soins et encore moins d'une hospitalisation en psychiatrie. Sans ignorer la nécessité de soins, l'hospitalisation sans consentement n'apparaît pas justifiée. Devant le refus d'une hospitalisation, la situation prend une certaine ampleur, le père s'emporte, se précipite furieusement sur son fils, nécessitant l'appel de renforts. Le contexte des urgences, avec une attente de plusieurs heures dans le couloir, des parents impuissants depuis des années face à une situation de famille qui se dégrade, leur ressenti de ne pas avoir été entendus antérieurement... Comment aurait-il été possible qu'il en soit autrement ?

Face à des situations de rencontres avec des familles dans le cadre des urgences, avec toute l'émotion et la violence que peut générer la pathologie psychiatrique, le rôle, la place de la famille du patient dans les soins a commencé à nous poser question. Que faire d'eux ? Comment recevoir le discours de la famille dans les moments de crise sans entacher la relation de confiance avec le patient, sans rompre le secret professionnel ? Comment travailler avec la famille pour une meilleure prise en charge du patient ? Est-ce toujours possible, bénéfique pour le patient ? Que proposer en parallèle aux familles demandeuses ?

Lorsque la maladie psychique surgit, et d'autant plus lorsqu'elle s'inscrit dans la durée, elle exerce des effets réciproques sur le patient et son entourage, dans une surenchère de souffrances. Il n'est plus concevable d'user de faux-fuyants face aux relations familiales du

patient. D'une part, parce que, quoiqu'il en soit, l'histoire familiale, le lien famille/patient préexistent à notre intervention. D'autre part, les contextes actuels vont dans le sens d'un retour au domicile familial du patient dans la majorité des cas. Enfin, parce qu'on ne peut plus, aujourd'hui, ignorer les potentiels bienfaits sur le patient et sur les membres de la famille, de cette prise en compte familiale. Mais le travail avec les familles ne se limite pas au cadre d'une thérapie familiale qui n'est pas toujours accessible ou adaptée. Ce travail doit être pensé au quotidien, dans la réalité de nos institutions. Il apparaît particulièrement complexe et nous oblige à réexaminer systématiquement son cadre afin de préserver à la fois, l'espace individuel du patient mais également d'offrir au minimum à la famille, une rencontre, un accueil, dans un rapport plus humain permettant d'apaiser défiances et inquiétudes mutuelles.

Dans une première partie, il semble important d'évoquer les transformations de la famille occidentale au cours de la période moderne afin de les situer en parallèle avec les évolutions de la psychiatrie. Dans une seconde partie nous aborderons l'analyse des relations entre le patient psychiatrique et sa famille, à travers plusieurs courants de pensée classiques. Cette analyse nous renvoie par conséquent aux rapports entretenus entre la psychiatrie et la famille du patient. Enfin, nous nous questionnerons sur la place de la famille dans la pratique actuelle de la psychiatrie d'adultes, sur les approches plus spécialisées des thérapies familiales, mais aussi sur la place particulière de la famille dans les cas plus spécifiques de la crise suicidaire et de la gérontopsychiatrie. L'objectif n'est pas ici de présenter un catalogue exhaustif des modalités de prises en charge familiales, mais de cheminer et de s'interroger sur la pratique actuelle de l'abord familial, notamment en termes d'accueil.

## **I) ÉVOLUTION DE LA FAMILLE OCCIDENTALE**

Avant d'aborder la pratique psychiatrique, il semble nécessaire de préciser quelques étapes importantes dans l'évolution de la famille des sociétés occidentales au cours de la période moderne.

### **A) La première modernité**

La famille est l'un des premiers objets étudiés par les sociologues. L'époque de la révolution française marque le début de la première modernité. La famille y engage sa transformation d'un modèle holiste, au sein duquel l'individu est au service du groupe, à un modèle individualiste où le groupe est au service de chacun de ses membres. Cette transformation va s'inscrire dans certaines lois de l'époque avec, notamment, l'instauration du divorce par consentement mutuel, la suppression du droit d'aînesse, la loi sur la déchéance paternelle. Mais ce processus d'émancipation est craint, et ces lois vont rapidement être supprimées ou ne pas être appliquées. La famille est, alors, dans un compromis entre l'émancipation des individus et les limites qu'il faut poser pour le maintien du bonheur individuel et social. Pour E. Durkheim, l'État doit donc protéger l'institution familiale puisque les intérêts de la société y sont directement engagés. La famille détient la responsabilité financière, sanitaire, éducative et véhicule des valeurs qui sont surtout les principes de l'Église. La famille va progressivement sortir du modèle traditionnel, basé sur la transmission du patrimoine et sur les liens fondés sur l'autorité.

Ainsi, cette famille de la première modernité, comme le dit F. De Singly<sup>1</sup>, commence à devenir le foyer des relations affectives, avec l'amour conjugal et avec une plus grande considération des enfants, tout en étant agencée, contrainte, par un ensemble de rôles socialement déterminés, avec la mise à l'écart des enfants et des femmes.

Concernant cette famille de l'époque moderne, F. Dolto, dans un dialogue avec P. Ariès<sup>2</sup>, évoque une moralisation de la famille avec une sexualité devenue taboue. Parallèlement à ces propos, P. Ariès indique que depuis cette époque moderne, l'enfant se développe dans un cadre plus restreint, à savoir sa famille, elle-même se contractant. Auparavant, dans les sociétés préindustrielles, les rôles des parents semblaient moins fondamentaux dans le développement psychologique de l'enfant, assumés en cas de faillite, par un réseau élargi

---

<sup>1</sup> F. DE SINGLY. Sociologie de la famille contemporaine. Armand Colin, 2010.

<sup>2</sup> F. DOLTO, P. ARIÈS. Une conversation avec Philippe Ariès. In : F. DOLTO. La difficulté de vivre. Vertiges du Nord/ Carrere, 1986. P. 547-570.

dense en substituts parentaux, dont la famille ne se démarquait pas. Aujourd'hui, la famille s'organise tout autour de l'enfant, figeant les parents dans leurs rôles parentaux. La famille devient seule structure sociale. C'est ainsi que l'auteur s'interroge sur le rôle de cet isolement de la famille par rapport au reste de la société dans l'émergence de troubles psychologiques et, par là même, dans la naissance de la pensée psychanalytique.

Dès la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle, les discours sur la famille vont prendre une place considérable dans les sciences sociales. L. De Bonald, homme politique, invente le terme de « déconstitution » de la famille où l'autorité du père, le principe d'obéissance sont affaiblis, tandis que F. le Play, économiste, attribue la décadence familiale au code civil et à l'État. Ces propos vont être relayés par les principes hygiénistes du début du 20<sup>ème</sup> siècle, avec le discours médical et moral face au péril vénérien.

A cette époque, E. Durkheim va décrire le passage du modèle de famille paternelle à un modèle de famille conjugale – mari, femme, enfants mineurs ou célibataires-. Le vieux « communisme familial » décline au bénéfice d'une famille conjugale d'où naissent des individualités propres. À mesure que le milieu social s'élargit, la famille, nécessairement, se contracte. Elle n'est plus le lieu principal de la socialisation, l'État intervient de plus en plus dans la vie familiale et E. Durkheim annonce ainsi certains effets de sa contraction :

- Avec l'émergence d'une psychologie de la personne en lien avec une différenciation accrue des individus dans la famille ; il n'y a plus la dépendance qui était le socle de la famille paternelle.
- Avec la naissance de l'individualisme jusqu'à ses formes morbides. « L'individu n'est pas pour lui-même une fin suffisante. Quand il se prend pour fin, il tombe dans un état de misère morale qui le mène au suicide<sup>3</sup> ».

Il élabore une théorie sociohistorique de la famille et la théorie psychologique d'un homme qui, s'il n'était pas tenu par des fonctions sociales, et notamment dans la sphère domestique, serait naturellement assujéti à des poussées passionnelles qui le conduiraient vers la mort. Il a été fait un rapprochement entre ces poussées passionnelles et la notion de pulsion de mort freudienne, Durkheim avance des déterminations socio historiques et S. Freud une théorie de l'appareil psychique. Prend alors place, dans les années 1930, le débat entre les tenants de l'universalité du complexe d'Œdipe, et ceux prônant la relativité socio historique dans la

---

<sup>3</sup> E. DURKHEIM. La famille conjugale. Chicoutimi : J.-M. Tremblay, 2002. Texte extrait de la Revue philosophique 1921 ; 90 : 2-14. Publication posthume d'un cours professé en 1892.  
URL : [http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/textes\\_3/textes\\_3\\_2/famille\\_conjugale.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/textes_3/textes_3_2/famille_conjugale.pdf) P. 11.

structuration psychique, en lien avec les apports des études réalisées par des ethnologues, dont celles de B.K. Malinowski.

En 1938, J. Lacan, dans *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, utilise la thèse de la relativité socio historique de l'Œdipe, ainsi que la loi de contraction de la famille. En effet, des instances culturelles régissent l'institution familiale qui ne pourra pas être seulement appréhendée par les données de la psychologie. Il soutient, sans le déplorer, que le déclin de la valeur sociale du père de famille, conséquence de l'émergence de la société conjugale, entraîne un déclin de la valeur de l'imgo<sup>4</sup> paternelle dans le complexe d'Œdipe, et l'altération de ce complexe conduit à l'apparition des névroses « fin de siècle » découvertes par S. Freud.

Entre les deux guerres mondiales, le discours sur la famille se rattache à une question démographique, avec un enjeu de nature militaire et nationale. Puis, dans l'après-guerre, se met en place une véritable « politique de la famille » avec l'essor de la Protection Maternelle et Infantile, la croissance du secteur social, le développement du droit de la famille et des prestations familiales. L'État-providence se pourvoit de plus en plus de fonctions qui étaient auparavant dévolues à la famille : éducation, soins, protection, sanction... Les transformations dans la sphère privée doivent être systématiquement analysées en regard de celles dans la sphère publique. La famille fonctionne comme interface entre l'individu et la société. Elle est au cœur de la question du lien social et noue le rapport privé-public. Cette implication de l'Etat s'accompagne toujours de la formation d'un objet reconnu comme difficulté sociale : la famille pauvre au 19ème siècle, le vieillissement de la population, la vie professionnelle de la femme, les droits de l'enfant. J. Donzelot, maître de conférences en sciences politiques, dans *La police des familles*, écrit que « [...] la famille moderne n'est pas tant une institution qu'un *mécanisme*. [...] La force de ce mécanisme réside dans une *architecture sociale* dont le principe est de toujours coupler une intervention extérieure avec des conflits ou des différences de potentiel à l'intérieur de la famille<sup>5</sup> [...] ». Se développe tout un attirail nécessaire à l'instauration d'un contrôle social avec, notamment, la constitution du secteur social dont la famille est le point névralgique. R. Lenoir, sociologue, analysera les rapports entre les structures familiales et les structures étatiques. La famille, ou plutôt les familles, résultent de notre modèle

---

<sup>4</sup> IMAGO, d'après le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS : prototype inconscient de personnage qui oriente électivement la façon dont le sujet appréhende autrui ; il est élaboré à partir des premières relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial.

<sup>5</sup>J. DONZELOT. *La police des familles*. Les Éditions de Minuit, 1977. P. 89.

économique, des divisions du travail et des rapports de classes sociales qui leur sont inhérents. En amont des discours de l'antipsychiatrie, qui seront abordés dans une prochaine partie, ce lien toujours réciproque famille-État, à travers cette famille patriarcale de la première modernité, est l'objet de critiques acerbes, voire parfois radicales.

## **B) La seconde modernité**

A partir des années 1960, la famille entre dans « la seconde modernité »; cette période intègre, selon le sociologue U. Beck, trois nouveaux éléments : l'importance de l'amour dans le mariage, la division du travail et la nouvelle place de l'enfant. Cette « seconde modernité » n'est pas en rupture nette avec la première, et se situe dans la continuité des processus d'individualisation, notamment en ce qui concerne les femmes et les enfants. Elle reste toujours dans un équilibre entre autonomie et besoin de sécurité. Ces derniers ne sont pas antinomiques. La quête d'autonomie n'est pas rejet de toute attache : en effet, elle requiert des affiliations, des héritages. L'idéal de l'homme moderne n'est pas la « nudité sociale » mais la possibilité de se départir « d'habits sociaux »<sup>6</sup>. La construction d'une identité propre nécessite de prendre du recul avec les dimensions statutaires, et non pas de les éliminer<sup>7</sup> : elle procède en même temps du sentiment de séparation et du sentiment d'appartenance. Penser les nouveaux modèles familiaux, leur complexification, comme un mouvement de désocialisation, serait ignorer l'élaboration de nouvelles formes de contrôle social. L'ouvrage d'Alain Girard sur le mariage en France, *Le choix du conjoint*, dans les années 1960, est d'ailleurs assez éloquent à ce sujet. En effet, son analyse, issue d'une enquête de l'Institut national d'études démographiques, à une époque où se diffusaient les idées sur l'amour et la liberté dans le choix du conjoint, fait part de l'importante proportion des homo-sociaux, c'est-à-dire des conjoints de même condition sociale. Il conclut ainsi que le choix du conjoint n'est pas socialement libre ; il est sous le joug de puissants déterminants sociaux, souvent homogames.

L'approche des années 1970, va porter les germes de changements majeurs au niveau de l'institution familiale. En effet, plusieurs événements interviennent dans l'évolution de la famille moderne ; le plus notable est le mouvement des femmes dans les années 1960-70. Les prémisses de ce mouvement apparaissent déjà dessinées en France par S. de Beauvoir,

---

<sup>6</sup> F. DE SINGLY. Famille, première et deuxième modernité. Conférence 2005. UTLIS. URL : [http://www.canal-u.tv/video/universite\\_de\\_tous\\_les\\_savoirs/famille\\_premiere\\_et\\_deuxieme\\_modernite.1422](http://www.canal-u.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/famille_premiere_et_deuxieme_modernite.1422)

<sup>7</sup> *Ibid.*



en 1949, avec *Le deuxième sexe*. L'impact de ce mouvement se concrétise par l'accès à la contraception, et par une scolarisation plus fréquente des femmes, permettant un amoindrissement de la double dépendance des femmes à la nature et à l'homme. Plusieurs lois vont assoir ce processus d'émancipation dont : en 1965, la gestion de ses biens par la femme qui peut ouvrir un compte en banque et exercer une profession sans l'autorisation de son mari ; en 1970, la disparition de la puissance paternelle au profit d'une autorité parentale conjointe ; en 1975, la réinstauration du divorce par consentement mutuel ; en 1990, l'arrêt de la cour de cassation, qui condamne le viol entre époux.

Dans cette seconde modernité, la « famille heureuse » n'est plus l'objectif premier : ce qui importe, c'est le bien-être de l'individu dans sa vie privée, avec le primat de l'affection et de l'autonomisation. Les formes de contraintes sociales se remanient : aux normes morales se substitue une importante production de normes de type psychologique. L'institution familiale évolue, la conjugalité et la parentalité autrefois amalgamées, peuvent se séparer, tout en maintenant la famille comme berceau de la construction identitaire.

Dans les années 1980, dans le contexte de « crise de l'Etat providence », les discours sur la famille vantent sa flexibilité et son ouverture d'esprit, notamment dans le nouveau statut dévolu à l'enfant ; l'enfant s'individualise, devient reconnu en tant que « personne ». Ainsi, en 1989, est adoptée par l'ONU, la Convention internationale des droits de l'enfant ; l'enfant devient «sujet de droit», et apparaît l'obligation de répondre à «l'intérêt supérieur de l'enfant» dans les décisions le concernant. Par la suite, seront légiférés d'autres droits de l'enfant. Pour F. de Singly<sup>8</sup>, cette individualisation, et ainsi la relative autonomie qui en découle, ne doit pas être confondue avec l'indépendance, et cela même s'il est constaté que la place de l'obéissance recule sur l'échelle des qualités demandées aux enfants, signifiant ainsi une baisse de l'autorité parentale. De cette évolution, certains se sont alarmés, voyant des parents démissionnaires, avec, pour conséquence, des enfants à qui l'autorité et les repères font défaut. Pour d'autres, perdurent, dans les modèles d'éducation actuels, des règles imposées, mais qui alternent avec des domaines négociables par l'enfant. Cette alternance et l'adaptabilité identitaire qui en résulte, préparent à la souplesse de réaction réclamée par les imprévus de la vie, dans une société où plane une grande incertitude. Dans les familles contemporaines, le paysage de l'éducation n'est pas celui d'un amalgame des

---

<sup>8</sup> F. DE SINGLY. FAMILLE - Le statut de l'enfant dans la famille contemporaine, *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 23 octobre 2013. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/famille-le-statut-de-l-enfant-dans-la-famille-contemporaine/>

rôles et des places des membres, il est plutôt celui d'une complexification de l'exercice face à la dynamique de l'économie de marché.

### **C) Vers une nouvelle personnalité de base**

Au début des années 2000, A. Lazartigues, pédopsychiatre à Brest, postule l'émergence d'une nouvelle personnalité de base, qui découle de nouveaux repères et valeurs de la société et ainsi, du nouveau travail éducatif de la famille contemporaine. Ces éléments s'inscrivent dans les évolutions économiques et sociales de la société occidentale des dernières décennies. Plusieurs articles de cet auteur vont se succéder pour décrire l'organisation de cette famille contemporaine et la nouvelle personnalité de base qui en résulte, la personnalité « narcissico-hédoniste ». Cette dernière viendrait se substituer au modèle de personnalité de base « névrotico-normale<sup>9</sup> ».

Dans la famille contemporaine, les rapports entre les membres sont basés sur le consensus plutôt que sur l'autorité. L'autorité est appréhendée dans le sens d'une répartition claire des places, et d'un lien, de ce fait, asymétrique entre parents et enfants. De plus, cette famille voit l'hédonisme se placer en valeur centrale, à la place du devoir. Les valeurs de la société, grandement diffusées par les médias, évoluent. La famille s'y inscrit selon un modèle individualiste : le désir individuel et la réussite de chacun sont glorifiés.

La nouvelle personnalité de base va alors s'étayer sur l'individualisme, l'hédonisme, le consensus, mais aussi sur une sensibilité accrue à la violence (campagnes de prévention de violences) et sur une plus grande visibilité de la sexualité. Cette personnalité se caractérise par l'amenuisement de l'intériorisation des objets internes et imagos, la moindre performance du Surmoi, une culpabilité presque inexistante, un Idéal du moi plus proche du Moi idéal de la première enfance, une difficulté à se ressentir comme sujet libre. Le jeune se retrouve dans une situation de grande dépendance à son environnement, à ses objets d'amour, avec une tentation de domination de l'autre majorée par la menace qu'il lui échappe. L'introjection des objets primaires, qui donne la possibilité de se constituer un modèle opérant interne d'attachement sécurisant, n'apparaît pas satisfaisante, contribuant ainsi, à l'émergence d'angoisses d'abandon dans des situations de déception sentimentale,

---

<sup>9</sup> A. LAZARTIGUES *et al.* Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. L'Encéphale 2007 ; 33(1) : 293-299.

avec un réel désarroi qui peut nous apparaître démesuré<sup>10</sup>. En témoigne la fréquence des ruptures sentimentales en amont de tentatives de suicide de jeunes. Les affects prennent une place importante avec un Moi plus pulsionnel, moins censuré par le Surmoi, laissant la part belle à l'agir.

La nouvelle conjugalité de la « seconde modernité » entraîne une plus grande visibilité de la sexualité parentale et, avec l'importante sensibilité aux représentations du sexe, stimule, d'une part, la problématique sexuelle de l'enfant en modifiant la constitution du conflit oedipien et, d'autre part, continue de symétriser les rapports avec un effet de parentification par le soutien que l'enfant peut être amené à procurer à son parent.

Au total, d'un côté, la symétrisation des liens pourrait amener à une hyper maturité de l'enfant avec un manque précoce d'idéalisation des images parentales, un affaiblissement des transmissions verticales au profit des apprentissages horizontaux par les pairs, dans une quête de mêmeté chez l'autre pour renforcer son identité. Les assises narcissiques n'en sont que plus précaires. D'un autre côté, avec le principe de l'hédonisme, la temporalité se limite au présent : le délai devient insupportable avec une moindre tolérance à la frustration. Les impasses de consensus génèrent des rapports de force. Devant l'absence de projection dans le futur, l'enfant, plus assujéti à son environnement, voit les enjeux et effets de ses conduites s'amplifier.

Contrairement à la personnalité névrotico-normale, dont les expressions pathologiques se déclinent surtout, si l'on se réfère à la nosographie d'H. Ey, dans le registre anxio-phobique, obsessionnel et hystérique, la nouvelle personnalité de base narcissico-hédoniste, si elle prend un virage pathologique, serait le lit de trois axes possibles d'expression symptomatique :

- L'axe passivité-dépendance, avec une grande fragilité narcissique, une dépendance majeure à l'environnement et un risque élevé de décompensation dépressive.
- L'axe pervers-narcissique avec une culpabilité et une empathie faibles.
- L'axe psychopathique *a minima*, avec une discontinuité relationnelle et une discontinuité dans l'intégration des structures sociales.

---

<sup>10</sup> A. LAZARTIGUES. La famille contemporaine fait-elle de nouveaux enfants ? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001 ; 49 : 264-76.

D. Marcelli dira que les enfants des sociétés occidentales d'aujourd'hui sont élevés dans une idéologie et un contexte qui font de l'éducation un paradoxe : autonomie individuelle prônée face à la dépendance caractéristique du « petit d'humain ». Ce paradoxe renvoie à une problématique centrale de la période adolescente, à savoir un conflit réciproque des problématiques objectale et narcissique. Il existe un paradoxe entre le besoin, la dépendance aux objets infantiles qui s'oppose à l'obligation de séparation pour s'autonomiser et se construire une identité. Si l'adolescent a peu de ressources psychiques, il va se développer un déséquilibre narcissico-objectal avec un heurt entre l'investissement de soi et celui de l'autre, l'amenant à évacuer dans son environnement ce qu'il ne peut plus supporter dans son espace psychique. Aux processus psychiques et à la mentalisation s'opposeront les actes et émotions. Selon P. Jeammet, la dialectique entre le besoin que l'on a de s'appuyer sur les autres avec la sexualisation des liens à l'adolescence, et le besoin de se différencier et de s'affirmer dans son autonomie, peut se présenter sous la forme de ce paradoxe : « Ce dont j'ai besoin, cette force des adultes qui me manque, et à la mesure de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie naissante<sup>11</sup> ».

Selon D. Marcelli, l'autorité parentale « de dernière génération » se complexifie, nécessitant une articulation autour d'une double éthique : une éthique de la « bonneveillance<sup>12</sup> », qui pose un contenant et une limite à l'enfant, le reconnaissant comme un être aux besoins différents de ceux des adultes, comme un être inachevé. Éthique symbolisant la relation asymétrique parents-enfant. Une seconde éthique est celle du respect, de l'autorité horizontale, avec une symétrisation des relations, pour permettre à l'enfant d'accéder à la nécessaire affirmation de soi. Il conclut que dans les deux formes d'éthiques, il est primordial de reconnaître la position de dépendance de l'enfant à l'égard des adultes.

« C'est par elle, grâce à elle que l'enfant pourra s'identifier à ses proches dans une relation de confiance au sein de laquelle l'autorité est un ingrédient respectable. Cette dépendance n'est rien d'autre que la fondamentale dépendance humaine[...]

[...] accepter l'idée que nous sommes tous des individus en liens et que ces liens font autorité sur chacun d'entre nous, n'est-ce pas le préalable pour que l'idée de l'autorité reprenne sa juste place, celle d'un principe régulateur qui fonde les conditions mêmes de l'humanisation<sup>13</sup> ».

---

<sup>11</sup> P. JEAMMET. Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement. Une des tâches essentielles de l'adolescence. L'adolescence aujourd'hui. Version pdf. Éditions Érès, 2012.

<sup>12</sup> D. MARCELLI. L'Enfant, chef de famille. Éditions Albin Michel, 2003

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 308.

## **II) LES APPROCHES FAMILIALES EN PSYCHIATRIE A TRAVERS LES COURANTS DE PENSEE CLASSIQUES**

Un regard historique est nécessaire pour appréhender l'état actuel des approches familiales, que ce soit en matière de thérapies familiales ou dans une démarche de soutien et d'accueil. En effet, on peut constater que l'institutionnalisation des patients, même si elle a pu être demandée par leurs proches, a eu pour conséquence la mise à l'écart des familles. La psychiatrie s'est constituée un temps contre la famille. Ces éléments expliquent en partie nos difficultés actuelles à prendre en compte la famille dans les soins prodigués au patient psychiatrique. Les suivis familiaux sont peu proposés. L'ambivalence vis-à-vis des familles est de mise, alors que l'approche familiale est, dans la majorité des cas une nécessité. Le lien familial, sans préjuger de ses qualités, se retrouve d'ailleurs très régulièrement dans le discours du patient. Néanmoins, cette prise en compte des familles, qui tend à s'articuler de plus en plus avec nos pratiques actuelles ou du moins avec nos interrogations sur notre pratique, ne doit pas cacher qu'une séparation peut être bénéfique ; pour autant, il nous faut nous garder de céder à la tentation du rejet, de la disqualification de la famille.

### **A) Historique**

Située au carrefour du biologique, du social et du psychologique, la psychiatrie, alimentée de paradigmes d'horizons divers, est une discipline jeune, subissant des mutations et interrogations continues. Depuis ses débuts, cette spécialité nourrit des rapports étroits avec le corps social, se confrontant à l'évolution de ses attentes, de ses représentations. De cette proximité, la psychiatrie n'aura de cesse de prendre en considération l'environnement du patient, dont la famille est une partie. Les approches sur la famille et ses relations avec le patient psychiatrique vont alors se succéder dans des allées et venues entre psychiatrie et société. Ces interactions avec la société semblent importantes à prendre en compte, d'une part, car la maladie mentale peut avoir une expression clinique modifiée par les transformations sociétales, et, d'autre part, du fait que la souffrance psychique est, en partie, liée au contexte environnemental.

Des lettres de cachet demandées par les familles dans 90% des cas, abolies en 1790, aux procédures d'interdictions, contraignantes, éteintes avec la loi de 1838, la famille est toujours présente. Elle verra sa place de potentiel tiers demandeur légalisée par la loi de 1838, positionnant celle-ci en partenaire officiel.

Depuis le début du 19<sup>ème</sup> siècle, était préconisé que l'aliéné soit mis à l'écart de son entourage. Cette position des aliénistes de l'époque semble résumée par cette phrase de P. Pinel : « il est si doux en général pour un malade d'être au sein de sa famille et d'y recevoir les soins et les consolations d'une amitié tendre et compatissante, que j'énonce avec peine une vérité triste, mais constatée par l'expérience la plus répétée, la nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères, et de les isoler de leurs parents <sup>14</sup> ».

Cette mise à l'écart va être formalisée par Esquirol, en 1832, dans son mémoire *Question médico-légale sur l'isolement des aliénés*, posant les bases de la « théorie du soin par l'isolement ». Disposition officiellement reprise dans la loi du 30 juin 1838, avec la création des asiles d'aliénés, dans une perspective dite d'assistance au malade mental et de défense de la société et des familles.

Au 19<sup>ème</sup> siècle, la question de la famille du patient psychiatrique se situe principalement dans une perspective de transmission héréditaire de la maladie mentale, avec notamment, la théorie de la dégénérescence de B.A. Morel, psychiatre hygiéniste, en 1857. Cette théorie postule une prédisposition physique, morale, ou sociale, transmissible aux descendants qui, sous l'action de divers déterminants, vont développer la maladie mentale. Cette dernière, va s'aggraver de génération en génération, jusqu'à la démence et à l'extinction de la lignée. On s'approche de l'eugénisme.

Depuis les premiers aliénistes, l'influence de la famille sur le malade mental est source d'interrogations, et c'est vers la fin du 19<sup>ème</sup> siècle que la réflexion sur le rôle des interactions avec le milieu de vie, et plus précisément, sur le rôle des interactions familiales dans la genèse de la maladie mentale, devient plus prégnante. On peut ainsi citer deux ouvrages qui, dans les années 1870, mettent en exergue l'électivité familiale de la genèse de certaines psychoses : *La folie à deux* par J.-P. Falret et E.-C. Lasègue, et *Le délire des persécutions* par H. Legrand du Saulle. La famille reste un élément à écarter dans le soin : E.-C. Lasègue et W. Gull dans leurs travaux sur l'anorexie mentale, U. Trélat dans *La folie lucide* (1861), Charcot à propos de l'isolement thérapeutique des anorexiques (1890).

Quelque part, cette prise en compte du milieu de vie dans la problématique du patient psychiatrique va amener les psychiatres au début du 20<sup>ème</sup> siècle, à être moins dans

---

<sup>14</sup> P. PINEL. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, J.Ant. Brosson, 1809. URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>. P. 6.

l'acceptation de cette mission de contrôle social, d'hygiénisme social qui leur incombait. La dynamique sociale commence à être intégrée au sein des hôpitaux psychiatriques.

Il faudra attendre S. Freud et ses contemporains, pour qu'émerge une véritable réflexion sur les relations famille-patient. Pour S. Freud<sup>15</sup>, la psychologie d'un individu ne peut se départir de ses relations à l'autre. Dans *Psychologie collective et analyse du moi*, en 1921, il dira que : « dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'Autre entre en ligne de compte très régulièrement comme modèle, comme objet, comme aide et comme adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi, d'emblée, simultanément, psychologie sociale, en ce sens élargi mais tout à fait fondé ». Il postule l'existence d'une pulsion sociale non originaire, dont les débuts de formation s'effectueraient dans la famille. Cependant, il est bien entendu que, pour S. Freud, l'opposition entre phénomènes sociaux et processus narcissiques, se situe au sein même de la psychologie individuelle. Là encore, même si dans ses théories, la famille n'apparaît pas dans une réalité concrète, il ne lui paraît pas souhaitable d'inclure activement la famille dans les soins du patient. En 1923, dans *Introduction à la psychanalyse*, S. Freud<sup>16</sup> dira :

« Dans le traitement psychanalytique la présence de parents est tout simplement un danger, et un danger auquel on ne sait pas parer. Nous sommes armés contre les résistances intérieures qui viennent du malade et que nous savons nécessaires ; mais comment nous défendre contre ces résistances extérieures ?[...] Celui qui sait quelles discordes déchirent souvent une famille ne sera pas étonné de constater, en pratiquant la psychanalyse, que les proches du malade sont souvent plus intéressés à le voir rester tel qu'il est qu'à le voir guérir. »

En 1936, R. Laforgue, psychanalyste, dans *La névrose familiale*, évoque des névroses complémentaires parentales pouvant exercer une influence pathogène sur les enfants. Un autre psychanalyste, J. Leuba, la même année, dans *La famille névrotique et les névroses familiales*, va illustrer par des cas cliniques les modes de transmission de névroses familiales. En 1938, J. Lacan, dans *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu* aborde également l'importance des facteurs familiaux, aussi bien dans les psychoses que les névroses.

Dans les années 1940, débute l'étude des familles de patient schizophrène, dans une perspective première de recherche étiologique. Le courant psychanalytique, avec l'étude des

---

<sup>15</sup> S. FREUD. *Psychologie collective et analyse du moi*. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : éditions Payot. P. 123-25.

<sup>16</sup> S. FREUD. *Introduction à la psychanalyse*. Paris : éditions Payot, 1971. P. 437.

expériences précoces, a servi de creuset aux hypothèses et analyses concernant le comportement des parents et les relations à l'intérieur des familles de patient schizophrène.

Ainsi, s'ensuivra toute une succession de théories sous tendues par des études à biais multiples, honnissant les parents d'enfants ayant une schizophrénie. Concept de mère pathogène<sup>17</sup>, de mère schizophrénogène proposé par F. Fromm-Reichman, psychanalyste allemande. Dans les années 1950, M. Mahler, psychanalyste américaine, pose l'hypothèse d'une phase symbiotique et d'une altération de la relation mère-enfant à l'origine de psychoses infantiles.

Conjointement, le contexte de l'après-guerre 39-45, ainsi que la découverte des premiers neuroleptiques, ont conduit à mobiliser les recherches autour du maintien du patient psychiatrique dans son environnement familial.

Dans les mêmes moments, T. Lidz, psychiatre américain, propose comme explication de la schizophrénie, un comportement acquis et inadéquat de l'enfant face à des conflits parentaux. Il distingue alors deux types d'union pouvant induire le développement de la schizophrénie chez un enfant : le schisme conjugal et le biais conjugal. Dans le premier cas, les parents sont continuellement en conflit. Les deux éprouvent des difficultés personnelles et sont dans l'incapacité de prendre en considération celles de l'autre. Ils vont entrer en compétition pour recevoir l'affection de l'enfant. Ce dernier se retrouve en prise avec des conflits de loyauté. Dans le deuxième cas, les conjoints partagent une sorte de « folie à deux », rendant l'ambiance familiale déréelle et altérant la perception du monde par l'enfant<sup>18</sup>.

L.C. Wynne<sup>19</sup>, en 1958, introduit le concept intrafamilial de « pseudo-mutualité ». Les divergences dans les idées ou les sentiments demandent une énergie importante pour maintenir une stabilité dans les relations. Cette tentative de maintien se fait au prix d'une communication anarchique et segmentée dans la famille. Chez l'enfant génétiquement prédisposé, le comportement schizophrénique proviendrait d'une communication anormale entre ses parents.

---

<sup>17</sup> J. MAISONDIEU, L. MÉTAYER. Les thérapies familiales. Paris : PUF, 1983. P. 29.

<sup>18</sup> T. LIDZ *et al.* The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital Schism et Marital Skew. Am. J. Psychiatry 1957 ; 114 : 241-248.

<sup>19</sup> J. MAISONDIEU L.MÉTAYER, *op. cit.*, p. 32-33.



Puis, dans les années 1960, dans les pays anglo-saxons se développent les théories systémiques et les théories de l'antipsychiatrie. En France, la circulaire du 15 mars 1960, qui donne naissance à la sectorisation en psychiatrie, stipule que « le principe essentiel de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu ». Un des objectifs est « d'éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel ».

Le regard se transforme, les relations familiales sont étudiées dans leur impact sur l'évolution de la pathologie, et non plus dans une perspective étiologique, avec notamment l'analyse des émotions exprimées. Les émotions exprimées, concept introduit par G.W. Brown dans les années 1960<sup>20</sup>, correspondent à la façon dont un membre de la famille s'exprime à l'égard d'un autre atteint d'une maladie, prenant en compte les réactions critiques, d'hostilité et de sur implication émotionnelle. Ce concept sert de variable prédictive de rechute chez le patient souffrant de schizophrénie.

Par la suite, la famille est de plus en plus sollicitée dans la mouvance de la désinstitutionalisation. Aujourd'hui, les trois quarts des patients passent les neuf dixièmes de leur vie au sein de leur famille ; on comprend aisément la nécessité d'une alliance thérapeutique avec celle-ci. Ce recours croissant à la famille s'inscrit dans une évolution des pratiques de soins, mais également dans un contexte de difficultés économiques et de fermeture des lits. Se dessine une situation paradoxale entre le mépris des solidarités familiales avec le culte de l'autonomie, et un retour des malades psychiatriques-comme tous les malades chroniques- au domicile familial. Cette solidarité familiale, implicitement sollicitée, comme solution pour maintenir le malade dans la communauté, tend à être banalisée. Pour l'anthropologue F. Saillant, les qualités du groupe familial vont être artificiellement idéalisées pour pallier à la réduction des séjours hospitaliers et à la mauvaise gestion des ressources financières<sup>21</sup>.

En France, la conférence de consensus de 1994 sur les « Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques », met l'accent sur l'approche familiale dans les stratégies thérapeutiques non médicamenteuses. Elle souligne la collaboration nécessaire de la famille dans les soins des patients schizophrènes : « recommandation d'offrir aux patients

---

<sup>20</sup>P. HUGUELET. Emotion exprimée et schizophrénie : évolution du concept et conséquences sur la prise en charge des familles. *Revue Médicale Suisse* 2002 ; 60(2406) : 1717-1720.

<sup>21</sup> C. LE GRAND-SEBILLE. Familles disqualifiées. *La Famille dans les soins. Santé mentale* 2011 ; 159 : 28-31.

et à sa famille une information la plus complète et la plus objective possible afin de développer autour de la personne souffrant de schizophrénie un véritable partenariat thérapeutique ». Elle précise également la nécessité de faire bénéficier les familles d'une formation, afin de reconnaître les expressions de la maladie, de dédramatiser et de mieux maîtriser les affects lorsqu'elle interagit avec le patient. C'est ainsi que prend place la psychoéducation, dont l'objectif énoncé est d'informer les proches sur la maladie et de promouvoir les capacités de chaque famille à y faire face.

La conception de la famille se pose de plus en plus en termes de partenaire de soins compétent, porteur de ressources. Le plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015, officialise en quelque sorte la famille comme aidant nécessitant un soutien, comme « ressource essentielle dans l'évaluation de la situation de la personne et un relais potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement<sup>22</sup> ». Malgré une prise en compte de la famille encore disparate dans la pratique réelle, P. Chaltiel note que la plus grande considération des familles a permis de faire évoluer favorablement nos pratiques ; néanmoins il nous faut encore progresser dans le soutien et l'aide apportés aux familles, pour les sortir du traumatisme de théories familiales « réprobatrices ». Cependant, « les familles ne sont pas, non plus, dupes de positions démagogiques, visant à surcompenser la tendance diabolisante de la psychiatrie par un « overshoot » angélisant, abreuvant la littérature moderne de « compétences » et de « ressources positives » de la famille<sup>23</sup> ». Les familles font ce qu'elles peuvent avec leurs capacités, dans leur contexte et avec ce qu'on peut leur apporter.

Malgré la place grandissante de la famille dans un partenariat de soins souvent nécessaire, il apparaît que restent peu interrogés les besoins des membres de la famille, l'impact de ce nouveau rôle sur les aidants, ni les conditions dans lesquelles les familles peuvent être ressources. C'est ainsi que la vision actuelle de la famille dans les soins doit être appréciée comme une étape d'un long cheminement, avec des précurseurs, des recherches émanant de différentes disciplines distinctes de la santé mentale.

---

<sup>22</sup> Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Ministère chargé de la santé. Ministère chargé des solidarités. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf). P. 7.

<sup>23</sup> P. CHALTIEL. Familles et psychiatrie : comment réduire les malentendus. *Adolescence* 2005 ; 52 : 333-338. P. 334.

## **B) L'apport de la psychanalyse**

On ne peut ignorer la place de précurseur de certains psychanalystes dans l'étude des relations famille-patient.

### **1) Psychanalystes d'adultes**

Une part conséquente des travaux de S. Freud concerne les organisations collectives, multipliant les références à la société, à la culture, au groupe d'origine, notamment dans *Totem et tabou*, en 1913, et *Psychologie collective et analyse du moi*, en 1921. Même si la famille n'apparaît pas dans sa « réalité » concrète, S. Freud ne tait jamais les éléments familiaux. Il les mentionne par exemple, comme possiblement pourvoyeurs d'obstacles à la bonne réalisation de la cure analytique, obstacles dont l'importance est plutôt pratique que théorique. Cependant, malgré plusieurs incursions dans l'étude de l'impact des relations familiales réelles sur la symptomatologie présentée par ses patients, les travaux de S. Freud se centreront par la suite surtout sur le sujet dans son individualité.

C'est avec R. Laforgue et J. Leuba que naîtra une volonté d'analyse des relations entre le malade et sa famille dans un rapport de causalité. Laforgue dira :

« En effet, nous avons souvent l'occasion d'observer que le seul fait de traiter au moins l'un des parents- sinon les deux- d'enfants névrosés suffit à guérir les enfants, sans que nous ayons eu besoin, pour cela, d'un contact direct avec eux. Et ne voyons-nous pas toujours que les enfants de parents névrosés le sont également eux-mêmes, à des degrés plus ou moins prononcés<sup>24</sup> ? »

Il parle de l'inscription dans une tradition familiale des névroses de caractère, névroses d'échec, mais également l'homosexualité, l'impuissance, la frigidité ainsi que certaines psychoses comme la paranoïa. Il reprend les propos de S. Freud sur la constitution du Surmoi de l'enfant selon le modèle du Surmoi parental et ajoute que S. Freud n'insiste pas assez sur la névrose familiale. Le Sur-je parental névrotique se traduit par un Sur-je névrotique chez l'enfant, qui n'entraîne pas nécessairement les mêmes réactions chez tous les membres de la famille. Les névroses apparaissent ainsi être les manifestations d'un phénomène collectif plutôt qu'individuel.

---

<sup>24</sup> R. LAFORGUE, La Névrose familiale. Revue française de psychanalyse, PUF, 1936 ; 9(3) : 327-28.

Pour les psychanalystes, la famille reste le lieu principal de la genèse du sujet, le lieu des différentes fonctions structurantes : premières identifications, premiers refoulements, premières sublimations.... Pour J. Lacan, la famille prévaut dans la première éducation, pour la répression des instincts, pour la transmission de la culture et l'acquisition de la langue maternelle. Malgré la diversité des formes de famille, il existe des structures de base avec des processus inconscients similaires. J. Lacan ajoutera au complexe d'Œdipe deux autres expériences de l'altérité. La première est le complexe de sevrage qui « représente la forme primordiale de l'imgo maternelle. Partant, il fonde les sentiments les plus archaïques et les plus stables qui unissent l'individu à la famille<sup>25</sup> ». La deuxième est le complexe d'intrusion, lorsqu'il se « connaît des frères ». Dans cette expérience, s'ébauche la reconnaissance d'un rival, d'un autre. Le stade du miroir prolonge cette expérience.

Des critiques ont été formulées à l'encontre du regard culpabilisant sur la famille porté par la psychanalyse. Mais, ce serait ignorer qu'une grande part de la structuration psychique se réalise à l'extérieur de la famille et que l'enfant n'est pas modelable, il a sa spécificité face aux expériences qu'il traverse. De plus, même s'il peut apparaître un lien, dans la genèse de symptômes chez l'enfant, avec des difficultés ou conflits dans le couple parental, les parents sont eux-mêmes affectés, liés à leur propre histoire.

Les évolutions contemporaines font que la part de la société devient de plus en plus importante dans le devenir secondaire du sujet. « Nous pensons qu'il n'y a pas que des inconvénients dans cette multiplication des agents de l'instance tierce symboligène : on peut prévoir notamment un allègement de l'aliénation des sujets aux désirs et fantasmes, valeurs et interdits familiaux qui, par le passé, furent repérés comme étant à la source de nombreuses névroses. On objectera le développement actuel d'autres pathologies<sup>26</sup> ».

C.G. Jung, introduit, lui, le concept d'inconscient collectif. Il postule que l'inconscient personnel, repose sur une couche plus profonde de l'inconscient qui ne provient pas d'expériences ou d'acquisitions personnelles, mais qui est de nature innée. Cette couche est un second système psychique de nature impersonnelle et universelle, l'inconscient collectif.

---

<sup>25</sup> J. LACAN. Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie. In : Autres écrits. Éditions du Seuil, 2001. P. 18-78. P. 30.

<sup>26</sup> P. DE NEUTER. Une perspective psychanalytique sur la famille. La revue du REDIF 2008 ; 1 : 29-39. P.38-39.

A côté de l'inconscient personnel dont les contenus sont des « complexes à tonalité affective », les contenus de l'inconscient collectif sont les « archétypes »<sup>27</sup>. Les archétypes peuvent se manifester dans les rêves, les mythes, l'imagination active, les hallucinations psychotiques.... Il existe de multiples archétypes, aussi nombreux que les situations récurrentes dans la vie, notamment l'archétype du Soi qui va régir le processus d'individuation, l'archétype de la mère... Concernant les relations familiales, il déplore que dans la littérature, la mère personnelle, véritable, soit reconnue comme ayant une influence prépondérante sur la psyché infantile bien qu'elle puisse dans certains cas, avoir de par ses attitudes et traits de caractères, un retentissement sur l'enfant.

A. Adler décrit le sentiment social, qui correspond à la tendance à coopérer avec les autres pour accomplir une tâche et se rendre socialement utile. Ce phénomène semble inhérent à la notion même de l'homme. En effet, l'enfant ne peut dépasser son immaturité qu'en comptant sur le groupe. Le développement des aptitudes d'un être humain se réalise sous la pression de la vie sociale. La famille influe sur la constitution de la personnalité et va déterminer en grande partie les intérêts sociaux. Ainsi, le mode de vie de l'enfant apparaît déjà quasiment caractérisé dès l'âge de 4, 5 ans. Pour Adler, l'individu est mû par le sentiment social et par un complexe de supériorité pour compenser ses faiblesses, dans une sorte de lutte individuelle. « En ce qui concerne la nature humaine, le comportement social est certainement supérieur à la lutte individuelle<sup>28</sup> ».

## **2) Psychanalyse d'enfants**

La psychanalyse d'enfant a ouvert une analyse plus approfondie des relations au sein du groupe familial par l'analyse des relations précoces de l'enfant.

D.W. Winnicott va souligner l'importance du rôle de l'environnement réel de l'enfant dans ses premiers stades de développement, avant qu'il ne puisse distinguer le Moi du non-Moi. La force du Moi du nourrisson va se constituer grâce à l'attitude réellement adaptée de la mère, grâce à un environnement dont il n'aura pas à souffrir de soins carencés. « Il y a une telle différence entre les débuts d'un bébé dont la mère est capable de remplir sa fonction suffisamment bien et ceux d'un bébé dont la mère en est incapable, qu'il n'y a pas

---

<sup>27</sup> C.G. JUNG. Les racines de la conscience. Paris : Editions Buchet/Chastel, 1971. P. 24.

<sup>28</sup> A. ADLER. L'éducation des enfants. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1977. P. 100.

lieu, à ces tous premiers stades, de décrire un bébé autrement que par rapport à la fonction de la mère<sup>29</sup> ». Cela se situe au-delà d'une simple satisfaction de besoins instinctuels, le nourrisson est un être immature, sans arrêt à la limite d'être submergé par une angoisse impensable. C'est par la capacité de la mère à se mettre à la place de l'enfant et à apprécier ce dont il a besoin, que cette angoisse peut être tenue à l'écart. Les conséquences peuvent être désastreuses si les soins sont insuffisants. D.W. Winnicott décrit trois aspects du soin permettant le bon développement du nourrisson. Le *holding*, qui désigne la manière dont l'enfant est porté et maintenu, permettant l'intégration de ce dernier dans l'espace. C'est l'environnement stable, ferme, permettant de soutenir physiquement et psychiquement l'enfant. Le *handling*, qui correspond à la façon de traiter l'enfant, de lui prodiguer des soins, permettant le processus d'intégration soma-psyché. Et enfin, *l'object presenting*, pour que puisse s'instaurer des relations d'objet. Face à un environnement défaillant, inadapté, le traumatisme narcissique précoce pourra amener l'enfant à développer une personnalité aménagée en faux-self : personnalité dont la soumission et la dépendance à l'environnement seront majeures, bien au-delà de l'adaptabilité nécessaire à la socialisation. En plus des fonctions du soin abordées précédemment, l'auteur présente également le visage de la mère comme précurseur du miroir. Le bébé se voit lui-même dans le visage de sa mère, son sentiment d'exister siège dans l'être vu. Ainsi, il voit son soi dans le visage maternel, puis dans le miroir. Petit à petit, il devient plus indépendant de ce réfléchissement dans les visages familiaux, mais conserve bénéfique à se voir dans l'attitude des membres de la famille. « C'est peut-être là une manière de définir la contribution que peut apporter la famille à la croissance de la personnalité et à l'enrichissement de chacun de ses membres<sup>30</sup> ».

R.A. Spitz s'intéressera aux interactions mère-enfant et aux conséquences des carences affectives graves. Le développement psychique du nourrisson et la constitution d'une relation d'objet satisfaisante dépendent avant tout du comportement de la mère dans sa relation à l'enfant. Il décrit alors des retentissements de séparations ou d'abandons entraînant une carence affective totale et prolongée, tels les syndromes de l'hospitalisme et de la dépression anaclitique. Ses descriptions et observations auront une incidence sur les conditions d'accueil et d'hospitalisation des jeunes enfants.

---

<sup>29</sup> D.W. WINNICOTT. Processus de maturation chez l'enfant. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1974. P. 10.

<sup>30</sup> D.W. WINNICOTT. Jeu et réalité. Paris : Editions Gallimard, 1975. P. 214.

La théorie de l'attachement, élaborée par J. Bowlby, a contribué également à l'étude des relations entre le patient psychiatrique et sa famille. Les approches familiales actuelles se réfèrent régulièrement aux modèles d'attachements familiaux. À la lumière de cette théorie, l'enfant naît social et va se construire à travers ses relations, ses liens affectifs aux personnes significatives qui l'entourent. Ce processus d'attachement s'initie dès la grossesse et se poursuit pendant les premières années de vie ; sa qualité va dépendre de la sensibilité et de la manière appropriée avec lesquelles le parent répondra aux signaux de l'enfant. En fonction de la réponse de sa figure d'attachement à ses besoins, l'enfant va se sentir plus ou moins en sécurité et se constituer un modèle interne opérant d'attachement, lui permettant d'anticiper les interactions futures. Cette base de sécurité permet à l'enfant de pouvoir se lancer dans l'exploration de son environnement. Un parent « suffisamment bon », disponible et cohérent dans ses réactions, paraît alors comme figure d'attachement fiable, sécurisante. À l'inverse, si l'attachement n'est pas sécurisant, le monde peut apparaître comme hostile à l'enfant, et ce dernier pourra se considérer comme indigne d'être aimé. Pour J. Bowlby, ce lien d'attachement va être intériorisé et servira de modèle conditionnant toutes les relations de l'individu. Notre auteur reste prudent quant à la pérennisation de ce modèle : chez le jeune enfant il reste probable que ces modèles soient encore labiles mais au fil des années, une stabilité se constitue et le modèle devient difficile à changer, tendant même à se reproduire d'une génération à l'autre. M. Ainsworth, psychologue, a développé en 1978 une procédure appelée « situation étrange », permettant d'observer la manière dont des enfants de 12 à 18 mois pouvaient utiliser leur mère comme base de sécurité, dans la gestion d'épisodes de séparation et de réunion<sup>31</sup>. Les réponses des enfants face à ces situations anxiogènes ont permis d'évaluer la qualité de l'attachement entre l'enfant et sa mère et d'identifier, alors, trois modèles d'attachement. Le modèle « sécure » se constitue lorsque la figure d'attachement est disponible et sensible aux signaux de son enfant ; le modèle « anxieux-ambivalent » est associé à des réponses peu cohérentes qui alternent entre disponibilité et rejet ; le modèle « anxieux-évitant » s'organise quant à lui, en réponse à des interactions intrusives ou rejetantes. Un quatrième modèle a été introduit par la suite, le modèle « évitant-ambivalent » ou « désorganisé-désorienté ». Les premières descriptions s'orientent vers des réponses parentales qui tendraient à susciter de l'effroi chez l'enfant. Un trouble de l'attachement n'est pas une pathologie en soi, mais peut y mener via les troubles difficilement réversibles de la socialisation qu'il induit ; la constitution d'un lien

---

<sup>31</sup> J. BOWLBY. Attachement et perte. L'attachement. Volume 1. Presses Universitaires de France, 1978.

sélectif avec une figure d'attachement dans les premières années de développement ayant échoué.

W.R. Bion va théoriser la constitution de la pensée. À l'origine, il existe une protopensée, sans capacité de penser. Elle ne signifie pas, ne représente pas, elle est composée de choses en soi, les éléments béta, éléments non appréhendables, non connaissables. Ils correspondent à des sentiments de persécution, des phénomènes hallucinatoires liés aux besoins du nourrisson, à la nécessité d'objets, objets mauvais car non possédés. Le nourrisson doit se débarrasser des éléments béta qu'il ne peut contenir. Il le fait par identification projective. C'est la fonction alpha de la mère avec sa capacité de rêverie, qui va permettre de métaboliser les éléments béta du nourrisson en éléments alpha, correspondant aux contenus psychiques des rêves, fantasmes, pensées. Cette aptitude qu'est la capacité de rêverie, va recevoir des projections et permettre au nourrisson de penser les sensations afin qu'il entre en phase dépressive où il pourra réintégrer ce qu'il a projeté. La fonction alpha va donner « forme » aux ressentis corporels, les transformant en éléments mnésiques, en forme mentale de l'expérience sensorielle. Ces éléments alpha vont petit à petit former une « barrière de contact », sorte de barrière de sécurité perméable, régulant, séparant les fonctions de la conscience et celles de l'inconscient. Si la projection n'est pas acceptée par la mère, « il réintrojecte alors, non pas une peur de mourir devenue tolérable, mais une terreur sans nom<sup>32</sup> ». La capacité à penser se constitue également par l'expérience réelle du sein : la rencontre entre une préconception -état mental représentant une disposition innée d'attente du sein- et l'expérience réelle du sein donne la conception, l'absence de cette rencontre donne lieu à la frustration, à l'origine de la pensée proprement dite. Supporter la frustration est un constituant du processus de formation de la capacité à penser. Cette capacité à tolérer la frustration va permettre la production d'éléments alpha, qui pourront par la suite être transformés à leur tour. Dans un environnement sécurisant, la fonction alpha de la mère, indispensable à la psychisation, va alors se constituer chez le nourrisson, lui permettant de métaboliser lui-même ses éléments béta terrifiants. Ces derniers caractérisent le lien psychotique.

Pour F. Dolto, le jeune enfant est par nature indissociable de ses parents. Il va alors exprimer par des symptômes et attitudes ce que les parents ne peuvent signifier. Il est primordial que les parents, dès les premiers stades de développement, puissent mettre des

---

<sup>32</sup>E. SCHMID-KITSIKIS. Wilfred R. Bion. Presses Universitaires de France, 1999. P. 58.



mots, et notamment sur les perceptions, les expériences, les soins reçus par le nourrisson, pour qu'il accède à un autre niveau de langage, qu'il puisse symboliser et appréhender ses ressentis.

La psychanalyste G. Pankow, dans *Structure familiale et psychose*, relie quant à elle, l'approche communicationnelle qu'est le concept de *double bind* de G. Bateson dans l'appréhension de la schizophrénie, à une logique de la spatialité, celle du corps vécu. Ainsi, dans des troubles psychotiques et psychosomatiques, sont mises en évidence des failles dans l'image du corps vécu chez l'enfant. Cette image du corps fait le lien entre le moi psychique et le moi corporel et possède deux fonctions symbolisantes essentielles. La première correspond à la reconnaissance d'un lien dynamique entre les parties du corps et sa totalité. La deuxième fonction consiste à attribuer contenu et sens à ce lien. Ces altérations de l'image du corps chez l'enfant sont articulées avec des déformations ou ruptures dans la structure familiale, avec des atteintes du corps vécu des parents. Ces derniers n'ayant pas acquis l'image du corps et, de ce fait, leur identité propre, peuvent avoir besoin du corps de l'enfant pour se sécuriser.

M. Mannoni, à travers ses études centrées sur les enfants déficients intellectuels et sur les enfants psychotiques, va accorder une grande place au milieu et à l'histoire familiale. Elle s'oppose fermement à une quelconque intervention familiale à visée rééducative ou pédagogique. Le travail analytique avec l'enfant, consiste à rechercher la place que prend la parole des parents dans le monde fantasmatique de l'enfant, et ce que représente l'enfant dans le monde fantasmatique des parents. Le symptôme doit être appréhendé par l'analyse de l'ensemble des discours, celui de l'enfant et celui de ses parents. Le travail psychothérapeutique peut avancer par la compréhension du retentissement de ce qui a été dit et tu à l'enfant dans le discours parental. L'évolution d'une cure analytique implique ce qui se joue dans le processus de séparation de l'enfant, dans sa constitution comme sujet avec la rencontre de ce qui, dans l'inconscient parental, y fait obstacle<sup>33</sup>.

A. Freud a également contribué pour une bonne part à l'analyse des relations familles-patients. En effet, l'analyse d'enfant se heurte à des différences manifestes par rapport à l'analyse d'adulte. Chez l'enfant, font défaut la conscience de la maladie, la détermination personnelle et la volonté de guérir. De plus, la décision d'entreprendre l'analyse est poussée par le contexte, par la pression de l'entourage.

---

<sup>33</sup> M. MANNONI. L'enfant, sa « maladie » et les autres. Editions du Seuil, 1967. P.189-190.

L'enfant continue à reproduire ses réactions « anormales » là où il les développe, dans la famille. Mais ses parents existent encore dans la réalité, comme objets d'amour. On entrevoit bien, ainsi, les difficultés de la technique analytique chez l'enfant et la nécessité d'une phase préparatoire pour que l'analyse de l'enfant soit envisageable. Au lieu d'interpréter les propos et les actes produits devant l'analyste, ce dernier doit aller chercher du matériel à l'extérieur, en portant un regard sur le milieu dans lequel se jouent les réactions névrotiques de l'enfant : la famille.

### **3) Psychanalystes aux États-Unis**

La place des psychanalystes aux États-Unis est primordiale dans le virage qu'a pris l'abord de la famille. Aux États-Unis, au début du 20<sup>ème</sup> siècle, l'approche de la maladie mentale se fait au travers de nouvelles tendances, dans un contexte d'industrialisation massive avec la recherche d'une nouvelle organisation sociale, et dans un contexte d'immigration de psychanalystes allemands. Comme courant psychiatrique important de l'époque, on peut citer le culturalisme qui associe une anthropologie culturelle avec une psychanalyse revisitée. R. Benedict, M. Mead, R. Linton, anthropologues, sont considérés comme les chefs de file du mouvement culturaliste avec A. Kardiner, psychiatre psychanalyste américain et A. Meyer, psychiatre.

Le courant culturaliste met l'accent sur l'interaction entre l'individu et son milieu, faisant le lien entre institutions, coutumes et personnalités, jusqu'à donner parfois le primat aux facteurs environnementaux, dans la genèse du trouble psychique. A. Kardiner prend une position plus nuancée quant au déterminisme environnemental de la structuration psychique. Pour lui, les institutions primaires dont la famille fait partie, donne dans une population donnée, un même type de personnalité. Cette personnalité de base est pourvoyeuse de nouvelles institutions qu'il qualifie d'institutions secondaires, comme par exemple les systèmes de tabous, de croyances. Ces institutions secondaires ont pour but d'atténuer les tensions qui émanent des institutions primaires.

En parallèle des théorisations culturalistes, s'ajoutent, aux États-Unis, les conceptions d'un mouvement philosophique, le pragmatisme, mené par C.S. Pierce, W. James, J. Dewey : « L'unité d'une « vie personnelle » est essentiellement collective ». L'être humain ne peut être étudié uniquement dans son intrapsychique mais doit l'être dans ses réactions face à une

situation, dans ce qui se passe entre le monde et lui. L'entité « schizophrénie » n'existe pas, on parle de réactions schizophréniques. Toutes les expériences sont alors intriquées entre elles, et notre tendance à distinguer l'individuel du collectif freine leur bonne appréhension. Toute acquisition de l'être humain résulte d'une interaction entre le social et l'individuel, rien n'est inné. Les institutions visent à canaliser les impulsions, à les diriger vers une finalité. Là où il n'y a pas d'instincts, qui sont déjà dirigés vers un but, mais seulement des impulsions, la vie ne pourrait pas se maintenir d'elle-même. En quelque sorte, si les limites ne sont pas maintenues, il ne se produirait pas une exacerbation des « mauvais penchants » inhérents à la nature humaine, mais une destruction des potentialités d'individuation conduisant à la folie ou à la mort<sup>34</sup>.

Dans les années 1930, vont se multiplier les études ethnologiques, dont celles de B.K. Malinowski, détracteur de l'universalité de l'Œdipe, offrant aux psychanalystes allemands ayant émigré aux USA, les conditions pour revisiter les théories psychanalytiques. Ainsi, dans cette perspective néo-analytique, on peut mentionner K. Horney, qui se distanciera rapidement des théories freudiennes, notamment du complexe d'Œdipe et des stades psychosexuels. En effet, marquée par la diversité culturelle à son arrivée aux États-Unis, K. Horney donnera aux mécanismes sociaux une importance considérable dans la constitution de la personnalité. Sa théorie retient le rôle des angoisses infantiles sur la constitution de la personnalité adulte. Le développement normal de la personnalité s'accomplit uniquement si les facteurs présents dans l'environnement social, et plus particulièrement familial, permettent à l'enfant d'acquérir une confiance en lui-même et dans les autres. En l'absence de conditions favorables, l'enfant va développer une hostilité qui va pouvoir être refoulée et expliquer en partie l'émergence de l'angoisse basique impliquée dans la constitution des névroses caractérielles<sup>35</sup>.

H.S. Sullivan rejettera également l'idée que la sexualité est centrale. L'individu doit être étudié dans ses relations interpersonnelles. L'ensemble de ces relations à deux, qui s'initient avec la mère et qui culminent avec le choix du partenaire, détermine la personnalité, caractérisée par cet auteur, comme une « configuration durable des situations interpersonnelles récurrentes qui caractérisent une vie humaine<sup>36</sup> ».

---

<sup>34</sup> D. DEBAISE. Vie et expérimentation Peirce, James, Dewey. Paris : Vrin, D.L. 2007, Annales de l'Institut de philosophie de l'Université de Bruxelles. P. 134-5.

<sup>35</sup> K. HORNEY. La personnalité névrotique de notre temps. L'Arche, 1953.

<sup>36</sup> M. HANSENNE. Psychologie de la personnalité. Editions De Boeck Université, 2007. P. 128.

E. Fromm, également psychanalyste immigré aux USA, proposera une théorie partant de l'impact des facteurs sociologiques sur la personnalité. Cette dernière résulte de l'interaction dynamique entre des besoins existentiels inhérents à la nature humaine et des forces exercées par les normes sociales et les institutions. L'individu est soumis à des pulsions paradoxales comme sécurité et liberté, potentialité et faiblesse.

### **C) La théorie des groupes**

La théorisation des groupes a également apporté une pierre importante à l'édifice d'une approche familiale. Un des pionniers de l'approche homme-société, par une analyse des phénomènes de foule, est G. Le Bon ; son ouvrage controversé *Psychologie des foules*, en 1895, recevra une audience importante parmi laquelle figure S. Freud qui consacrera à cet ouvrage un chapitre dans *Psychologie collective et analyse du moi*. Pour G. Le Bon, la foule ravale l'individu dans sa mentalité et dans son comportement. Dans la foule, les sentiments sont exacerbés avec, conjointement, un abaissement du niveau intellectuel. La foule est suggestible, crédule, impulsive, autoritaire, subissant un effet de contagion. De cet ouvrage ressort l'ébauche du concept d'inconscient collectif.

Les recherches sur les groupes concernent d'abord les groupes artificiels, avec notamment J.L. Moreno, psychiatre, et K. Lewin, psychologue, dans des objectifs aussi divers que le management, la thérapie ou à visée expérimentale. Ces études sur les groupes ont suscité un engouement important, et de ces pratiques basées sur « l'ici et maintenant », quelques thèmes vont se dégager et avoir une importance pour les thérapies familiales. Les théories groupales fourniront les fondements de la thérapie familiale psychanalytique.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, en Grande-Bretagne, W.R. Bion et S.H. Foulkes vont fournir les assises d'une véritable thérapie des groupes non familiaux. Pour Bion, « en fait, aucun individu, aussi isolé soit-il dans le temps et dans l'espace, ne peut être considéré comme n'appartenant à aucun groupe et ne manifestant aucune activité issue de la psychologie collective<sup>37</sup> ». Pour J. Bleger, psychiatre psychanalyste, l'identité est toujours en partie groupale.

---

<sup>37</sup>W.R. BION. Recherches sur les petits groupes. PUF, 1965. P. 115.

A. Ruffiot, qui cite D. Anzieu, décrit des obstacles qui ont freiné les recherches sur le petit groupe, d'une part à cause de préjugés individuels -risque d'aliénation, de perte du moi individuel- et d'autre part, à cause de préjugés collectifs : le petit groupe évoque une minorité dangereuse pour la collectivité. Il semble exister également un tabou culturel faisant de la famille un lieu privé.

Avec D. Anzieu et R. Kaës est introduite la notion d'appareil psychique groupal. Il correspond à la réunion des psychés individuelles des membres qui vont se constituer une réalité psychique partagée, commune, régie par des processus spécifiques et exerçant une influence sur leurs attitudes, émotions et sentiments. Cet appareil est en prise avec, d'un côté, une tendance à l'isomorphie, qui vise à rabattre le psychisme groupal sur le psychisme individuel avec enchevêtrement des appareils psychiques individuels, et d'un autre côté, une tendance à l'homomorphie, qui concourt à l'autonomisation des psychés individuelles par rapport à la psyché groupale. « L'appareil psychique groupal constitue un espace « intermédiaire, ternaire, médiateur » (ayant les caractéristiques d'un espace transitionnel) entre la réalité psychique interne et la réalité sociale externe<sup>38</sup> ».

W.R. Bion complètera les propos de S. Freud sur la dynamique de groupe. Il pense que le groupe est capable d'une grande intelligence collective à condition qu'il prenne conscience des émotions associées à l'hypothèse de base, au lieu de les fuir. Il considère que la dynamique de groupe procède, à un moment donné, de l'interaction de deux facteurs : la mentalité groupale d'une part et d'autre part la tâche objective, c'est-à-dire les opinions conscientes des individus du groupe. Le premier facteur qu'est la mentalité groupale se caractérise par rapport à une « hypothèse de base », correspondant, en quelque sorte, à des forces émotionnelles intenses, partagées, inconscientes, d'origine primitive. Ainsi, les hypothèses de base peuvent générer des impulsions dirigées vers des buts différents de la tâche objective. Les phénomènes de l'hypothèse de base ont des particularités de réactions défensives face à l'anxiété au cours des relations aux objets partiels. Les psychanalystes qui s'intéressent au groupe, vont alors postuler qu'à la base de la dynamique des groupes, se situent les mécanismes les plus primitifs de la vie psychique de l'individu. Ainsi, Bion « espère pouvoir montrer que l'individu aux prises avec les complexités de la vie en groupe a recours, au moyen d'une régression parfois massive, à des mécanismes décrits par Melanie

---

<sup>38</sup>A. RUFFIOT. *Le groupe-famille en analyse. L'appareil psychique familial*. In : A. RUFFIOT *et al.* La thérapie familiale psychanalytique. Paris : Bordas, 1981. P. 4.

Klein (1931,1946) comme caractéristiques des premiers stades de la vie mentale<sup>39</sup> ». J. Bleger, parlera quant à lui, d'une phase encore plus primitive du moi, antérieure à la position schizo-paranoïde de M. Klein : une phase de psyché pure, sans frontière, sans contenant, se confondant avec celle maternelle et paternelle. A. Ruffiot ajoutera que :

« Ces vécus de psyché pure, propres au nourrisson, sont, ainsi qu'en témoigne la clinique familiale analytique, le fondement de la communication inconsciente de la famille. Ils sont la toile de fond de phénomènes groupaux en général, à l'intérieur des groupes non familiaux, et sans doute le tissu de toute communication<sup>40</sup> ».

L'individuation s'opère avec l'incorporation du soma par la psyché, alors que ce qui se joue dans le groupe est lié à la psyché pure, renvoyant à un stade où elle fonctionnait sans ancrage corporel. « En clair, l'individuel c'est le soma, délimité, avec frontières ; le groupal c'est le psychique, illimité, sans frontières<sup>41</sup> ».

#### **D) Théorie des systèmes et des communications**

C'est avec la théorie des systèmes et des communications que la thérapie familiale systémique se constitue, entraînant une rupture épistémologique nette dans l'approche de la maladie mentale. Dans les années 1950, avec l'anthropologue G. Bateson, des chercheurs- J. Haley, Don D. Jackson- d'orientations professionnelles variées, vont former l'école de Palo Alto. Leurs travaux se sont centrés sur l'étude de la famille des patients ayant une schizophrénie, afin de trouver une cause à cette dernière, dont découlerait une nouvelle approche thérapeutique. Leur volonté était d'aborder l'ensemble, c'est-à-dire l'environnement familial et non plus seulement l'individu malade, en faisant le lien entre la problématique d'un membre et celle de l'ensemble familial. L'idée était ainsi de défier la croyance en l'autodétermination, en considérant que le patient psychotique est un individu adapté à un contexte qui ne l'est pas.

La famille apparaît comme un système ouvert, composé de sous-systèmes interagissant entre eux par des boucles de rétroactions afin de maintenir une homéostasie, c'est-à-dire un équilibre. Dans une famille, les crises sont inéluctables, elles font partie de son évolution naturelle ; de ce fait, des changements doivent s'opérer pour trouver un nouvel équilibre.

---

<sup>39</sup> W.R. BION, *op. cit.*, p. 95.

<sup>40</sup> A. RUFFIOT, *op. cit.*, p. 6.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 15.

L'approche systémique s'est construite à partir de plusieurs théories issues de diverses disciplines : anthropologie, cybernétique, communication... La théorie générale des systèmes et la théorie des communications ont une place centrale dans la théorisation systémique.

La théorie générale des systèmes a été élaborée en 1947, par Von Bertalanffy, biologiste. Elle est basée sur quatre concepts. Le premier est la totalité : la totalité n'est pas la somme des parties, elle détient des propriétés particulières que n'ont pas les éléments lorsqu'ils sont séparés. Le deuxième concept est la circularité : systèmes et sous-systèmes sont toujours en interaction réciproque avec d'autres, donc en évolution constante. Si un élément change, alors l'ensemble du système changera. Le troisième est l'équifinalité : le même événement peut produire des effets différents. Les conséquences d'un changement sont aussi bien dues aux conditions initiales qu'aux processus et caractéristiques propres du système. Le dernier est l'homéostasie : l'équilibre est maintenu par des mécanismes auto régulateurs dans un environnement changeant. Cette théorie va alors intégrer la deuxième cybernétique, dont l'objectif est de faire passer la famille d'une vision statique à une vision dynamique. La famille prend alors forme dans sa tendance au maintien d'équilibre, ainsi que dans sa capacité à évoluer et à créer de nouvelles structures.

A partir de cette théorie des systèmes, s'est développée une conception systémique des communications au sein de la famille. Les postulats de cette théorie des communications, sont abordés par P. Watzlawick, philosophe formé à la psychanalyse et pionnier de la thérapie familiale, dans *Une logique de la communication* :

- lors d'une interaction, les messages émis et reçus comportent une composante digitale et une composante analogique. La digitale est représentée principalement par le verbal, l'analogique par le non-verbal, attitudes corporelles, intonations...Chaque message est constitué d'une fonction, transmise sur le mode digital, et d'une relation sur le mode analogique.

- il n'est pas possible de ne pas communiquer. Une « non-communication » est une communication.

- la nature de la relation entre les communicants va dépendre de la ponctuation des séquences des faits perçus par chacun. Les communicants ont tendance à concevoir leur position comme réaction à ce qui est perçu dans les comportements de l'autre.

- la différenciation des niveaux logiques découle de la méta communication. Cette dernière correspond à une communication entre deux partenaires portant sur les règles de communication auxquelles les deux se réfèrent. Elle peut être une façon de corriger les effets de distorsion de communication. L'interaction peut être appréhendée de façon circulaire : chacun produit des actions qui sont à la fois cause et effets des actions de l'autre, la relation est en *feed-back*.

- les interactions sont symétriques ou complémentaires. Dans l'interaction symétrique, la relation est égalitaire, les comportements sont en miroir, pouvant conduire à une escalade conflictuelle. Dans celle complémentaire, les comportements semblent s'ajuster mutuellement mais peuvent conduire à la dénégation de l'autre.

P. Watzlawick *et al.*, à partir de ces concepts, repèrent des modes de communication pathologiques et conçoivent des modalités d'intervention thérapeutique. Les familles de patients schizophrènes seraient ainsi marquées par une dysfonction communicationnelle aboutissant à la désignation du patient en tant que tel. Ces communications pathologiques sont à type de disqualification, de mystification ou bien de paradoxe.

La notion de paradoxe se confond avec la théorie du *double bind* que G. Bateson développe avec le groupe de Palo Alto dans *Toward a Theory of Schizophrenia* en 1956. En effet, ce dernier a proposé la redondance du *double bind* -le message contient sa propre négation- comme un phénomène communicationnel dont pourrait découler l'émergence de la schizophrénie : cette injonction paradoxale suscite une confusion dans l'esprit du destinataire. L'ambiguïté qui en résulte entraîne une difficulté à trouver une réponse adaptée. Cette théorie sera par la suite remaniée, nuancée par ces mêmes auteurs.

G. Bateson garde de la psychanalyse la notion d'inconscient et de déterminisme psychique mais ajoutera que le déterminisme interpersonnel est plus important que le déterminisme intrapsychique : toutes nos communications sont influencées par l'autre.

En 1978, M. Bowen, psychiatre psychanalyste, expose une approche générationnelle de la clinique familiale dans son ouvrage *La différenciation de soi*. Son approche s'axe sur les atteintes des modes de communication dans la famille et les liens entre les générations. Il conçoit la famille comme un système émotif dont le fonctionnement dépend du degré de différenciation du soi et du niveau d'angoisse. Pour lui, l'angoisse est toujours présente, mais à des degrés différents selon le niveau de différenciation. Selon l'augmentation ou la



diminution de l'angoisse, l'individu paraîtra plus ou moins dans les normes. Sa théorie est basée sur huit concepts, mais M. Bowen insistera plus précisément sur trois :

- La différenciation de soi : le comportement des individus dépend d'un système subjectif, de l'ordre de l'émotion, et d'un système objectif de l'ordre de la réflexion. De son analyse de parents de schizophrènes, il conclut à une confusion entre ces deux systèmes. Quand la confusion est importante, il parle de mauvaise différenciation de soi. Cette dernière comprend plusieurs degrés ; ceux qui présentent une bonne différenciation possèdent un mode de fonctionnement plus souple, une meilleure adaptabilité à l'environnement, et sont ainsi plus autonomes avec un système intellectuel suffisamment indépendant de l'émotif pour pouvoir être efficient. À l'inverse, une mauvaise différenciation amène à des comportements dominés par l'automatisme des émotions. Il introduit alors le concept du « soi solide » – noyau de base de l'individu qui ne peut pas changer- et du « pseudo soi », appendice du « soi solide », né de la pression émotive des autres et qui peut se remanier. De là, il parlera d'un continuum entre psychose et névrose, dont la différence serait plutôt d'ordre quantitatif que qualitatif.
- Les triangles communicationnels : le triangle est le plus petit système de relation stable. Les forces émotives exercées dans la famille sont constamment en mouvement. Dans les moments de tension, d'augmentation du niveau d'angoisse, de nouvelles triangulations vont se constituer.
- La transmission intergénérationnelle : les niveaux d'angoisse chronique et de différenciation du soi sont transmis de génération en génération ; la schizophrénie découlerait de la transmission de niveaux de plus en plus faibles de différenciation.

À ces théories systémiques familiales, vient s'ajouter une approche structurale de la famille avec S. Minuchin, en 1974. La famille est envisagée en fonction de ses patterns transactionnels, de ses sous-systèmes, de ses types de frontière intra ou intergénérationnelle. En fonction de ces dernières, plusieurs typologies familiales sont décrites, allant de la famille « enchevêtrée » (famille comme une masse indifférenciée avec une forte cohésion de ses membres) à la famille « désengagée » (frontières rigides, insensibilité entre les membres, indifférence mutuelle).

J. Haley adoptera une approche stratégique, modèle pragmatique dans le refus d'établir une théorie de la formation des problèmes. Cette approche donne lieu à l'élaboration de la thérapie brève centrée sur la solution.

Les travaux de l'école de Palo Alto entraîneront une profusion de publications ; d'autres écoles vont diffuser le modèle systémique, le compléter et l'enrichir de nouveaux concepts et de nouvelles applications thérapeutiques. En Europe, dans les années 1960, on peut citer l'école de Milan avec M. Selvini-Palazzoli et les travaux de M. Andolfi à Rome. La France appliquera plus tardivement le modèle systémique en thérapie familiale, dans les années 1970.

### **E) Antipsychiatrie**

L'expérience de la seconde guerre mondiale va conforter les critiques à l'égard de l'institution asilaire, son caractère coercitif, chronicisant et aliénant. Ce courant de désaliénisme fait ainsi le lit de l'émergence du courant de psychiatrie institutionnelle et des courants d'antipsychiatrie. En parallèle du développement des systémiciens, au début des années 1960, quatre ouvrages apportent les bases de ce qui sera appelé quelques années plus tard, l'antipsychiatrie : *Asylum* de E. Goffman en 1961, l'article *The myth of mental illness* de T.S. Szasz publié en 1960<sup>42</sup>, *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique* de M. Foucault en 1961, *Le moi divisé* en 1960 de R.D. Laing. Y éclot notamment une critique acerbe de l'asile et de l'entreprise psychiatrique.

Il semble important de s'attarder sur un de ces textes, tant les interrogations sont, aujourd'hui toujours d'actualité. Ainsi, dans *The myth of mental illness*, T.S. Szasz considère la maladie mentale comme un mythe, dont les signes sont nécessairement en lien avec le contexte social. Il s'oppose à son affirmation en tant que fait objectif et interroge également le concept de vulnérabilité par rapport à des événements de vie, vulnérabilité comme écart d'avec une norme. Sont étudiées, l'influence des valeurs du psychiatre dans sa pratique et l'éthique en psychiatrie, alors que la pratique médicale, influencée par des

---

<sup>42</sup>T.S. SZASZ. The myth of mental illness. American Psychologist, 1960 ; 15 : 113-118.

valeurs socio éthiques, se proclame neutre et libre de règles morales. Le psychiatre est un observateur participant. Dans ce sens, T.S. Szasz, propose d'avoir une approche thérapeutique en accord avec les positions éthiques du patient. Quelle est la place de la maladie mentale dans l'explication des difficultés de la société ? Dans sa fonction de « tranquillisant social », permettant de rationaliser les conflits inhérents à la société ? Notre auteur conclut que sans l'existence de ces maladies, la société serait harmonieuse.

Le mot « Antipsychiatrie » est inventé par D. Cooper dans son ouvrage *Psychiatrie et antipsychiatrie* en 1967. Une des idées de ce mouvement est de dépsychiatriser les affections mentales, de les faire sortir du rang de « maladie », de les considérer comme lutte de l'homme face à la manière dont on lui impose de vivre. Y sont critiqués les conditions asilaires, avec son lot d'exclusion et de ségrégation, l'entreprise psychiatrique comme outil de répression sociale, le concept de maladie mentale comme construction sociale. Pour les tenants de l'antipsychiatrie, la maladie mentale est un mal-être existentiel face, et même contre, une société normalisante. La psychiatrie tend à objectiver le malade en plaquant le modèle de la santé physique sur la santé mentale. Elle apparaît comme une institution assainissante, qui s'attache aux facteurs de risque, dessinant ainsi le champ social comme un espace porteur de dangers, propre à élargir la gamme des contrôles. De la même façon que le mouvement culturaliste, l'antipsychiatrie met l'accent sur l'influence des facteurs socio culturels dans la genèse des troubles psychiques.

La première application de l'antipsychiatrie est réalisée en 1962, sous la direction de D. Cooper : le pavillon 21. Elle correspond à une unité au sein d'un hôpital psychiatrique, accueillant exclusivement des « jeunes récemment étiquetés schizophrènes », au début de leur « carrière de patient » et fonctionnant très différemment des unités psychiatriques traditionnelles. Il n'existe pas de rôles sociaux « soignants-soignés », il n'y a pas de hiérarchie, pas de thérapies physiques et très rarement chimiques. Leur démarche, imprégnée du courant phénoménologique, se fonde sur une conception de la schizophrénie comme schémas d'interactions et non comme entité pathologique constitutive du sujet ; la folie comme réaction existentielle. Ainsi, s'il n'est pas considéré dans son contexte, le comportement du schizophrène demeure impénétrable. R.D. Laing parlera « d'établir l'intelligibilité sociale de la schizophrénie ». Le mal-être existentiel est ancré dans l'entourage propre, à savoir la famille. Des comportements observés hors des interactions familiales peuvent apparaître insensés alors qu'observés dans leur contexte original, ils

acquièrent un sens. Dans les applications des théories d'antipsychiatrie, l'observation du groupe familial est primordiale.

« Le but doit être de comprendre le comportement présent du patient, sa présentation « schizophrénique » de lui-même dans sa double complexité « verticale » et « horizontale ». La complexité verticale renvoie au développement dans la famille, en remontant jusqu'aux origines familiales des parents. La complexité horizontale renvoie aux interactions, ici et maintenant, avec les patients et le personnel du service et avec les parents quand ils rendent visite au sujet<sup>43</sup>. »

La pathogénie familiale réside dans la contradiction de ses messages, en référence au *double bind* de G. Bateson, dans le conditionnement et la normalisation par l'éducation : « le rôle que joue la famille en produisant, à travers la socialisation initiale de l'enfant, la normalité et les bases du conformisme<sup>44</sup> », « la structure existentielle du rôle social représenté est, avant tout, celle d'un être-pour-autrui et seulement, en second lieu, celle d'un être-pour-soi<sup>45</sup> ». Cependant, la fatigue des employés et les pressions financières ont mis un terme à l'expérience du pavillon 21 au bout de 4 ans.

Dans *Psychiatrie anti psychiatrie*, D. Cooper dira de la schizophrénie qu'elle est une situation de crise microsociale, où pour des motifs culturels ou micro culturels , les comportements du sujet sont disqualifiés par les autres et celui-ci va être reconnu « malade mental » puis identifié « schizophrène », par des « agents médicaux ou quasi médicaux ». Mais bien souvent, avant cette crise, le sujet schizophrène a déjà l'expérience d'une rupture, dans ses rapports avec le monde environnant et dans ses rapports avec lui-même : il vit dans une situation d'insécurité ontologique. Dans *Le moi divisé*, R.D. Laing dira que « la santé mentale ou la psychose ont pour critère le degré d'entente ou d'incompréhension existant entre deux personnes dont l'une est tenue d'un commun accord pour saine d'esprit<sup>46</sup> ».

Par la suite, sont créés des centres d'accueil, des communautés thérapeutiques pour les patients schizophrènes. Ils sont définis comme des lieux d'accueil de la folie, où le sujet peut se libérer au maximum de tout, pour que puisse se dérouler une crise qu'aucun autre milieu ne pourrait accepter. R.D. Laing propose pour cette crise le terme de *métanoïa*, conversion, transformation. Il faut s'appliquer à suivre et à soutenir la progression d'un

---

<sup>43</sup> D. COOPER. Psychiatrie et antipsychiatrie. Éditions du Seuil, 1978. P. 118.

<sup>44</sup> D. COOPER. Mort de la famille. Éditions du Seuil, 1972. P. 13.

<sup>45</sup> D. COOPER. Psychiatrie et antipsychiatrie, *op. cit.*, p. 63.

<sup>46</sup> R.D. LAING. Le moi divisé. Editions Stock, 1970. P. 33.

épisode schizophrénique aigu au lieu de l'arrêter. Dans ces communautés, le malade vient pour « régresser » et mettre en acte « sa » scène.

En parallèle de ce mouvement anglo-saxon, se développe, en Italie, un antialiénisme avec F. Basaglia, dont l'orientation se veut plus politique, faisant exploser l'institution asilaire, reconnue comme instrument de répression sociale des défavorisés. Il s'ensuivra la loi de 1978 qui entame progressivement, la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie.

Pour conclure, les antipsychiatres en viennent à réfuter le concept de maladie mentale et à définir la folie comme témoignant d'un être exceptionnel qui échappe aux normes. Folie comme expérience remarquable, comme liberté face aux esclaves de la normalité, liberté face à l'idéologie de la société dont la famille se fait médiatrice. M. Mannoni dira que « l'antipsychiatrie a décidé de défendre le fou contre la société<sup>47</sup> ». L'antipsychiatrie se place dans un projet politique, à l'époque d'une révolution socioculturelle, où sont contestées les institutions sociales. L'influence de l'antipsychiatrie aura été d'avoir pris en compte le malade dans son environnement, d'avoir mobilisé des questionnements autour de l'exercice traditionnel de la psychiatrie, autour de la question du normal et du pathologique, de la question du sujet et de sa liberté et de l'éthique dans la pratique.

M. Foucault cherche à montrer que les différentes formes de contrôle débordent le cadre même des institutions. Ces techniques de pouvoir submergent l'ensemble du champ social, deviennent de plus en plus invisibles, subtiles, avec des « juges de normalité » qui investissent la vie quotidienne des individus et qui, par des mécanismes régulateurs sur la population, ont pour mission d'actualiser la norme en vigueur. La sectorisation signe l'hygiène sociale diffusée partout : « une autre façon, plus souple, de faire fonctionner la médecine mentale comme une hygiène publique, présente partout et toujours prête à intervenir<sup>48</sup> ». M. Foucault illustre ses propos par une analogie avec le modèle de la peste qui se substitue à celui de la lèpre. Ce dernier correspond à une réaction de rejet, d'exclusion des malades, alors que le modèle de la peste, où se mettait en place un quadrillage de la population par des sentinelles, est une réaction positive, d'inclusion, de production de population saine. Une autre forme de pouvoir s'instaure, une technique positive de pouvoir, on repère, on classe, on prévient.

---

<sup>47</sup> M. MANNONI. Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse. Paris : Editions du Seuil, 1970. P. 170.

<sup>48</sup> M. FOUCAULT. L'asile illimité. In : Dits et écrits III. Paris : Gallimard, 1994. P. 271-275.

G. Deleuze et F. Guattari, dans *L'anti-Œdipe* s'insurgent contre l'omniprésence de la référence à un déterminisme familial de la maladie mentale, aussi bien dans les théories psychanalytiques que dans celles antipsychiatriques. Ils se dressent contre « l'impérialisme œdipien » des théories analytiques et contre le maintien d'une causalité familiale dans les théories d'antipsychiatrie. G. Deleuze ne nie pas le rôle parental dans la constitution psychique de l'enfant, mais il réfute l'idée des figures parentales en tant qu'organiseurs. L'enfant se constitue ses propres machines désirantes, ces dernières étant en rapport avec l'ensemble de la production sociale. Tout désir est fondamentalement social. A l'opposition classique du désir à sa réalisation, se substitue un rabattement du désir du côté de la production. Ainsi, les stimuli parentaux se placent dans un ensemble plus vaste de production désirante, la société. Les investissements sociaux priment par rapport aux investissements familiaux, qui émanent uniquement de l'application de ceux-là. Il parlera de « réduction des investissements sociaux de la libido à des investissements familiaux, rabattement du désir sur des coordonnées familiales, encore Œdipe<sup>49</sup> ». Le système de répression sociale est dénoncé comme responsable des troubles. Le contexte social du système capitaliste est remis en cause dans l'entrave qu'il fait au désir. Même le phénomène du délire n'est jamais la reproduction, même imaginaire d'une histoire familiale autour d'un manque : « le délire, il ne porte pas sur le père ni même le nom du père, il porte sur les noms de l'Histoire<sup>50</sup> ». Tout délire est de la politique et de l'économie.

« Et l'on ne croira pas qu'il s'agit seulement de l'expression manifeste du délire : le délire exprime plutôt lui-même la manière dont la libido investit tout un champ social historique, et dont le désir inconscient épouse ses ultimes objets [...], les flux qui traversent la famille et la constituent comme schizogène sont de nature extra-familiale et font intervenir l'ensemble du champ social dans ses déterminations inconscientes<sup>51</sup>. »

---

<sup>49</sup> G. DELEUZE. Entretien sur l'Anti-Œdipe avec Félix Guattari. Pourparlers. Paris : les Éditions de Minuit, Reprise, 2009. P. 29.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>51</sup> M. BAZOT, G. DELEUZE, « SCHIZOPHRÉNIE », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 27 octobre 2013. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/schizophrenie/>

### **III) PLACE ACTUELLE DE LA FAMILLE DANS LA THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

#### **A) Dans la pratique au quotidien**

La question de la place de la famille dans les soins est une question récurrente à l'heure actuelle : l'appréciation de l'état psychique d'un patient ne peut plus se départir de celle de son entourage. Mais, au-delà de la thérapie familiale, dont les modèles foisonnent, et qui est souvent l'aboutissement d'un long processus peu accessible, la place de la famille est interrogée dans une logique d'ouverture et d'humanisation du soin psychiatrique. Une nouvelle place se crée également par les demandes de thérapies familiales émanant du champ social. Plusieurs questions se posent alors. Quel est le but de ces thérapies ? A qui s'adressent-elles ? Au patient ? A la famille ? Au patient par la famille comme levier thérapeutique ? Se pose également la question de la « famille saine », de la médicalisation de la société, et du mythe de la famille en bonne santé, durablement. Et finalement peut-on considérer la place de la famille comme une évidence dans les soins de l'adulte souffrant de troubles psychiques ?

Face au bouleversement de la maladie psychiatrique, il convient de dégager du sens et de faire évoluer les relations familiales dans un dialogue ouvert permettant au moins de dissiper les incompréhensions, les malentendus, d'atténuer une forme de culpabilité et de honte qui entretiennent, voire accentuent, la souffrance de tout le système familial et mettent en péril certains de ses membres.

Il apparaît néanmoins important d'évoquer tout d'abord le processus de stigmatisation qui pèse lourd sur le patient et son entourage et impacte la considération des familles et les soins du patient. Ces représentations sociales ont la vie dure et concernent également les soignants.

## 1) Stigmatisation

La stigmatisation en santé mentale prend ses racines dans les représentations sociales. D. Jodelet définit la représentation sociale comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social<sup>52</sup> ». Elle correspond à un savoir profane, un savoir de sens commun, dont la construction et la perpétuation sont motivées par l'incapacité ou le refus des individus à adhérer totalement aux discours d'experts. Pour S. Moscovici, les représentations sociales sont équivalentes, dans notre société, aux mythes et aux systèmes de croyance des sociétés traditionnelles. La représentation sociale prend place entre les concepts sociologiques et ceux psychologiques ; son analyse doit alors prendre en compte, d'un côté, le système cognitif et le fonctionnement de l'appareil psychique et de l'autre, le fonctionnement social, groupal, concerné. La représentation sociale est définie par son caractère organisé, partagé par un même groupe, nourrie de l'imaginaire social et individuel et utile socialement. Une de ses visées pratiques est l'organisation et la maîtrise de l'environnement, et par la même, la justification des conduites. La représentation sociale présente également une fonction de savoir, s'apparentant à un système de catégorisation et une fonction d'interprétation permettant une médiation entre les membres du groupe et entre le groupe et le milieu environnant, par le biais d'une forme de grille de lecture de la réalité sociale. La représentation sociale porte sur des objets sociaux motivant des interactions et permettant de préserver le lien entre les membres du groupe voire de le renforcer. De ce fait, elle a une valeur identitaire et représente une affiliation sociale, dans l'élaboration par le groupe d'une connaissance, d'une vision commune de la réalité, correspondant aux positions sociales occupées par les membres du groupe qui l'élabore. La représentation sociale s'élabore par deux processus. Le premier est l'objectivation qui consiste à s'appropriier, à concrétiser, à intégrer des phénomènes et savoirs complexes. Le second est l'ancrage qui permet l'enracinement social de la représentation par l'intégration de ce que nous ne connaissons pas ou peu dans notre système de références, la création de liens avec les savoirs préexistants, les normes en vigueur. Il est fait état du caractère dominateur et arbitraire des représentations sociales,

---

<sup>52</sup> D. JODELET. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Les représentations sociales. PUF, 1989 : 47-78. P. 53.



tendant à masquer la relativité des normes. S'y conformer fait renoncer au pouvoir de déconstruction et de transformation.

Stéréotypes et préjugés sont des formes de déviation ou de cristallisation des représentations sociales. Ils révèlent l'importance des affects, et souvent leur primauté sur les facteurs cognitifs du processus. De nombreux préjugés vont alimenter la stigmatisation des malades mentaux et de sa famille. Cette stigmatisation repose sur trois principaux types de représentations : la dangerosité qui conduit à une ségrégation ; l'imprévisibilité avec l'inaptitude à respecter les contraintes sociétales qui conduit à l'autoritarisme ; l'appréhension naïve du monde qui engendre bienveillance et régression. Etudier ces représentations, leurs origines, leurs contenus, les comportements qu'elles induisent, le rôle qu'elles jouent, est essentiel pour lutter contre l'exclusion et la stigmatisation qui empêchent le soin. En effet, la stigmatisation porte atteinte à la qualité de vie ; A. Finzen la qualifie même de « seconde maladie ». Elle entraîne un cercle vicieux de discrimination et d'exclusion, pouvant aboutir à des situations pathogènes : altération du fonctionnement social, stimulation des interprétations paranoïdes, diminution de l'observance, perte de l'estime de soi ou de l'espoir. Des études montrent également que la discrimination anticipée par le malade est plus fréquente que la discrimination réellement vécue, confirmant que le malade mental partage les mêmes représentations que le grand public ; il a de lui-même l'image que la société s'en fait. La stigmatisation est internalisée par le malade et lui permettrait entre autre, une mise à distance du diagnostic.

N. Sartorius<sup>53</sup> expose des éléments influant sur l'augmentation de la stigmatisation et de l'intolérance face à la maladie mentale. Il évoque le facteur « urbanisation ». L'organisation des villages avec la connaissance mutuelle de chacun, permet à des personnes souffrant de troubles psychiques d'entretenir des relations, d'être occupées, voire même de trouver un emploi. En ville, le citoyen est un étranger pour l'autre. Dans cette ignorance et incompréhension de l'autre, on ne supporte pas ce qui dénote. Avec la croissance de l'urbanisation et de la médicalisation, le mythe de la santé impose des normes de plus en plus prégnantes où ce qui diffère devient de moins en moins tolérable, les comportements sont plus contrôlés. La tendance sécuritaire qui en découle renforce la mise à l'écart des malades mentaux. La place du travail a également un impact sur la stigmatisation. En effet, bien que valorisé comme facteur d'épanouissement indispensable, son accession est rendue

---

<sup>53</sup> N. SARTORIUS. L'importance de la déstigmatisation de la schizophrénie. In M. DE CLERCQ : Les troubles schizophréniques. De Boeck et Larcier S.A., 2000. P. 75-81.

de plus en plus difficile. Enfin, l'image de la « folie » relayée par la médiatisation croissante dans notre société, majore la stigmatisation. Réponse à des angoisses face à la maladie mentale, expliquer l'inexplicable, rendant à la fois familier et dédramatisant certaines maladies, ou renforçant bien souvent les préjugés, et notamment en matière de dangerosité, par la médiatisation importante de cas psychiatriques « spectaculaires ». La psychiatrie est une discipline qui se prête bien à l'élaboration de représentations sociales devant son absence de savoir unique sur la « folie ».

Les représentations sociales de la maladie mentale semblent se pérenniser et être relativement stables dans le temps. Se pose alors la question de leur fonction dans la société. Les enjeux des individus et les enjeux sociaux sont signifiés par des dispositifs symboliques, tels que la salubrité, la santé, la liberté, le contrôle de soi<sup>54</sup>. Il s'établit ainsi une continuité entre corps individuels et corps social. La médecine devient médecine du corps social, s'insinuant dans la vie des individus, construisant de nouveaux cadres d'organisation, de nouvelles normes. La « folie » intervient dans la socialisation, elle est ce contre quoi l'individu se constitue. L'exclusion de la « folie » par des pratiques de séparation, permet à la société de fonctionner, de se réguler en se protégeant de la contagion du danger. Le « devenir fou » dans le discours traduit l'angoisse archaïque groupale de retour à l'indifférencié. Mais le processus de déstigmatisation s'inscrit également dans la diffusion du contrôle psychiatrique à toute la société : tout un chacun peut être menacé de troubles psychiques en fonction du contexte.

La stigmatisation de la maladie mentale affecte également les proches du patient. La famille rapporte un même vécu de mise à l'écart, de rejet. C'est la stigmatisation dite « honoraire<sup>55</sup> ». L'attitude négative du grand public à l'égard des parents a été longtemps relayée par les professionnels de santé. Près de la moitié des parents et conjoints de patients ayant des troubles psychiques, lors d'une première hospitalisation, rapportent un certain degré d'évitement<sup>56</sup>, avec des sentiments de honte, d'angoisse et d'impuissance. Le climat relationnel en est ainsi très altéré avec un niveau émotionnel important, s'accompagnant fréquemment de troubles psychiques chez les autres membres de la famille

---

<sup>54</sup> M.-J. BERTINI. Fragments d'une économie biopolitique de la lutte contre la stigmatisation. In : La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris : Elsevier Masson SAS, 2010. P. 119-146.

<sup>55</sup> E. GOFFMAN. Stigmate. Les usages sociaux du handicap. Paris : Les Editions de Minuit, 1963.

<sup>56</sup> J.C. PHELAN *et al.* Psychiatric Illness and Family Stigma. Schizophrenia Bulletin 1998, 24(1) : 115-126.

-alcool, dépression, affections somatiques-. La stigmatisation touche l'ensemble du monde psychiatrique.

## 2) Vécus et témoignages des familles

Durant la période précédant l'hospitalisation en psychiatrie, les familles font part de plusieurs épreuves : la latence des premiers soins avec le souhait d'une réactivité plus forte, un sentiment de honte, de peur du et/ou pour le patient, conséquence parfois de la stigmatisation et écueil à la demande de soins, le traumatisme de l'arrivée aux urgences. Ils interrogent également la question du déni du patient et ainsi, régulièrement, la problématique de la demande à laquelle peut venir se confronter l'argument de la majorité du patient. Au cours de l'hospitalisation, les familles peuvent souligner l'impact de la qualité de l'accueil, avec le traumatisme du secteur fermé et des mesures d'isolement, les contrats de visite qui leur semblent arbitraires face au constat de la diversité des pratiques, des discontinuités, parfois, des transmissions au sein des équipes. Par la suite, ils souhaiteraient un parcours plus réduit pour accéder à l'hospitalisation, sans passer par les services d'urgence<sup>57</sup>. D'autres demandes, du registre de l'information, émanent très régulièrement des familles : les questions des conduites à tenir et du diagnostic, la demande d'être informées de la sortie d'hospitalisation, le souhait d'être vues seules, sans le patient. Ces demandes récurrentes replacent en première ligne la question du droit au secret ; droit du malade qui semble receler le plus de difficultés pour son application dans la pratique au quotidien. L'acte médical requiert des confidences qui ne peuvent se dire dans une relation de confiance. Trois données juridiques sous-tendent cette relation : la protection de l'intimité de la vie privée, le secret professionnel et le consentement. Cependant, dans la pratique, les relations peuvent s'établir entre deux cercles plus larges : celui du personnel soignant et celui de l'entourage du patient. La famille n'a pas plus droit à l'information que les autres tiers et peut même, dans certains cas, être celle vis-à-vis de qui le secret doit être le plus fermement maintenu.

Mais, si l'équipe soignante doit protéger le caractère privé de la relation de soins, les lois et code de déontologie laissent entendre que l'efficacité du traitement passe par un certain

---

<sup>57</sup> Rapport de divers vécus, attentes, besoins de parents, dans l'étude qualitative menée par A. ERNOULT C. LEGRAND-SEBILLE entre 2008 et 2009 : *Prise en charge des parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie.*

travail avec les proches. Ces derniers devraient être inclus dès que possible dans la prise en charge, l'idéal étant le patient comme vecteur de cette inclusion. Ainsi, il existe un certain nombre de dérogations et, parfois, d'aménagements pragmatiques qui apparaissent relativement incitatifs quant à la participation des proches dans les soins. Dans le code de la santé publique, concernant les adultes capables, le secret médical ne s'oppose pas à ce que les proches de la personne malade reçoivent les informations requises à l'apport d'un soutien, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, sauf si la personne malade s'y oppose. Un autre article stipule que le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de ses prescriptions par le patient et ses proches et s'efforcer d'en obtenir la bonne réalisation. Dans le domaine de la psychiatrie, il est également envisageable que la responsabilité des soignants soit engagée si aucune information n'est délivrée à l'entourage et que cela conduise à des dommages pour le malade ou pour les autres<sup>58</sup>.

Lors de mises à l'écart des soins des familles, et en particulier celles de patient psychotique, qu'elles soient conscientes ou non, une rivalité dans la prise en charge du patient semble s'instaurer entre famille et soignants. Pour J. Corominas Escudé<sup>59</sup>, professeur de philosophie, ces heurts entre l'institution familiale et l'institution psychiatrique, serait à l'origine de la mutation de cette dernière. Psychiatrie et famille se ressemblent dans leurs fonctionnements et dans leurs buts, ceci expliquant le caractère presque nécessaire des aspects compétitifs de leurs interactions. De façon plus intime, la lutte concerne quelque chose de l'ordre de l'identité du groupe et, par conséquent, de l'identité de tous ceux qui le composent. De ce point de vue, le patient psychotique soulève le plus le problème de l'identité humaine, dans sa difficulté à situer la frontière entre soi et les autres. La rencontre avec le patient psychotique peut nous mettre tous à mal, dans la complexité de ce qu'elle mobilise, mettant en jeu alors, pour la famille et pour le soignant, des réactions défensives permettant de ne pas se confronter de façon trop massive à la problématique du sujet psychotique. L'idée est de trouver, pour ces deux institutions, un juste milieu entre une aide trop substitutive et une aide qui cherche à redonner au patient psychotique les pouvoirs de son existence.

Ces affrontements, ces points d'achoppement ont favorisé l'émergence de réseaux d'entraide de familles et proches de malades psychiques. En effet, dans le domaine de la

---

<sup>58</sup> J.-L. SENON C. JONAS. Droits des patients en psychiatrie. EMC-Psychiatrie, 2004 ; 1 : 107-127. P. 122.

<sup>59</sup> J.COROMINAS ESCUDE. Famille-soignants : la compétition inavouable. La famille dans le soin. Santé mentale 2011 ; 159 : 38-40.

santé mentale, une des principales évolutions de ces dernières décennies est la place incontournable des associations d'usagers et de familles d'usagers. Elles ont montré leur importance dans la lutte contre la stigmatisation et la volonté de redonner une place à la famille.

L'une des associations de famille, interlocuteur privilégié des soignants en psychiatrie et des familles confrontées à la maladie mentale d'un membre, est l'UNAFAM, l'union des familles des malades mentaux et de leurs associations, reconnue d'utilité publique en 1968, année au cours de laquelle les établissements psychiatriques deviennent autonomes. Cette association est née du rapprochement de parents de patients psychotiques à l'époque où s'initiait l'entreprise de sectorisation. Les préoccupations énoncées par l'UNAFAM sont : comprendre les maladies mentales et développer des recherches, aider les familles, répondre au devenir des malades quand leurs parents auront disparu, permettre une réinsertion sociale et professionnelle, assurer un suivi continu médico-psycho-social, promouvoir un partenariat. L'UNAFAM est une association de bénévoles formés qui propose plusieurs dispositifs. Une permanence téléphonique est assurée, dont les principaux motifs d'appel sont des demandes de conseils juridiques, d'adresses de structures d'hébergement lorsque les parents vieillissent, demandes d'explications, d'écoute. Un groupe de parole existe également. Les personnes qui sollicitent l'association, sont déjà bien souvent épuisées, dans l'incapacité à poursuivre la gestion du quotidien avec leur proche malade ; les membres de la famille peuvent rapidement en oublier leur propre égo face à la maladie. Les adhésions à l'association sont assez rares au décours d'une première hospitalisation, renvoyant à la question du temps pour accepter la maladie avec, tout d'abord, l'espoir d'une guérison rapide ou l'espoir que ce ne soit pas ça, renvoyant à des tensions intrafamiliales majorées quand les membres ne sont pas tous prêts pour une demande d'aide.

À plusieurs reprises, depuis sa création, l'UNAFAM tend à vouloir créer son propre réseau avec des structures en dehors du secteur public, peu convaincue par une amélioration du service public. En effet, plusieurs divergences vont émailler le parcours relationnel entre cette association de familles et les soignants en psychiatrie. On peut citer, par exemple, la reconnaissance du handicap psychique, demandée, défendue par ces familles pour que se dégagent des moyens pour la prise en charge de leur membre malade. Face à ce souhait, s'oppose l'inquiétude de soignants, qui s'interrogent sur l'impact de cette mesure dans la chronicisation de malades psychiatriques avec l'idée sous-jacente d'une incurabilité des troubles. Une autre divergence importante a pu être, pour l'UNAFAM, le caractère

intolérable du mélange des maladies psychiques à l'hôpital psychiatrique, face à des psychiatres du secteur public défenseurs d'un accès pour tous sans discrimination nosographique, géographique, économique. Mais, face à une réduction des dépenses de santé, ce côté concurrentiel aurait pu être lourd de conséquences.

Certains s'interrogent sur la constitution d'une association de familles qui exclut le patient, séparant entourage et malade. Cette interrogation ne vise pas à nier le caractère individuel de la maladie, mais intéresse plutôt l'existence de liens réciproques et le retentissement mutuel dans les relations du patient psychiatrique et de sa famille.

### **3) Les premiers temps des soins**

Qu'en est-il du choc et des remaniements psychiques induits par l'irruption de la maladie mentale dans une famille ? Confrontée à l'étrangeté de leurs enfants et face à un parcours de soins complexe, la famille est dans un temps de crise où symptômes et souffrances foisonnent. Premier temps se partageant entre l'accueil, la nécessité d'une évaluation clinique proche de l'expertise pour hiérarchiser l'urgence, le tout dans un climat de tensions, d'impatience, de sentiments confus. Ce temps est un temps critique, exceptionnel pour le patient qui n'est pas toujours demandeur de soins, temps exceptionnel pour la famille, en prise avec des sentiments très divers face à un parent qu'elle ne reconnaît plus et dans un environnement inconnu. Il ne nous est pas toujours commode, surtout lors des premiers contacts, d'accepter cette rencontre et d'impliquer d'emblée la famille dans un partenariat de soins. L'intégration de la famille dans le soin est complexe ; parfois émergent des conflits intrafamiliaux qui obligent à se poser la question d'une intégration possible et réellement bienfaisante. Plusieurs réactions d'équipe sont régulièrement observées et interrogent sur notre pratique. Certaines équipes sont réservées quant à l'intégration de la famille pour ne pas inférer sur la qualité de l'espace de soins individuel, et peuvent alors recourir à des règles strictes d'éloignement familial peu analysées. D'autres équipes ont des difficultés à intégrer les familles de façon active, ayant l'habitude de fonctionner en vase clos. Enfin, des équipes, désireuses de cette intégration, peuvent le faire de façon inadaptée. Prendre soin du patient passe par prendre soin de ses relations familiales, ce qui n'exclut pas de les interroger.

Un groupe de réflexion a été constitué début mai 2011, au CESAME (Centre de Santé Mentale Angevin), le « groupe famille ». Il a été mis en place à la suite de la journée « Prise en charge des parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie » où étaient présentés les résultats d'une étude qualitative menée par A. Ernoul et C. Le Grand-Séville, anthropologues, de décembre 2008 à décembre 2009, concernant les vécus et les besoins des parents de jeunes hospitalisés. Cette étude faisait le constat alarmant de la solitude, de la souffrance, de l'humiliation dans lesquelles sont installées les familles de patient ayant une maladie psychiatrique, notamment avant les soins et lors des premiers contacts avec l'institution psychiatrique. Le groupe actuel de travail se veut pluridisciplinaire : membres de l'UNAFAM, membres de clubs, professionnels de santé. L'objectif est de construire une place pour les familles de patients, en fonction des différentes étapes du parcours de soins. Il est rapidement précisé que le but n'est pas d'établir des protocoles, mais des démarches ritualisées dans l'accueil des familles. Il apparaît important de distinguer ce projet de ritualisation, de l'instauration d'un protocole, car l'accueil d'une famille relève d'une approche singulière, individualisée. Le caractère répétitif inhérent à la ritualisation ne doit surtout pas être vu comme une façon de faire rigide et stéréotypée. Ce groupe doit réfléchir à des organisations prenant en compte l'accueil et l'accompagnement des familles, que ce soit en termes d'architecture adaptée que d'acquisition de compétences nécessaires aux soignants pour leur réalisation. Lors d'une intervention au CESAME en 2011, C. Legrand-Séville fait un lien entre le rite et la façon dont on devrait penser l'accueil des familles, se référant à une phrase d'A. De Saint-Exupéry dans *Citadelle* : « les rites sont dans le temps ce que la demeure est dans l'espace<sup>60</sup> ». Le rite comme espace de construction commune, mais aussi comme lieu sûr, comme repère. L'accueil doit être le temps d'un échange, d'une rencontre, et c'est à ce niveau que le rituel prend sens ; par ses règles et croyances partagées, il devient indispensable pour apprécier correctement la situation, ne pas la banaliser et ne pas oublier de prendre en compte certains, à savoir la famille. Cette conduite spécifique, vouée à être répétée, répond à des situations et à des règles précises tout en laissant de la place à des apports nouveaux. Le rituel ne relève pas de moyens rationnels et ne s'explique pas seulement par des motivations pratiques. Il partage, pour ses acteurs ou pour ses témoins, une fonction expressive, symbolique, productrice de signification et une fonction instrumentale, pragmatique. L'action rituelle est un moyen de rétablir une forme d'équilibre

---

<sup>60</sup> A. DE SAINT-EXUPÉRY. *Citadelle*. Paris : Editions Gallimard, 1948. P. 45.

entre ce qui est donné dans l'existence et le caractère angoissant de ce qui semble la déborder, afin de faciliter un passage et aider à supporter transformation et pertes.

Une question est régulièrement soulevée au sein du « groupe famille », la question du respect du secret professionnel. En effet, il est observé un contraste important entre la pratique d'urgence psychiatrique où la famille est très souvent sollicitée par les soignants, et la pratique hospitalière où vient rapidement se poser la question du secret médical, la préservation d'un espace individuel. Dans la pratique de secteur, la famille reste peu sollicitée en dehors des cas où son implication est obligatoire ou fortement profitable, notamment avec des patients mineurs, en gérontopsychiatrie quand la dépendance du patient s'installe, ou dans les cas où sont mises à nu de réelles difficultés dans la dynamique familiale. La sollicitation de la famille en pratique d'urgence se fait dans le cadre de soins sans consentement ou dans un objectif d'investigation de l'histoire du patient ; elle se fait également dans un but informatif, ou bien pour assurer un retour à domicile « sécuritaire » par mobilisation de l'entourage familial. Mais, le partenariat avec la famille ne doit pas se limiter à la situation de l'urgence et doit pouvoir se travailler dans une politique de long terme. Cela sans ignorer que la pratique de secteur s'exerce dans une toute autre temporalité, et qu'y prend place la construction d'une alliance thérapeutique où s'inscrit la nécessité d'un espace propre au patient garanti par le secret professionnel. La complexité du travail d'alliance nous fait souvent oublier de proposer d'y inclure l'entourage du patient. Il ne s'agit pas de l'intégrer activement de façon systématique, mais de proposer et de laisser surtout le soin au patient de choisir. Le cadre des premières hospitalisations est fondamental dans l'instauration d'une alliance thérapeutique entre le patient, sa famille et l'équipe soignante, pour éviter de laisser place à ce qui se passe régulièrement : des malentendus, une rancœur par un processus d'exclusion et un regard chargé d'interprétations. Cette prise en compte systématique doit permettre d'aborder la question de la séparation, celle de la mobilisation de l'entourage, de la place de ce dernier dans la problématique du patient. Pour que ce travail puisse se faire, il nous faut toujours réfléchir sur la temporalité afin de respecter celle des familles avec leur histoire, et adapter la relation d'aide aux différentes phases du parcours de soins.



#### 4) Aide aux aidants

Les contraintes démographiques et financières actuelles, la politique de soins, ont amené à dénommer « aidant familial » la personne qui jusque-là apportait à un membre de sa famille dépendant ou en perte d'autonomie, une aide humaine non salariée. L'officialisation de cette aide familiale va amener à multiplier les interrogations sur la place, le statut, l'impact du rôle d'aidant familial. Les aidants familiaux des personnes dépendantes sont nombreux et requis sur plusieurs missions : humaine, affective, pécuniaire, administrative et légale. Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, institue la possibilité pour l'entourage de se placer en aidant familial. Il confirme la ressource nécessaire que peut représenter cet entourage dans l'analyse de la situation du malade psychiatrique, et dans un relais possible des soins. De plus, avec l'institution d'hospitalisations sans consentement à domicile, l'aidant familial devient également garant de l'ordre public<sup>61</sup>. Il ressort de ce plan une reconnaissance du rôle des familles auprès du patient dans une perspective soignante, ainsi que le soutien dont les aidants doivent bénéficier « à la mesure de l'importance de leur rôle<sup>62</sup> ». On voit ici que ce dernier terme semble renvoyer la question du soutien à l'importance du service rendu, dans une fonction sociale, plutôt qu'à la réalité de la souffrance vécue par l'aidant. Émergent alors plusieurs questions. Celle du risque d'instrumentalisation du rôle social de l'aidant, avec la non reconnaissance des membres de la famille comme sujets. Celle de l'enfermement dans ce rôle d'aidant, avec tout ce que ce rôle implique que ce soit pour l'aidant lui-même, et pour le malade. Toute famille peut-elle être aidante ? Les ressources de l'entourage peuvent-elles s'acquérir ? Quelles sont les limites à l'aide demandée ? Quelle est la place du malade comme sujet libre de choisir son aidant ? Quel est l'impact de ce rôle sur l'aidant familial et, finalement, sur toute la cellule familiale ?

Il a longtemps été ignoré l'impact des maladies chroniques sur les aidants familiaux. Ce n'est qu'au début des années 1980 qu'ont été entreprises des recherches sur ce sujet, notamment en ce qui concerne les maladies apparentées Alzheimer. Les études montrent les conséquences médicales importantes sur l'aidant, une altération de sa qualité de vie et la souffrance de tout un système familial. En effet, ce rôle est un facteur de risque de dépression et de mortalité, d'autant plus s'il s'inscrit dans le temps. Parmi les facteurs de

---

<sup>61</sup> H. DAVTIAN, R. SCELLES. La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ? *L'information Psychiatrique* 2013 ; 89(1) : 73-82.

<sup>62</sup> Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, *op. cit.*, p. 8.



risque d'épuisement de l'aidant liés à la relation aidant/aidé, on peut relever sa déstabilisation dans la perception de son rôle par une ambiguïté des limites de ses actions et le manque de reconnaissance de son intervention, la réactualisation des conflits familiaux. Ce rôle d'aidant entraîne une redéfinition des rôles, des places générationnelles, et remanie des relations dans la famille. L'aidant peut tirer des bénéfices de son rôle, quand son aide renforce le lien, qu'elle joue un rôle structurant qui peut être une source d'enrichissement, quand il existe une réciprocité des échanges mais, même s'il en éprouve une gratification, la relation d'aide finit par engendrer une situation de stress sévère. Car, systématiquement, les liens sont attaqués et l'aidant, dans la tentative de sauvegarde du lien, peut se heurter au malade qui ne semble plus le tenir. Pour améliorer la relation d'aide et son vécu, il faut apprendre à communiquer pour trouver sa place et pour poursuivre la prise en charge du malade. Ainsi, les professionnels doivent apporter plus que des conseils, un accompagnement, un soutien adapté à la spécificité des familles.

## **B) Les thérapies formalisées**

La thérapie familiale est née aux USA au début des années 1950. À sa source, plusieurs disciplines se sont côtoyées, notamment la psychanalyse, l'éthologie, l'anthropologie, la sociologie, la biologie. C'est N. Ackerman, par le biais de la psychiatrie infantile, et J. Bell, qui sont considérés comme les pionniers dans la pratique de thérapie familiale. Aujourd'hui, cette dernière connaît un succès fulgurant, entraînant dans sa course le développement d'une multitude de pratiques et théories, à l'image des situations familiales et des contextes variés. Son extension témoigne d'une émulation, d'une créativité importante dans ce domaine. Il ne s'agit pas ici, d'aborder toutes les modalités de thérapies familiales, mais de retenir celles dont le retentissement est important, et celles qui tendent à se développer actuellement. Concernant les thérapies familiales et leur diversité : « quel que soit la sensibilité du thérapeute, la pratique clinique se révèle être une école de l'humilité et de la modestie<sup>63</sup> ». Mais, en parallèle de la création de nouvelles approches, M. Elkaïm<sup>64</sup> s'inquiète de l'institutionnalisation de la thérapie familiale par son entrée dans les universités.

---

<sup>63</sup> J. MIERMONT. Thérapies familiales et schizophrénies. EMC Psychiatrie 2004 ; 1 : 163-172. P. 171.

<sup>64</sup> M. ELKAÏM est neuropsychiatre, Directeur de l'Institut d'Études de la Famille et des Systèmes Humains de Bruxelles, fondateur de l'Association Européenne de Thérapie Familiale.

« Le danger qu'elle se sclérose existe désormais, si elle oublie que sa vigueur lui est venue de sa pragmatique irrévérence et de sa critique de tous les ordres établis<sup>65</sup> ».

## 1) Approches systémiques

Les systémiciens insistent sur le fait que la symptomatologie présentée par une personne résulte d'une conjonction d'éléments sur laquelle les actions et rétroactions de chacun des membres du système familial influent. La pratique systémique a pour intention de sortir la pathologie mentale d'une vision linéaire et causaliste, en se centrant sur les relations entretenues au sein d'une famille. Elle se place dans une dynamique intégrative en réalisant des incursions théoriques diverses. Cette pratique ne répond pas à un dispositif thérapeutique unique. Il existe plusieurs écoles de pensées, qui néanmoins, partagent des techniques communes, et bien souvent, le contexte amène le thérapeute à ne pas limiter sa pratique à l'école de son choix.

La famille est perçue comme un système relationnel qui tend à préserver sa stabilité, c'est l'homéostasie. Cette stabilité, utile, varie d'une famille à l'autre ainsi qu'en fonction du stade d'évolution du système. La variabilité de cet équilibre est soumise à des normes que partagent les membres. Ces normes apparaissent objectivées par des règles qui guident les comportements des membres vis-à-vis des autres et de l'environnement, et, qui guident également, la manière dont les sentiments et affects doivent être exprimés. Le thérapeute va pouvoir identifier ces règles en repérant les modèles de comportements répétitifs appelés les patterns communicationnels. Dans la vie d'une famille, les crises sont incontournables et vont obliger à des réajustements pour pouvoir s'adapter aux nouvelles contraintes, cette évolution est la morphogenèse. Ainsi, la famille est traversée à la fois par le besoin de conserver la cohésion du système mais aussi par le besoin d'évoluer, rendant compte des mouvements de différenciation et de fusion de l'être humain. Dans certaines situations, la désignation du patient sera la réponse la plus adaptée pour maintenir un équilibre. Les comportements sont également régis par des frontières, celles entre l'individu et sa famille, et celles entre la famille et l'environnement. Elles placent la famille comme médiateur de communication entre ses membres et l'extérieur. Lors d'une crise, si les frontières sont trop imperméables, l'entropie augmente dans le système. A l'inverse, si elles sont trop

---

<sup>65</sup> M. ELKAÏM. Les thérapies familiales. In : À quel psy se vouer ? Seuil, 2003 : 139-168. P. 167.

perméables, la consistance se perd. Le système est également imprégné de valeurs qui vont objectiver le mythe familial. Ce dernier, qui regroupe un ensemble de croyances partagées par tous les membres, donne une coloration aux rôles respectifs dans la famille et définit la qualité de leur relation, ainsi que l'image qu'ils se font de leur groupe. Le mythe familial a comme enjeu le maintien de la cohésion. Enfin, chaque membre de la famille possède un rôle et des obligations.

L'objectif du thérapeute systémique va être, dans un premier temps, d'identifier les dysfonctions puis de tenter d'en modifier les retentissements. Il va ainsi intervenir auprès d'un système considéré comme souffrant, même si seul un membre semble détenir le symptôme. Le thérapeute aura alors pour tâche d'explorer la signification et la fonction de ce dernier. Le but va être de favoriser le changement afin d'activer les ressources naturelles de la famille, pour qu'elle puisse résoudre elle-même ses difficultés et trouver une alternative à sa production de symptôme.

Les dysfonctions familiales les plus courantes sont les dysfonctions territoriales, les rôles pathologiques et les troubles de la communication. Dans la pratique, toutes ces dysfonctions se trouvent souvent mêlées. En ce qui concerne les dysfonctions territoriales, les problèmes de frontières entre les générations, de frontière avec l'environnement vont pouvoir générer soit un isolement des membres, soit un enchevêtrement de leurs places. Des délimitations trop rigides avec l'environnement entravent le développement, l'adaptation des membres de la famille, et génèrent des séparations difficiles. À l'inverse, l'absence de frontière avec l'extérieur, peut précipiter l'enfant trop rapidement vers l'extérieur pour qu'il puisse y satisfaire les besoins inhérents au processus de développement. Face à un encadrement affectif et éducatif insuffisant, le système est mouvant, se délite dans l'environnement et nécessite des interventions extérieures. Or, la famille a besoin d'une certaine autonomie pour accomplir ses fonctions. Les dysfonctions territoriales, avec des frontières défectueuses entre les générations et entre les membres, sont fréquentes dans les familles à transactions psychotiques, où, couramment, un ou plusieurs membres deviennent porteurs de symptômes.

Les rôles dans la famille correspondent à un ensemble de comportements et fonctions dévolu aux membres les uns vis-à-vis des autres. Ces rôles peuvent être clairs, rigides ou flous. Le terme de « patient désigné » se réfère à un rôle pathologique endossé par un membre, dont l'objectif de maintien de l'homéostasie familiale se fait au prix de symptômes

psychiques. On voit bien ici la primauté du contexte, des interactions, dans la genèse des troubles psychiques par rapport à la vulnérabilité biologique et aux processus intrapsychiques. Meneur, parentification, tous ces rôles ne sont pas en soi pourvoyeurs de symptômes. C'est par leur rigidification, leur disproportion ou leur existence niée, qu'ils glissent dans la dysfonction. Il existe d'autres formes de relations potentiellement pathogènes comme la désignation d'un bouc émissaire, la réduction au silence ou le blâme.

Les troubles de la communication sont le principal support des interactions dysfonctionnelles dans la famille. L'exemple le plus populaire de communication pouvant amener à la production de symptômes est le *double bind*, qui va générer chez le destinataire une confusion ne lui permettant plus de distinguer les divers niveaux logiques impliqués dans l'échange. Cette incompréhension l'empêche de méta communiquer et, ainsi, de se distancier de la situation et des discours. Des *double bind* nombreux et répétés sont régulièrement constatés dans les familles à transactions psychotiques. Ce constat est néanmoins à relativiser devant ce mode de communication qui semble relativement universel et, de ce fait, peu spécifique. D'autres modes de communication peuvent devenir dysfonctionnels et engendrer la disqualification de l'interlocuteur par l'incompatibilité entre les messages échangés : changement de sujet, correction, omission... C'est lorsqu'ils sont fixés, redondants, assimilés par la famille, et qu'ils se répercutent dans la relation des membres avec l'extérieur, que ces dysfonctions communicationnelles peuvent devenir pathogènes. Au niveau de la communication affective, une organisation complémentaire qui se rigidifie va amener au déni de l'autre, à l'opposé, lorsque la communication se fige dans une escalade symétrique, les affrontements vont se pérenniser et pouvoir entraîner des jeux de coalition invalidants. Chaque interlocuteur se voit ainsi affermi dans son comportement, empêchant toute alternative de communication. Pour conclure sur l'analyse des dysfonctions familiales, plusieurs typologies basées sur les travaux de S. Minuchin, sont décrites. Les familles « enchevêtrées » sont des familles caractérisées par un repli sur elles-mêmes. Le sentiment d'appartenance y est intensifié, avec peu de différenciation des membres, une forte cohésion du groupe, les frontières et les distances sont confuses. Les relations y sont marquées par une absence de respect des espaces, identités, besoins, de chacun. L'attitude d'un membre se répercute directement sur les autres. Lors des moments nécessaires de crises, l'adaptation en est rendue difficile, avec des réponses rapides et disproportionnées. Ce souci qu'a la famille de rester en accord, ce que L. Wynne nomme « pseudo-mutualité », laisse peu de place à la constitution des identités propres de ses membres. L'épisode

schizophrénique aigu s'inscrirait alors dans la rupture de ce mode de fonctionnement, dans une tentative d'individuation. Les familles « désengagées », à l'inverse, possèdent des frontières trop rigides avec une communication difficile. Les membres y fonctionnent de manière autonome et les parents peuvent se soustraire à leurs responsabilités envers leurs enfants. Les relations s'établissent sur un mode formel, dans l'évitement des sentiments de l'autre. Lors d'une crise, la famille tend à être fixée dans une forme d'inertie. Dans les familles « adaptatives », les frontières sont claires tout en permettant une fluidité dans les relations. Le système est ainsi promoteur de la socialisation des membres et de leur épanouissement personnel. Ces familles parviennent à s'adapter sans que leur identité ne soit menacée. Enfin, une dernière typologie familiale, les familles « chaotiques ». Elles sont définies par leur manque de structure, l'absence de toute frontière entre les sous-systèmes et avec l'extérieur, l'absence de séparation entre les générations. Le fonctionnement se fait dans le seul temps présent. Dans cette typologie peuvent s'inscrire les familles à transaction incestuelle décrite par P.-C. Racamier, psychiatre et psychanalyste. « L'incestuel, c'est un climat où souffle le vent de l'inceste<sup>66</sup> ».

La démarche thérapeutique en pratique systémique se base sur trois principes : la confrontation des membres entre eux avec respect de la règle de loyauté<sup>67</sup>, la détection des patterns de communication et de leur impact sur les relations, le renforcement de la compétence familiale. La plupart des interventions sont centrées sur la communication. Il apparaît compliqué d'en dresser un tableau face à la multiplicité des interventions et devant la grande liberté dans les techniques et pratiques dont les limitations semblent plus liées aux limites propres du thérapeute. Ainsi, l'objectif est d'en évoquer brièvement les principales techniques qui sont pour la plupart des interventions actives du thérapeute. Le recadrage consiste à offrir un autre sens à la situation par l'adjonction d'une information, il n'est pas une interprétation, ni une prise de conscience d'une réalité vraie unique. La connotation positive consiste à valider ce qu'il y a de positif dans les interactions familiales. G. Ausloos, professeur et psychiatre exerçant au Québec, propose même la « méchante connotation positive », qui va permettre de connoter positivement ce qui a le plus gêné le thérapeute dans le fonctionnement familial. Les directives, sont des lignes de conduite prescrites par le thérapeute. Les interventions paradoxales, qu'elles soient des prescriptions de symptômes ou un encouragement d'interactions familiales problématiques, permettent une amplification

---

<sup>66</sup> P.-C. RACAMIER. L'inceste et l'incestuel. Editions Dunod, 2010. P. 13.

<sup>67</sup> Règle de loyauté : la rencontre de la famille se fait uniquement en présence du patient. Le thérapeute doit rendre compte au patient de toutes les demandes de contact faites en dehors de lui.

des comportements jusqu'à l'absurde pour amener la famille à modifier son comportement. Les métaphores et récits permettent aux membres de raconter leur histoire, et par la pluralité des discours, induit une confrontation et une forme de différenciation des membres. Cette approche permet d'éveiller un potentiel imaginaire et créatif et favorise les méta communications. Les jeux de rôles, le génogramme sont également des techniques d'intervention communément utilisées et appréciées des familles.

G. Ausloos, dans *La compétence des familles*, émet deux postulats. Le premier est la compétence inhérente à la famille. Les familles ne se posent que les problèmes qu'elles sont en capacité de résoudre. Le deuxième concerne l'information. L'information pertinente est celle qui émane de la famille et y retourne. Ainsi, il faut que l'information circule pour que puisse s'initier un changement. Le thérapeute intervient pour activer le processus de circularisation de l'information, sans se centrer sur les contenus mais sur les processus. Un point important dans l'approche de G. Ausloos, est le rapport au temps et la fonction de la temporalité en thérapie. Le thérapeute doit sortir de l'impatience thérapeutique qui empêche les familles de trouver leur propre solution, et doit apprendre à jouer sur le temps. Dans les familles à transaction rigide, où le temps semble s'être arrêté, il doit tendre à susciter la crise qui mobilisera le temps. Dans les familles à transaction chaotique, en prise avec un temps événementiel, l'objectif est d'introduire de la durée, de ralentir le temps, de rendre un passé. La limite dans ce rôle actif du thérapeute est qu'il ne doit pas tenter de résoudre le problème de la famille, mais aider à ce qu'elle puisse trouver les solutions d'elle-même.

## **2) Approches psychodynamiques**

Il a déjà été précisé l'origine psychanalytique de nombreux thérapeutes familiaux dans l'approche familiale systémique. Cependant, en parallèle, des courants originaux de thérapie familiale psychanalytique se sont développés et en particulier en France.

Selon A. Ruffiot, alors que la cure type individuelle est le cadre de choix du traitement de la névrose, la cure type familiale s'applique aux « familles dont un ou plusieurs membres, présentent une symptomatologie psychotique, anorexique ou psychosomatique et dans certains cas d'espèce, les familles névrotiques<sup>68</sup> ». Ces dernières devant être *a priori* des contre-indications de cure groupale. J.-P. Caillot et G. Derchef précisent que « la famille

---

<sup>68</sup> A. RUFFIOT, *op. cit.*, p. 59.

névrotique en effet, ne relève pas d'une indication de thérapie familiale car, pour elle, les processus de différenciation sont suffisamment élaborés pour que les différences sensation-émotion, individu-groupe, parent-enfant, masculin-féminin n'engendrent pas une pathologie lourde<sup>69</sup> ».

A. Ruffiot définit la technique qu'il a proposée ainsi :

« La thérapie familiale analytique est une thérapie par le langage du groupe familial dans son ensemble, fondée sur la théorie psychanalytique des groupes. Elle vise, par la réactualisation, grâce au transfert, du mode de communication le plus primitif de la psyché, par le rétablissement de la circulation fantasmatique dans l'appareil psychique groupal (familial), à l'autonomisation des psychismes individuels de chacun des membres de la famille<sup>70</sup>. »

Ainsi, l'idée est de rendre les pensées et émotions de plus en plus partageables verbalement au sein de la famille, afin de favoriser le processus de différenciation des membres entre eux et assurer la distance nécessaire à la transmission et à la séparation. Les techniques de thérapie familiale psychanalytique répondent à un cadre strict et se fondent sur le recours aux associations libres, aux rêves, sur le principe de la règle d'abstinence et la règle de présence d'au moins deux générations pour mettre l'accent sur l'histoire de la famille actuelle et l'histoire transgénérationnelle. A. Eiguer<sup>71</sup>, ouvert aux apports de la systémie, s'interrogera sur l'utilité d'une certaine directivité dans les questions posées à la famille.

Les théorisations psychanalytiques de la famille vont se baser sur la notion d'un appareil psychique familial et sur les organisateurs de la vie inconsciente familiale. L'appareil psychique familial est une formation psychique commune et partagée par les membres de la famille, qui est composée à la fois d'éléments du groupe interne<sup>72</sup> de chacun, d'éléments de la psyché commune, de l'héritage transgénérationnel et d'éléments du groupe social. Cet appareil, qui forme un fond psychique inconscient commun, unie et contient les psychés individuelles, formant une enveloppe contenante, en référence au « Moi-peau » de D. Anzieu<sup>73</sup>. La clinique de la thérapie familiale révèle un type de fonctionnement mental très archaïque renvoyant à l'appareil psychique primitif du nouveau-né, la psyché primitive, préalable à la phase schizo-paranoïde de M. Klein. Cette psyché primitive, mal délimitée,

---

<sup>69</sup> J.-P. CAILLOT G. DECHERF. Le cadre de la thérapie familiale psychanalytique. Revue française de psychanalyse 1984 ; 48(6) : 1421-1434. P. 1423.

<sup>70</sup> A. RUFFIOT, *op. cit.*, p. 45.

<sup>71</sup> A. EIGUER est psychiatre et psychanalyste. Auteur d'un grand nombre d'ouvrages sur la thérapie familiale.

<sup>72</sup> R. KAËS. Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2005 ; 45(2) : 9-30. P. 11-12.

<sup>73</sup> D. ANZIEU. Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant. Paris : Dunod, 2013.



mal individuée, bénéficie d'une capacité de communication particulière et constitue la base de la communication familiale. J. Bleger décrit cette communication comme dépôt du « Moi/non-Moi » initial dans la mère et dans la famille, dépôt d'un noyau flou de psyché primitive, aussi bien maternelle et paternelle, que psyché de l'enfant. Ce noyau flou, indifférencié, est appelé noyau d'indifférenciation primaire ou noyau agglutiné. Il est chez un individu ce qui lui permet son ouverture à l'autre. Pour que le moi puisse se développer, ce noyau agglutiné doit être projeté chez le dépositaire. Sa réintrojection doit se faire par petits morceaux pour que l'enfant puisse en recouvrer les aspects devenus discriminés. Mais cette projection nécessite que le dépositaire accepte une symbiose prolongée. Car si la symbiose rompt brutalement, la réintrojection du noyau indifférencié se fait de façon massive et engendre une « angoisse catastrophique » : le noyau non-Moi envahit le Moi, le submerge et induit des mécanismes de défense psychotiques. Toute au long de la vie, existe et persiste, dans toute personnalité, ce noyau qui est la part psychotique que chacun porte en soi. C'est par ce noyau, destiné à être déposé chez l'autre, que tout sujet pourra entrer en résonance affective avec les autres psychés et que se réalisera une fusion représentative de la symbiose entre dépositaire et déposant<sup>74</sup>.

Ainsi, le cadre thérapeutique, par sa fonction contenante, va accueillir le dépôt des noyaux d'indifférenciations primaires. Dans les groupes, le phénomène de dépôts réciproques de la part psychotique individuelle entraîne une fusion de ces noyaux ouverts, générant l'indifférenciation ; c'est la symbiose groupale. Les membres tendent à se départir de leurs psychismes individuels au profit d'un psychisme groupal, qui se manifeste par le phénomène de l'illusion groupale : sentiment vécu et fantasmé d'être une psyché unique. L'illusion groupale est le pendant des angoisses de morcellement et de perte d'identité qui accompagnent tout groupe. Ainsi, paradoxalement, pour protéger l'intégrité de leur Moi individuel, les individus renoncent à ce Moi individuel pour préserver le Moi groupal. Cette illusion groupale, étape nécessaire mais aussi aliénante, sera dominante et exclusive pendant de longues périodes dans les familles psychotiques, mais restera en toile de fond dans les familles névrotiques.

L'onirisme familial est la zone de fusion des psychés et constitue l'axe central de la thérapie familiale psychanalytique. A travers le fonctionnement onirique de l'appareil psychique familial, le patient va pouvoir accéder au vécu de psyché pure qui paraît être le lien

---

<sup>74</sup> A. RUFFIOT, *op. cit.*, p. 25.

inconscient commun le plus profond des membres du groupe. L'objectif de la thérapie familiale psychanalytique est de travailler sur l'appareil psychique familial contenant mais aussi contraignant, dans sa dimension groupale et non individuelle, de faire fonctionner l'onirisme familial qui joue chez les membres le « rôle d'un moteur essentiel pour la remise en fonctionnement des parties de non-Moi de chacun, et pour la maturation des Moi individuels dans la matrice psychique originaire, constituée par la rêverie maternelle, paternelle et infantile<sup>75</sup> ».

Pour A. Eiguer, il existe trois organisateurs principaux de la vie inconsciente familiale, correspondant à des moments maturatifs pour le groupe et structurant chaque type de famille. Dans un premier temps, intervient le choix d'objet : lors du choix de partenaire. Le choix d'objet donnera forme à l'organisation inconsciente spécifique de la famille : choix d'objet narcissique, anaclitique, œdipien. Dans le choix narcissique, on cherche un objet nous renvoyant à ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été ou ce que l'on souhaiterait être. Avec le choix anaclitique, on recherche un partenaire étayant, l'autre représentant une image parentale. Le choix œdipien, lui, caractérise les fonctionnements névrotiques. Des typologies familiales sont décrites en fonction des liens et de ces choix d'objets. Le deuxième organisateur est le soi familial, qui correspond au moment fondateur du sentiment d'appartenance à la famille et de l'identité familiale. Et enfin, le troisième organisateur correspond aux fantasmes partagés (ou interfantasmatisation), avec notamment les fantasmes originaires<sup>76</sup> dont celui de la scène primitive. « Ces scénarios conscients ou inconscients, construits et partagés par le groupe, sont les rejetons d'une série de fantasmes originaires qui sont à la famille ce que les mythes sont au groupe social, parce qu'ils constituent à la fois la matrice de son imaginaire et de son intériorité<sup>77</sup> ». Le fantasme de la scène primitive permettra de diriger les étapes ultérieures et de fonder définitivement la famille. L'homomorphie dans le groupe se fait par l'accessibilité et la circulation des fantasmes originaires, fantasmes différenciateurs. C'est ainsi que le groupe familial du départ, monobloc, va pouvoir se transformer en un ensemble d'individus différenciés et autonomes. A. Eiguer analyse l'organisation définitive des liens entre les membres : liens narcissiques et liens objectaux s'équilibrent d'une manière plus ou moins stable. Les narcissiques correspondent aux aspects non individualisés de l'appareil psychique, où le

---

<sup>75</sup> A. RUFFIOT, *op. cit.*, p. 58.

<sup>76</sup> Fantasme originaire d'après le *Vocabulaire de psychanalyse* de J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS: structures fantasmatisques typiques (vie intra utérine, scène originaire..) universelles, comme organisant la vie fantasmatisque, quelque soient les expériences personnelles des sujets.

<sup>77</sup> P. CHARAZAC. *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Paris : Dunod, 2012.P. 43.

Moi et le non-Moi sont le moins différenciés. Dans la famille, l'assemblage des liens narcissiques individuels contribue à la constitution d'une peau commune. Les liens objectaux, eux, tendent à l'individualisation et à la différenciation des rôles et fonctionnements. La prédominance d'un fonctionnement va fragiliser l'alliance.

### **3) Approches d'inspiration cognitivo-comportementale**

Dans ce type d'abord familial, l'implication familiale dans l'origine des troubles est exclue. Il va s'agir d'étudier les conséquences d'un comportement symptomatique sur l'entourage pour renseigner sur les réactions en retour qui renforcent, maintiennent ou aggravent le comportement. La pathologie psychiatrique se fonde sur le modèle vulnérabilité-stress, introduit par J. Zubin et B. Spring en 1977, et qui repose sur l'idée d'une conjonction entre vulnérabilité biologique et certains stress environnementaux. Détermination biologique, incidence historique et culturelle y sont inclus, mais l'abord thérapeutique se focalise sur la gestion des stress psychosociaux impliqués dans les comportements, émotions et cognitions problématiques. Dans cette approche, la famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, et partageant un schéma familial constitué de croyances communes très stables, au sujet de la vie de famille. Ces schémas familiaux servent de guides, mais intensifiés ou déformés, ils peuvent contribuer à des difficultés au sein de la famille. Ainsi, dans le paradigme stress-vulnérabilité, les comportements familiaux apparaissent, à la fois, comme des réponses à une situation difficile qu'est la maladie, et comme élément influant sur la maladie, soit en protégeant des rechutes soit en exacerbant les symptômes.

Un concept important dans l'approche d'inspiration cognitivo-comportementale du patient psychiatrique et de sa famille, est celui d'émotions exprimées. Ce concept est introduit par G.W. Brown dans les années 1960. Les émotions exprimées correspondent à la façon dont un membre de la famille s'exprime au thérapeute, à propos de la maladie d'un autre membre malade, que ce soit par des attitudes critiques, hostiles, ou par une sur implication émotionnelle. Trois autres variables, qui servent d'outils de mesure à la voie comportementale, sont appréhendées dans la prédiction des rechutes. La première correspond à des communications divergentes : communications floues, ambiguës, incohérentes. La deuxième variable est le style affectif qui s'applique à mesurer le climat, les émotions au cours d'interactions, et qui peut s'exprimer dans trois registres : des

remarques critiques, des propos pourvoyeurs de culpabilité et des réflexions intrusives. Et enfin, le *coping style*, qui apparaît être une variable moins fiable que les précédentes. Il s'agit de stratégies d'ajustement liées aux états mentaux des personnes en interaction<sup>78</sup>. Ainsi, l'action du thérapeute va consister, par exemple, à repérer comment les symptômes du patient sont attribués et renforcés par les autres membres de la famille, puis à modifier ces attributions et renforcements.

Dans la pratique, la thérapie familiale cognitivo-comportementale comporte des séances psychoéducatives, consistant à informer les proches sur la maladie, ses facteurs biologiques et sa vulnérabilité aux stress, et à promouvoir leurs capacités à l'affronter. Elle propose également des séances multifamiliales, ainsi que des séances abordant la vie spécifique à la maison, dans le but de renforcer des compétences et de permettre d'anticiper les risques de rechutes dès les premiers signes d'alerte. Ainsi, la plupart des programmes psychoéducatifs vise à réduire les émotions exprimées les plus pernicieuses par des stratégies de gestion du stress, à travers l'amélioration des habiletés de communication (techniques de communication permettant l'écoute et l'expression émotionnelle en réduisant l'impact du stress) et des habiletés de résolution de problèmes (méthode pour identifier les problèmes les circonscrire et y trouver des solutions). Ces programmes ont également un impact sur l'adhésion aux soins, par l'information de la famille sur la maladie et l'intérêt du traitement. Les programmes psychoéducatifs avec les familles, dans une revue de la littérature récente, *Family intervention for schizophrenia*<sup>79</sup>, proposée par F. Pharoah *et al.*, montre que l'efficacité du travail avec la famille du patient schizophrène est bien établie. Il en ressort une moindre fréquence d'hospitalisation, une meilleure acceptation de la prise en charge, un impact moindre sur la désintégration familiale, des rechutes moins sévères, des hospitalisations plus courtes, même si le recours à l'institution est parfois plus fréquent. L'approche familiale d'inspiration cognitivo-comportementale a été particulièrement étudiée dans le cadre des troubles schizophréniques mais tend à développer d'autres programmes, notamment dans les problématiques addictives. L'intérêt de ces programmes réside, en particulier, dans le fait de proposer des moyens d'interventions simples, efficaces et déculpabilisant. Mais, ces interventions ont pu faire naître plusieurs craintes. Celle

---

<sup>78</sup> S. HENDRICK. Les émotions exprimées. Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux, 2002 ; 29(2) : 139-166.

<sup>79</sup> F. PHAROAH *et al.* Family intervention for schizophrenia (Review) Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

d'aliéner la famille aux soins et celle de la figer dans un rôle de « sauveur » et le patient dans un rôle de « malade passif » posant la question des conséquences de « l'étiquetage ».

La réhabilitation psychosociale est une autre approche d'inspiration cognitivo-comportementale, définie comme un " processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté ". Elle regroupe un ensemble d'interventions visant à optimiser les capacités du patient et de son entourage, ainsi qu'un ensemble d'actions pour favoriser la réinsertion. La famille a été prise en compte dès le début de ce mouvement. En effet, cette démarche n'est pas un processus individuel, elle se fait en alliance avec la famille puisqu'on lui reconnaît un rôle unique : elle a connu le malade avant l'apparition des symptômes et se trouve souvent seule dans la gestion des périodes de crises.

Ces approches s'inscrivent dans le cadre de thérapies brèves, très standardisées. Les premières séances vont être consacrées à la prise de contact et à l'établissement d'une analyse fonctionnelle. Puis, en plus de l'intervention didactique, elles vont utiliser des techniques d'intervention inspirées des approches systémiques, notamment pour les techniques d'entretien, les élaborations de contrat thérapeutique et les prescriptions de tâches. En thérapie, le patient et la famille vont acquérir de nouvelles compétences qui progressivement aboutiront à une modification des réactions habituelles, sources de souffrances, par des techniques de résolution de problèmes, de gestion du stress ou d'affirmation de soi.

#### **4) Approches multifamiliales**

L'abord multifamilial a été utilisé dès les années 1960, pour les familles de patients psychotiques chroniques. Il est un moyen thérapeutique efficace, prisé par les familles mais qui reste encore peu conceptualisé. Les groupes sont systématiquement animés par deux thérapeutes, regroupent quatre à cinq familles, recréant comme un espace communautaire. Ces thérapies reposent sur l'exposition, la confrontation, la légitimation et enfin l'apprentissage.

La communication dans ces groupes s'établit de façon plus spontanée et aisée, du fait d'un regard décentré sur une famille unique, proposant une ambiance plus permissive. La présence simultanée de familles de patients dont le parcours de soins est plus ancien avec

des familles récemment confrontées à la maladie mentale, place les premières comme co-thérapeutes. Ces abords donnent la capacité aux proches de combattre leur propre résistance au changement et d'apprécier les capacités d'évolution du patient. Les thérapies multifamiliales cognitivo-comportementales par rapport à celles systémiques, ont un abord plus didactique qui permettrait de mieux contenir les potentiels débordements émotionnels. W.R. MacFarlane et ses collaborateurs, ont pu montrer depuis les années 1990, une efficacité supérieure des thérapies multifamiliales psychoéducatives par rapport à celles unifamiliales sur les taux de rechutes et le nombre d'hospitalisations. Le rapport coût/bénéfice est également en faveur de l'approche multifamiliale<sup>80</sup>.

Quel que soit le courant théorique de ces thérapies, la réunion de familles confrontées à la maladie mentale d'un proche, offre un espace de sécurité émotionnelle facilitant la communication et les échanges. Ceci permet de briser un certain isolement avec un effet déstigmatisant manifeste.

## **5) Vers de nouvelles tendances**

L'idée de ces dernières décennies est de continuer à se dégager de positions trop dogmatiques. Les thérapies familiales se sont diversifiées au gré des transformations des contextes familiaux et sociaux, des demandes et de la multiplicité des symptômes. De nouvelles approches familiales sont régulièrement inventées dans l'interférence de différents courants. Certains s'inquiéteront du flou que pourrait entraîner cet éclectisme.

### **a) Approche multisystémique**

Cette approche consiste en une recherche des potentiels dans la famille et dans les différents cercles qui entourent le malade. L'objectif est d'identifier et d'enclencher les ressources et compétences des familles, mais également de la périefamille et des autres systèmes d'appartenance. Tous ces groupes sont considérés comme des lieux d'étayage de la thérapie. Cette approche est indiquée pour les jeunes ayant des conduites antisociales. Il se développe depuis quelques années, des programmes d'intervention et de recherche centrés sur les ressources des familles et les caractéristiques de l'environnement. Ils se basent sur l'idée qu'une même cause n'induit pas le même effet selon le contexte environnemental.

---

<sup>80</sup> J. MIERMONT. L'approche psycho-éducative et multifamiliale de W.R. MacFarlane. *Thérapie Familiale*, 2002 ; 23 : 105-120.

Dans une dimension encore plus large, cette approche peut déborder l'environnement immédiat. Elle est alors écosystémique, renvoyant au modèle d'analyse écologique du développement humain, d'un psychologue, U. Bronfenbrenner. Ce dernier propose une modélisation des systèmes d'appartenances et de relations autour d'un individu. Dans le cadre de l'analyse écosystémique de la famille, cette modélisation se décline en : un mésosystème regroupant les systèmes qui influent le plus directement sur la famille (par exemple, les événements familiaux) ; un exosystème qui correspond aux réseaux sociaux des membres de la famille ; un macrosystème qui se rapporte à la culture, au contexte historique ; un chronosystème qui renvoie à l'influence du temps chez les membres de la famille. Dans cette approche, le fonctionnement du groupe familial ne peut être appréhendé qu'à partir des interactions socio-environnementales, du mode d'intégration de la famille dans son écosystème.

### **b) La résilience familiale**

L'approche thérapeutique familiale basée sur la résilience, à travers l'analyse du schéma familial qu'elle impose, va permettre d'identifier et de renforcer les processus interactionnels les plus efficaces dans la résistance face à l'adversité. La famille doit être soutenue dans l'identification et l'exploitation de ses compétences. Car, d'un côté, toute personne porte en elle un potentiel de résilience latent, que B. Cyrulnik nomme «braises de résilience», et d'un autre côté, tout groupe, même carencé, a le pouvoir de développer des compétences.

La résilience est évolutive ; une compétence sera plus ou moins profitable en fonction des cycles de vie familiale et du contexte. De ce point de vue, les résultats de ce type de thérapie sont colorés d'incertitudes, mais permettent de sortir d'un fatalisme quant à l'issue d'une effraction traumatique.

L'application clinique de la résilience familiale peut avoir un aspect préventif dans des contextes de familles en situation de précarité, et thérapeutique dans le cadre de familles ayant subi un traumatisme. Les formes d'adversité qui appellent à un processus résilient sont multiples, et peuvent concerner notamment l'impact traumatique d'un deuil, d'une maladie grave, d'une maladie psychique et en particulier la psychose. En prenant le dernier exemple, que ce soit des familles touchées de plein fouet par un épisode psychotique, ou que ce soit des familles dont le fonctionnement était préalablement à transaction psychotique, sans l'aide d'une approche familiale, la confrontation quotidienne à un membre psychotique

peut progressivement affaiblir les ressources internes de la famille qui développera des défenses potentiellement toxiques rendant d'autant plus difficile le travail avec elle. Dans les suites il faudra aider au réinvestissement du monde par la gestion des émotions et à l'intégration du trauma dans la vie psychique par un travail d'élaboration. Il n'y a qu'à regarder déjà, l'effet de l'expérience psychotique sur l'équipe soignante, menacée régulièrement de perdre sa cohésion, sa cohérence, sa contenance, pour réaliser l'importance de son retentissement sur la famille.

J.-L. Le Moigne, spécialiste de la systémie, propose quatre types de processus de changement dans les systèmes<sup>81</sup>. Le premier est l'homéostasie, qui consiste en une régulation automatique à visée conservatrice. L'approche familiale à ce niveau est de l'ordre de la concertation plutôt que de la véritable thérapie. Le deuxième est une adaptation fonctionnelle où sont créés de nouveaux programmes, tout en conservant la finalité interne du système. Du côté de la thérapie familiale, il s'agit d'approfondir la concertation, pour apprécier les modes de communication, l'ambiance familiale. Le troisième est l'adaptation structurelle, où la finalité doit être modifiée et, ainsi, la structure. Le quatrième est la morphogenèse où les finalités changent dans un environnement mouvant. En thérapie familiale, les deux derniers processus sont peu accessibles, soit parce qu'un équilibre très stable s'est instauré dans la famille autour de l'état actuel du patient, soit du fait d'interventions maladroites ou incohérentes. Ces processus de changement, dans le cadre de l'expérience psychotique, sont des processus conjoints soignants-patient-famille. Les passages d'une étape à une autre sont des moments délicats, combinant de multiples facteurs et faisant du système en résilience un ensemble fragile dont l'issue est incertaine.

Le processus résilient procède de plusieurs niveaux. Un niveau phénoménologique qui concerne les communications, les échanges, la portée de l'intelligence collective,... Il permet d'appréhender une probabilité de résilience. Des niveaux intrapsychiques et interpersonnels qui sont, quant à eux, appréciés à travers le contenu des discours. Ainsi, l'approche thérapeutique de la résilience familiale par le développement de potentialités relationnelles, renvoie vers ce qui nous fait être, nos relations aux autres.

---

<sup>81</sup> S. HENDRICK. Familles, psychose, équipe psychiatrique et résilience. In : Famille et résilience. Paris : Odile Jacob, 2010. P. 267-297. P. 288-9.



### c) Courant des thérapies brèves

Le courant de thérapies brèves émerge au sein d'un institut de recherche, le Mental Research Institute, avec, à sa source, l'école de Palo Alto. Les membres du MRI sont plus centrés sur l'action psychothérapique en elle-même que sur l'analyse approfondie des interactions et schémas familiaux. C'est une approche relationnelle qui considère que l'individu se construit à travers des phénomènes de communication. Une communication correcte entre le milieu et l'individu est le noyau de la santé mentale. Ce courant postule que toute personne dans une situation similaire présenterait le même problème. Ce dernier dépend du contexte et s'ancre dans le langage. Le symptôme est une tentative d'adaptation mais n'émane pas d'une dysfonction familiale ou intrapsychique. Cette approche est plus interventionniste, le thérapeute fait partie intégrante du système de communication. L'objectif est de modifier le réseau relationnel, par une analyse du « problème » dans l'ici et maintenant, sans préoccupation pour son origine. Le thérapeute doit amener à modifier la pathologie de communication. Néanmoins, il ne doit pas régler le problème lui-même mais induire des conditions permettant au patient d'y arriver. Une difficulté devient problème quand les interactions entre le patient et l'environnement ne suffisent plus à rétablir des conditions de vie satisfaisantes. Dans l'application clinique, le thérapeute se centre sur quatre points. Le premier est de savoir qui présente le problème dans la famille, ou plutôt, qui en souffre, et qui souhaite finalement que la situation change. La personne qui se trouve en difficulté ne présente pas forcément de troubles répertoriés. Le deuxième concerne le problème en lui-même. Il doit être contextualisé pour apparaître concret et circonscrit. La troisième point est de répertorier, d'analyser les tentatives de solution que le patient a mis en place et qui majorent ou entretiennent sa souffrance. Le thérapeute doit chercher les caractéristiques communes de ces tentatives pour saisir l'attitude générale du patient. L'analyse se situe alors à deux niveaux, comportemental par l'analyse des conduites, et cognitif à propos des constructions mentales qui renforcent le problème. Le quatrième point concerne ce qui pourrait être mis en place pour que le patient puisse estimer que le changement est favorable. L'objectif fixé par le patient doit être réaliste et réalisable à court terme.

Le thérapeute adopte un profil bas, dans une relation plus égalitaire, mais doit pouvoir garder la maîtrise du cadre d'intervention par un questionnement précis, dans un langage adapté à la vision du monde du patient. L'objectif thérapeutique central va être d'amener le patient à renoncer à ses tentatives de solutions. Les techniques de changement sont

principalement le recadrage et des injonctions comportementales paradoxales par prescription de tâches. Le recadrage doit permettre de voir la situation comme dépendante du cadre de référence du patient. Le thérapeute doit jouer sur les limites de ce cadre, sur le contexte, sans pour autant générer un brutal changement d'avis. Il faut ouvrir un autre angle de vue dans lequel le problème aurait une solution. La prescription de tâches doit s'établir après une analyse fine de la position du patient. Elles vont induire un virage à 180 degrés, notamment dans la prescription d'un non changement là où le changement était recherché par un ensemble de tentatives de solution inefficaces. Le thérapeute doit être vigilant à la demande du patient qui pourrait induire une réponse culturellement constituée. Le thérapeute ne détient pas un panel de normes auxquelles le patient devra se conformer ; ce dernier devient responsable de son sort en précisant le dénouement de son interaction brève avec le thérapeute. Il est bien entendu que, même si le problème peut s'expliquer par le passé, la solution se situe dans le présent et le souvenir des expériences passées n'est vu qu'à travers le prisme de la situation actuelle. Les contextes évoluent, la signification des problèmes change, jetant un doute sur l'efficacité à long terme de ces thérapies. Est objecté le développement d'un potentiel à penser différemment.

#### **d) Approche narrative**

La thérapie narrative est un courant initié par des travailleurs sociaux, M. White et D. Epston. Cette approche, inspirée pour une part, de la pensée de M. Foucault, se place dans le courant sociologique de constructivisme social. Dans toute communauté, familiale ou sociale, les personnes développent des connaissances qui se rattachent à l'organisation sociale, au contexte relationnel. Dans une approche narrative de la thérapie, l'élaboration de la réalité et, ainsi, du récit dominant du patient, sont le produit des interactions et des conversations. Les significations, les émotions, l'élaboration de connaissances personnelles sont déterminées par des productions de l'environnement. Le sentiment d'identité est inhérent au discours dominant dont le patient est imprégné. En thérapie, le récit de vie déposé par le patient, est teinté par son appartenance, par les points de vue familiaux et amicaux, et manifeste son choix d'avoir fait primer certains événements. Ce récit dominant structure la vie, la mémoire et produit des significations. Il justifie des actes et, en cela, possède une dimension normative.

L'objectif des thérapies narratives est d'extraire le patient du récit dominant identitaire, en changeant la place du problème dans sa vie, en l'externalisant, et en laissant ainsi la

possibilité de se constituer des narrations alternatives. Les tenants de la thérapie familiale narrative s'opposent à deux façons de considérer l'individu en prise à des difficultés à retentissement psychique. La première est l'objectivation de la personne au centre de laquelle l'individu se place, avec ses potentiels et déficiences par rapport aux normes établies. Ce discours influence l'individu. Au contraire, l'idée est plutôt d'objectiver le problème, en le sortant d'une origine intrapsychique ou interpersonnelle. La seconde est la subjectivation de la personne, processus actif qui va faire de l'histoire dominante rapportée, la cause des façons de réagir. L'individu va adopter une attitude guidée par des normes, des actions standardisées en accord avec une identité socialement attribuée. L'autoévaluation à laquelle va se prêter la personne est, en fait, le contrôle social qu'elle a intégré.

Dans un premier temps, la thérapie va s'attacher à connaître la personne en dehors du problème qui a motivé la demande de soins. Puis, le thérapeute va questionner le problème dans l'objectif de l'externaliser, c'est-à-dire de le concrétiser voire de le personnifier, pour qu'il puisse être considéré comme une entité séparée et mis à distance. Des questions sur l'influence relative vont amener le patient et sa famille à voir le problème différemment, en trouvant des exceptions à son influence, *relative influence questioning*. La reconnaissance de ces exceptions va amener une contradiction dans le récit dominant, et par la consistance qui va être donnée à ces exceptions, le récit va être rendu insignifiant et laissera une place à des narrations alternatives partagées par l'entourage.

### **C) Des cas plus spécifiques**

Deux cas plus particuliers de prises en charge semblent importants à aborder par le questionnement systématique de la place de la famille qu'ils renvoient. La prise en charge des personnes âgées avec troubles psychiques et la prise en charge de la crise suicidaire.

## **1) Autour de la personne âgée**

Il semble intéressant d'aborder les particularités de la pratique avec les personnes âgées. D'une part, parce qu'on y conçoit souvent la place de la famille comme une évidence. D'autre part, parce qu'elle peut renvoyer de façon effective ce qui a trait dans la famille, la transmission transgénérationnelle. Et enfin, parce qu'elle a ouvert, sans que l'on puisse en ignorer le rôle économique, un paradigme assez différent, par l'inscription d'un rôle d'aidant familial.

Une des spécificités de la psychiatrie de la personne âgée, comme du mineur, est la présence quasi inévitable de la famille. La gérontopsychiatrie est ainsi marquée par la place de la famille et de ses mutations, famille dans laquelle quatre générations coexistent de plus en plus régulièrement. Cette discipline va alors interroger facilement le système familial dans lequel la personne âgée vit. Ce système, lorsque la personne âgée présente des troubles, va subir des remaniements : inversion de rôles, sentiment de culpabilité, difficultés financières, conflits, ruptures parfois.

La famille a toujours bénéficié d'une place d'honneur dans les représentations collectives touchant la sénescence. Avec le vieillissement de la population âgée, la solidarité familiale est mise à contribution de façon croissante. Tout comme l'obligation de protection des parents envers leurs enfants, cette solidarité familiale est présentée comme naturelle et fait l'objet d'une certaine idéalisation.

Une autre spécificité de la gérontopsychiatrie est sa jeunesse en tant que discipline. En effet, a prévalu longtemps dans les milieux professionnels, l'idée qu'une approche psychothérapeutique avec une personne âgée est vaine, renvoyant à un fatalisme collectif face au vieillissement. Actuellement, qu'elles soient individuelles ou familiales, de nombreuses interventions psychothérapeutiques sont pratiquées.

La demande de soins de la personne âgée émane régulièrement d'un tiers familial, et se révèle bien souvent tardive, à l'apparition d'un nouveau trouble sur une pathologie ancienne jusque-là compensée. A première vue, cette demande ne semble pas expliquer l'intensité de la crise familiale, l'urgence de l'appel ni sa charge émotionnelle. Les relations autour de la personne âgée avec symptômes psychiques sont bien souvent empruntées d'un caractère passionnel. C'est ainsi que cette crise doit être analysée à travers les investissements mobilisés par l'entourage face à la dépendance du patient. P. Charazac dira que le plaisir de soigner ses parents comporte une dimension narcissique du même ordre que le plaisir

apporté aux parents par le jeune enfant. Il ajoutera que les propos de Freud au sujet du fantasme de toute-puissance projeté par les parents sur leur enfant valent aussi pour le surinvestissement du vieillard :

« Le point le plus épineux du système narcissique, cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à n'en pas s'y tromper son ancienne nature<sup>82</sup> ».

Lors de cette crise familiale, les membres, en plus de vivre une blessure narcissique propre, partagent la souffrance d'appartenir à un groupe blessé, pouvant raviver à cette occasion des angoisses archaïques d'effondrement familial. L'objet réel et son investissement changent. L'atteinte du parent réel ébranle les identifications du moi individuel et du soi familial. Il est donc important, pour le sujet âgé ainsi que pour sa parenté, d'identifier les blessures dont souffre l'appareil psychique familial dans ces moments de crise.

Beaucoup de sentiments se mêlent : peur de laisser parler son agressivité, révélation des enjeux de dettes générationnelles, crainte de régler des comptes auprès d'une personne vulnérable, souhait d'éloignement et de conservation auprès de soi, mouvement de deuil anticipé. Les éprouvés sont souvent ambivalents. J. Maisondieu, dans son article *Vieillir en famille : une situation cornélienne*, conclut que la personne âgée annonce pour ses descendants ce qui les attend : la mort. D'un côté, ils souhaiteraient ne pas la voir pour se protéger de la mort, et d'un autre, sa vision leur offre une forme de rempart contre la mort tant qu'elle reste vivante. La vieillesse, tout à la fois redoutée et souhaitée, ne peut pas être un âge désirable. Elle souffre d'un manque de reconnaissance de la part des descendants, mais ce n'est pas la parenté, la filiation qui sont ignorées, et le plus souvent, il existe un attachement réel. C'est au niveau de l'identification que se joue ce manque de reconnaissance, la ressemblance est déniée, s'identifier à ce vieillard, surtout s'il est sénile, est insupportable. Cette situation est une épreuve pour la famille, surtout si elle doit s'occuper de ses anciens.

« Vieillir en famille est typiquement une situation cornélienne dans la mesure où l'affection et les loyautés familiales jouent à fond pour renforcer les solidarités à l'égard de celui ou celle qui vieillit, tandis qu'à l'inverse, l'angoisse de mort donne envie de fuir pour échapper à une proximité déchirante [...]. Avec en toile de fond l'utopie que l'on pourrait échapper à la mort. Utopie qui devient

---

<sup>82</sup> S. FREUD. Pour introduire le narcissisme. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, 1969, P. 81-105. P. 96.

franchement désastreuse si elle s'associe à l'illusion que l'amour peut être plus fort que la mort<sup>83</sup> ».

La personne âgée mobilise dans son entourage familial le fantasme d'éternité, lié à l'angoissante question du sens de la vie, de la finitude de l'existence. « Pour que vieillir en famille ne soit plus source de conflits cornéliens pour tous les membres du groupe familial, il faudrait renoncer au déni de la mortalité des jeunes et admettre une bonne fois pour toutes que les hommes sont également des mortels, quel que soit leur âge et quelle que soit l'époque<sup>84</sup>».

Ce qui se produit dans la famille révèle ce qui se passe dans la société : personne ne voit le vieillard sénile comme un semblable, et même le vieillard ne s'y reconnaît pas, il ne s'identifie plus à lui-même ni aux autres, c'est le stade du « miroir-effacement »<sup>85</sup>. L'absence du regard des autres empêche le vieillard de se voir. Ces évitements de regards, en lieu et place d'une verbalisation impossible car trop honteuse et trop angoissante, renforcent la perte d'estime de soi déjà bien ancrée dans la pathologie psychique des personnes âgées, dont l'impact sur l'entourage, sur les aidants, est dénommé « fardeau ». La place du malade, à mesure que l'atteinte psychique se majore, se marginalise et il devient exclu du dialogue familial. Cette fragilisation narcissique s'ancre sur une modification de l'image de soi avec la difficulté de vivre un corps vieillissant, avec un corps dont le poids augmente dans l'interaction soma/psyché, avec certaines maladies qui affectent des fonctions identitaires, avec l'image sociale de la vieillesse et les pertes répétées. L'état intérieur est indissociable de la réponse de l'environnement ; ce dernier apparaît alors primordial pour contenir ces effractions traumatiques et pour aider à la réorganisation psychique du vieillard. Concernant le syndrome de glissement, entité qui fait actuellement débat, P. Charazac l'assimilera à un défaut de *holding*. On voit ainsi que la famille doit se réorganiser, avec des rapports entre les membres modifiés. L'abord de l'histoire de vie et de l'histoire familiale est fondamental, afin d'adapter au mieux un accompagnement du malade et d'appréhender tout à la fois les conséquences sur les différents membres de la famille et leurs capacités à y faire face. Car, en amont de cette crise familiale, des remaniements ont été nécessaires et ont été souvent portés par un aidant familial informel. Ce dernier, lors de cette crise, va être bien souvent désigné comme aidant naturel, c'est-à-dire reconnu par son

---

<sup>83</sup> J. MAISONDIEU. Vieillir en famille : une situation cornélienne. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2003 ; 2(31) : 109-120. P. 118.

<sup>84</sup> *Ibid.*, p. 119.

<sup>85</sup> J. MAISONDIEU. Crépuscule de la raison. La maladie d'Alzheimer en question. Broché, 2001.

entourage et par lui-même dans ce rôle d'aidant, dans le but d'aider à résoudre la crise et à rétablir une autre forme d'équilibre.

## **2) Autour de la crise suicidaire**

Une autre situation semble amener à un recours familial plus systématique, la crise suicidaire. En effet, dans nos pratiques, nous sollicitons de façon quasi automatique la famille du patient suicidaire ou suicidant, quand elle ne l'accompagne pas déjà régulièrement dans les structures de soins.

En plus des ressources inhérentes à l'individu, des identifications structurantes à travers les relations interpersonnelles, le « sentiment d'exister » requiert des jeux d'appartenances. Les relations interpersonnelles, pour être contenues et limitées dans leurs effets, doivent s'inscrire dans un réseau d'appartenance, support identitaire ; appartenance de type « famille », de type « fraternel » et appartenance à un couple. R. Neuburger rapporte une fréquence de ruptures dans des appartenances et de pertes de relations investies, avant le passage à l'acte suicidaire. Le thérapeute va devoir apprécier ce qui domine dans la souffrance du sujet, des pathologies relationnelles ou des pathologies d'appartenance, afin de proposer la prise en charge la plus adaptée, individuelle ou systémique. Dans le cadre de sentiments de désappartenance, les entretiens précoces avec la famille en présence du patient vont tenter de le réinscrire dans une reconnaissance identitaire structurante en repérant et mobilisant les liens sur lesquels il est possible de s'appuyer.

Concernant l'appréhension de l'entourage du patient en crise suicidaire, les études montrent que les personnes les moins entourées sont plus à risque de suicide. Le suicide se place souvent au terme d'un procédé de désaffiliation sociale où, petit à petit, les liens se délitent. Mais, cet isolement relationnel n'est pas la règle chez les suicidants ; des changements dans l'entourage, des conflits avec les proches, sont souvent des éléments facilitateurs du passage à l'acte. Les suicidants rapportent, en premier lieu, dans leur acte, des fonctions intra personnelles, puis régulièrement des fonctions interpersonnelles : faire entendre son mal-être, solliciter de l'aide, éveiller des remords. Les tentatives de suicide signifient régulièrement un appel au changement, un souhait d'une autre vie avec un environnement plus satisfaisant. Ceci doit être justement décodé avec l'aide des proches.

Il est également admis que l'entourage peut être un puissant facteur protecteur, détenteur d'un rôle singulier ; dans les raisons de vivre qu'il peut susciter, dans le rôle de soutien social, de conseil, dans le rôle fréquent d'accompagnement vers les structures de soins et dans l'accompagnement de l'observance. Au Québec, une étude a examiné les effets de

l'intervention auprès de proches de personnes suicidaires, dans une intervention de soutien émotionnel et dans une intervention d'apport de connaissances aux proches. Les résultats montrent un impact bénéfique sur les proches et sur la personne suicidaire en renforçant le filet de sécurité, en atténuant l'épuisement et en prévenant la rupture de lien qui peut précipiter le geste<sup>86</sup>. Cependant, dans la réalité des soins, l'accent est surtout mis sur la prise en charge individuelle, alors que la restauration et le maintien des liens sociaux qui rattachent les personnes suicidaires à la vie sont primordiaux dans la prévention de certains suicides.

Le suicide va avoir également un important retentissement sur l'entourage : pour un décès par suicide, 6 endeuillés directs et 20 personnes touchées au total<sup>87</sup>. Les difficultés de ce type de deuil, et notamment le risque majoré de dépression, ne sont pas qu'une conséquence du suicide, la majorité des personnes endeuillées étaient préalablement vulnérables avant même le décès.

On réalise bien, ici, l'importance de la prise en compte familiale, pour le patient et pour la prévention de troubles dans l'entourage. Mais, bien des obstacles semblent s'y opposer. Lors du passage à l'acte, le choc de la situation que l'attente interminable amplifie, l'angoisse d'autant plus intolérable que le geste suicidaire semble régulièrement désigner une responsabilité de l'entourage. La qualité de l'accueil va conditionner pour une grande part l'alliance avec les familles. Ces dernières vont pouvoir y amener des sentiments de honte, de culpabilité, d'autoaccusation mais aussi des réactions de rejet, d'abandon, d'hostilité dans une situation d'épuisement : familles nous enjoignant une sortie immédiate ou revendiquant une impossibilité à accueillir de nouveau leur proche souffrant. Ce climat dépendra également de nos réactions défensives, face à certaines attitudes du patient. Il est fréquent de se trouver face à un patient qui ne souhaite pas notre intervention et insiste pour signer une « décharge », ou bien d'être face à des sujets réadmis une énième fois, après avoir été hospitalisés pour des motifs similaires quelque temps auparavant. Exposer aux proches le déroulement des soins, pouvoir leur apporter des informations claires sur la structure d'accueil, sur l'état du sujet, évite que les familles se sentent exclues, que des sorties se fassent prématurément dans des contextes de vie inchangés. La séparation, si elle est nécessaire, ne doit pas rajouter à l'acte de rupture qu'est la tentative de suicide, une nouvelle cassure. Ce travail d'alliance permet également à la famille de réaliser ce qui s'est

---

<sup>86</sup> B. L. MISHARA J. HOULE. Le rôle des proches dans la prévention du suicide. Perspectives Psy 2008 ; 47(4) : 343-349

<sup>87</sup> G. VAIVA. Les suicidants et leur entourage familial, Perspectives Psy 2008 ; 47 : 330-334.



produit, pour ne pas tendre à banaliser ou à amplifier la portée du passage à l'acte<sup>88</sup>. Ce travail, au-delà de la seule prise en compte de son désarroi, permet une analyse de la situation plus complète, tente de placer la famille en position de partenaires du soin, de lever des blocages communicationnels, de découvrir de nouvelles perspectives afin d'essayer de restituer à la famille et au patient leurs compétences.

---

<sup>88</sup> X. POMMERAU. Accompagner les familles de jeunes suicidants, Perspectives Psy 2008 ; 47(4) : 335-342.

## Conclusion

On ne peut pas tenter de fuir continuellement la famille de nos patients sous prétexte qu'elle nous met mal à l'aise, qu'elle empiète sur l'espace individuel du patient, qu'on la juge toxique. La réalité des soins fait qu'elle s'impose à nous quoiqu'il en soit, elle est une dimension du sujet dans sa structuration psychique, dans son contexte actuel mais aussi d'un point de vue plus trivial, le retour au domicile familial se trouvant être bien souvent la règle. Elle est un élément important du processus de soins, à la fois dans l'analyse de la situation du patient qu'elle permet, mais aussi comme levier thérapeutique ou comme aide au quotidien du patient. Il est également une réalité que les membres de la famille souffrent du retentissement de la maladie psychique, et que le climat familial altéré qui en découle impacte directement l'état psychique du patient.

Mais il faut bien reconnaître, qu'en plus du poids de nos héritages théoriques sur la famille, son intégration dans les soins n'est pas simple, que ce soit dans le contexte de l'urgence avec son flot de sentiments exacerbés chez tous les protagonistes, ou que ce soit dans un suivi à plus long terme. Les évolutions, les représentations sociales de la famille, influent sur sa place dans les soins, mais, pour autant, les mêmes questions perdurent. Comment préserver l'espace individuel du patient ? Inclure activement la famille bouscule-t-il la place du malade comme sujet libre ? Toute famille peut-elle être aidante ? A cela vont s'ajouter de nouvelles questions quant à l'impact de la maladie psychique sur la cellule familiale. Quels sont les risques d'aliénation de la famille aux soins du patient dans la dynamique de promotion de ses compétences. Comment prendre en charge les retentissements de la maladie psychique sur tout l'ensemble familial ?

De multiples modalités de thérapies familiales se développent, témoignant d'un intérêt et d'une inventivité importante dans ce domaine, mais ces thérapies ne sont pas toujours accessibles ou adaptées à la situation, ni même toujours demandées par la famille. L'approche familiale dans les soins du patient psychiatrique n'est pas seulement l'apanage d'un savoir-faire technique, elle s'inscrit dans une vision des soins plus globalisante, dans une politique plus humaniste. Car, il est au moins une nécessité, si la thérapie familiale ne se justifie pas, c'est de pouvoir changer nos regards sur la famille, pouvoir l'accueillir et, si elle en est demandeuse, lui proposer un espace, un suivi. Dans le Maine et Loire, des groupes d'information psycho-éducatifs, des groupes de parole pour les familles sans les patients, des modalités de thérapies familiales systémiques telles que pratiquées à la clinique

du Pin-en-Mauge chez de jeunes adultes, ou pratiquées par des thérapeutes en libéral, se multiplient dans les offres de soins. Au CHU, une intervention ponctuelle, le groupe Magrit, est proposée aux familles de patient suicidant. La « petite maison » au sein du CESAME permet d'organiser des rencontres entre les adultes hospitalisés et leurs enfants, un groupe de parole, « parole d'enfants » peut être proposé également à ces derniers. Pour autant, au quotidien, l'accueil des familles dans les structures de soins en a-t-il été réellement modifié ? Les familles sont-elles suffisamment écoutées ?

L'étude menée par A. Ernoult et C. Legrand-Sébille, *Prise en charge des parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie*, à travers divers témoignages de parents, dresse un tableau peu réjouissant quant à nos pratiques d'accueil de la famille. C'est ainsi qu'un groupe de réflexion autour de la ritualisation d'un accueil s'est formé au CESAME. Peut-être est-il également important de proposer aux soignants des formations aux modalités d'approches familiales, afin de sensibiliser et d'atténuer l'appréhension ou les interprétations rapides, pour que le lien patient-famille, la place que l'on fait à l'entourage, soient toujours interrogés et non plus régulièrement oubliés.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Actes du colloque de la Fondation Médéric Alzheimer du 19 septembre 2003. L'aide aux aidants : l'apport de la recherche médico-sociale.
2. ADLER A. L'éducation des enfants. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1977.
3. ANAES. Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques »1994.
4. ANAUT M. Les thérapies familiales. Approches systémiques et psychanalytiques. Paris : Armand Colin, 2012.
5. ANTOINE P. QUANDALLE S. CHRISTOPHE V. Vivre avec un proche malade : évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. Annales Médico-Psychologiques 2010 ; 168 : 273–282.
6. ANZIEU D. Ouverture des premières journées de Thérapie Familiale Psychanalytique à Toulouse les 17-18-19 septembre 1983. In : Psychanalyse familiale. Gruppo, Revue de psychanalyse groupale 1985 ; 1.
7. ANZIEU D. Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant. Paris : Dunod, 2013.
8. ARFEUX-VAUCHER G. Le patient âgé dépendant psychique et sa famille : le dit et le non-dit. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2003 ; 31(2) : 182-193.
9. AUSLOOS G. La compétence des familles. Éditions Érès, 2012.
10. BANTMAN P. La famille partenaire de la réhabilitation psychosociale. Actualité du travail avec la famille. L'information psychiatrique 2013 ; 89(5) : 379-383.
11. BARDET C. CASLENDET F. Le travail avec les familles des patients en psychiatrie publique d'adultes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. UFR des sciences médicales de bordeaux 2. 1986.
12. BATESON G. JACKSON D. D. HALEY J. WEAKLAND J. Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1956 ; 1(4) : 251-254.
13. BAZOT M. DELEUZE G., « SCHIZOPHRÉNIE », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 27 octobre 2013. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/schizophrenie/>
14. BENOIT J.-C. Patients, familles et soignants. Manuel d'entretiens familiaux en psychiatrie. Editions Érès, 2003.
15. BION W.R. Recherches sur les petits groupes. Presses Universitaires de France, 1965.
16. BOSZORMENY-NAGY I. Psychothérapies familiales. Paris : PUF, 1980.
17. BOURDIEU P. Les rites comme actes d'institution. In: Actes de la recherche en sciences sociales 1982 ; 43. Rites et fétiches : 58-63.
18. BOWEN M. La différenciation de soi. L'art de la psychothérapie. ESF Editeur, 1978.
19. BOWLBY J. Attachement et perte. L'attachement. Volume 1. Presses Universitaires de France, 1978.
20. BRUN L. Prise en charge des suicidants et de leur entourage. Le Journal des Psychologues 2013-2014 ; 313 : 31-36.

21. BUNGENER M. Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile. Paris : Éditions de l'Inserm, 1995.
22. CARPENTIER N. Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXème siècle. *Sci Soc Santé* 2001 ; 19(1) : 76-100.
23. CASTILLO M.-C. *et al.* Etude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'évolution psychiatrique* 2008 ; 73(4) : 615-628.
24. CHALTIEL P. Familles et psychiatrie : comment réduire les malentendus. *Adolescence* 2005 ; 52 : 333-338.
25. CHARAZAC P. Psychothérapie du patient âgé et de sa famille. Paris : Dunod, 2012.
26. CLÉMENT J.-P. Psychiatrie de la personne âgée. Lavoisier SAS, 2010.
27. COROMINAS ESCUDE J. Famille-soignants : la compétition inavouable. *La famille dans le soin. Santé mentale* 2011 ; 159 : 38-40.
28. COOPER D. Mort de la famille. Éditions du Seuil, 1972.
29. COOPER D. Psychiatrie et antipsychiatrie. Éditions du Seuil, 1978.
30. COTTRAUX J. Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague. Elsevier Masson, 2007.
31. DAVTIAN H. SCELLES R. La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ? *L'information psychiatrique* 2013 ; 89(1) : 73-82.
32. DEBAISE D. Vie et expérimentation Peirce, James, Dewey. Paris : Vrin, 2007. *Annales de l'Institut de philosophie de l'Université de Bruxelles.*
33. DE CLERCQ M. PEUSKENS J. Les troubles schizophréniques. De Boeck et Larcier s.a., 2000.
34. DELAGE M. CYRULNIK B. Famille et résilience. Paris : Odile Jacob, 2010.
35. DELEUZE G. Entretien sur l'Anti-Œdipe avec Félix Guattari. *Pourparlers*. Paris : Les Éditions de Minuit, Reprise, 2009.
36. DE NEUTER P. Une perspective psychanalytique sur la famille. *La revue du REDIF* 2008 ; 1 : 29-39.
37. DE SINGLY F. Sociologie de la famille contemporaine. Armand Colin, 2010.
38. DE SINGLY F. Famille, première et deuxième modernité. Conférence 2005. UTLS. URL [http://www.canalu.tv/video/universite\\_de\\_tous\\_les\\_savoirs/famille\\_premiere\\_et\\_deuxieme\\_modernite.1422](http://www.canalu.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/famille_premiere_et_deuxieme_modernite.1422).
39. DE SINGLY F. FAMILLE - Le statut de l'enfant dans la famille contemporaine, *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 23 octobre 2013. URL: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/famille-le-statut-de-l-enfant-dans-la-famille-contemporaine>.
40. DERRIDA J. De l'hospitalité : Anne Dufourmantelle invite Jacques Derrida à répondre. Calmann-Lévy, 1997.
41. DEVERS G. Familles et psychiatrie : que dit le droit ? *La famille dans les soins. Santé mentale* 2011 ; 159 : 81-83.
42. DONZELOT J. La police des familles. Les éditions de minuit, 1977.

43. DURKHEIM E. La famille conjugale. Chicoutimi : J.-M. Tremblay, 2002. Texte extrait de la Revue philosophique 1921 ; 90 : 2-14. Publication posthume d'un cours professé en 1892.  
URL : [http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/textes\\_3/textes\\_3\\_2/famille\\_conjugale.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/textes_3/textes_3_2/famille_conjugale.html)
44. EIGUER A. Un divan pour la famille. Du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique. Paris : Éditions du Centurion, 1983.
45. ELKAÏM M. Panorama des thérapies familiales. Éditions du Seuil, 1995.
46. ELKAÏM M. Les thérapies familiales. In : À quel psy se vouer ? Seuil, 2003. P. 139-168.
47. ENJOLRAS F. Famille et psychiatrie sous un regard croisé : pour une anthropologie de la clinique auprès des adolescents. L'évolution psychiatrique 2012 ; 77 : 145-161.
48. ERNOULT A. LE GRAND-SEBILLE C. Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie. Paris : 2010.
49. EXPERTISE COLLECTIVE INSERM. Psychothérapie. Trois approches évaluées. Paris : INSERM, 2004.
50. FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE. Le livre blanc de la psychiatrie. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2003.
51. FALRET J. La folie à deux. Paris : 1871. Source gallica.bnf.fr/ Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne.
52. FAVEZ N. L'examen clinique de la famille. Edition Margada, 2010.
53. FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Editions Gallimard, 1972.
54. FOUCAULT M. L'asile illimité. In : Dits et écrits III. Paris : Gallimard, 1994. P. 271-275.
55. FREUD A. Le traitement psychanalytique des enfants. Presses Universitaires de France, 1951.
56. FREUD S. Introduction à la psychanalyse. Petite bibliothèque Payot, 1923.
57. FREUD S. Pour introduire le narcissisme. In : La vie sexuelle. Paris, PUF, 1969. P. 81-105.
58. FREUD S. Psychologie collective et analyse du moi. In : Essais de psychanalyse. 1921. P. 117-217.
59. GATELET R. HARDY P. BUNGENER C. Les «fonctions suicidaires » : revue de la littérature et perspectives. L'Encéphale 2012 ; 38(2) : 118-125.
60. GIRARD A. Le choix du conjoint. PUF-INED, 1964.
61. GIORDANA J.-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Elsevier Masson SAS, 2010.
62. GLADDING S.T. Family Therapy. History, Theory, and practice. Book Press. 1995.
63. GOFFMAN E. Stigmate. Les usages sociaux du handicap. Paris : Les Editions de Minuit, 1963
64. GROS F. Asile d'aliénés. In : Dictionnaire de la pensée médicale. Presses Universitaires de France, 2004.

65. GROS F. Antipsychiatrie. In : Dictionnaire de la pensée médicale. Presses Universitaires de France, 2004.
66. HANSENNE M. Psychologie de la personnalité. Editions De Boeck Université, 2007.
67. HORNEY K. La personnalité névrotique de notre temps. L'Arche, 1953.
68. HUGUELET P. Emotion exprimée et schizophrénie : évolution du concept et conséquences sur la prise en charge des familles. Revue Médicale Suisse 2002 ; 60(2406) : 1717-1720.
69. JODELET D. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Les représentations sociales. PUF, 1989.
70. JUNG C.G. Les Racines de la conscience. Paris : Editions Buchet/Chastel, 1971.
71. KAËS R. Thérapie familiale analytique ou psychothérapie psychanalytique de la famille. Le groupe familial en psychothérapie. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 1994 ; 22.
72. KAËS R. Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2005 ; 45(2) : 9-30.
73. KAËS R. L'Appareil psychique groupal. Paris : Dunod, 2010.
74. LACAN J. Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie. In : Autres écrits. Éditions du Seuil, 2001. P. 18-78.
75. LAFORGUE R. La Névrose familiale. Revue française de psychanalyse, PUG, 1936, 9(3) : 327-59.
76. LAING R.D. ESTERSON A. L'équilibre mental, la folie et la famille. Paris : François Maspero, 1971.
77. LAING R.D. Le moi divisé. Editions Stock, 1970.
78. LAPLANCHE J. PONTALIS J.-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Presses Universitaires de France, 2009.
79. LAZARTIGUES A. La famille contemporaine fait-elle de nouveaux enfants ? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001 ; 49 : 264-76
80. LAZARTIGUES A. et al.. Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. L'Encéphale 2007 ; 33(3) : 293-299.
81. LE BON G. Psychologie des foules. Paris : Flammarion, 2009.
82. LECARPENTIER M. Secret médical, médecine et psychiatrie : la société à l'épreuve du singulier. Empan, 2010 ; 77(1) : 44-47.
83. LEGRAND DU SAULLE H. Le délire des persécutions. Paris, H. Plon, 1871. URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769261>.
84. LE GRAND-SEBILLE C. Familles disqualifiées. La Famille dans les soins. Santé mentale 2011 ; 159 : 28-31.
85. LENOIR R. FAMILLE – Sociologie. Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 14 juillet 2013. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/famille-sociologie/>

86. LEUBA J. La famille névrotique et les névroses familiales. *Revue française de psychanalyse* 1936 ; 9(3) : 360-413. Source gallica.bnf.fr/ Bibliothèque Sigmund Freud.
87. LIDZ T. *et al.* The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital Schism et Marital Skew. *Am. J. Psychiatry*, 1957 ; 114 : 241-248.
88. LINARES J.L. Le vieillissement. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003 ; 31(2) : 6-26.
89. MAISONDIEU J. Vieillir en famille : une situation cornélienne. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003 ; 31(2) : 99-110.
90. MAISONDIEU J. Crépuscule de la raison. La maladie d'Alzheimer en question. Broché, 2001.
91. MAISONDIEU J. MÉTAYER L. Les thérapies familiales. Paris : PUF, 1983.
92. MALHER M. Psychose infantile. Symbiose humaine et individuation. Paris : Payot, 1973.
93. MANNONI M. L'enfant, sa maladie et le autres. Éditions du Seuil, 1967.
94. MANNONI M. Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse. Paris : Editions du Seuil, 1970.
95. MARCELLI D. L'enfant, chef de famille. L'autorité de l'infantile. Éditions Albin Michel, 2003.
96. MARCELLI D. Le règne de la séduction. Un pouvoir sans autorité. Éditions Albin Michel, 2012.
97. MIERMONT J. L'approche psycho-éducative et multifamiliale de W.R.MacFarlane. *Thérapie Familiale* 2002 ; 23 : 105-120.
98. MIERMONT J. Thérapies familiales et psychiatrie. Wolters Kluwer France, 2010.
99. MIERMONT J. Thérapies en couple et en famille. *EMC-Psychiatrie* 2005 ; 2 : 145-168.
100. MINUCHIN S. La guérison familiale. ESF Editeur, 1998.
101. MISHARA B. L., HOULE J. Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy* 2008 ; 47(4) : 343-349.
102. MOREL B. A. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine.* Paris : J.B. Baillière, 1857. URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762>.
103. MYLINSKI M. Famille et vieillissement. Réflexions cliniques sur quelques points névralgiques du réseau. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003 ; 31(2) : 74-87.
104. NEF F. Les thérapies cognitivo-comportementales. In : *À quel psy se vouer ?* Éditions du Seuil, 2003. 169-203.
105. NEUBURGER R. Relations et appartenances. *Thérapie familiale* 2003 ; 24(2) : 169-178.
106. PANKOW G. Structure familiale et psychose. Éditions Flammarion, 2004.



107. PHAROAH F. *et al.* Family intervention for schizophrenia (Review) Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
108. PHELAN J.C, BROMET E.J. LINK B.K. Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin* 1998 ; 24(1) : 115-126.
109. PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.* Paris, J.Ant. Brosson, 1809. URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>.
110. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Ministère chargé de la Santé. Ministère chargé des solidarités. URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)
111. POMMEREAU X. Accompagner les familles de jeunes suicidants, *Perspectives Psy* 2008 ; 47(4) : 335-342.
112. QUINODOZ D. *Vieillir : une découverte.* Presses Universitaires de France, 2008.
113. RACAMIER P.-C. *L'inceste et l'incestuel.* Editions Dunod, 2010
114. RUFFIOT A. L'écoute psychanalytique et groupale. *Psychanalyse familiale.* Gruppo, *Revue de psychanalyse groupale* 1985 ; 1 : 19-21.
115. RUFFIOT A. *et al.* *La thérapie familiale psychanalytique.* Paris : Bordas, 1981.
116. SAINT-EXUPÉRY A. *Citadelle.* Éditions Gallimard, 1948.
117. SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille.* Fribourg : Masson, 1987.
118. SCHMID-KITSIKIS E. Wilfred R. Bion. Presses Universitaires de France, 1999.
119. SENON J.-L. JONAS C. Droits des patients en psychiatrie. *EMC-Psychiatrie* 2004 ; 1 : 107-127.
120. SZASZ S.T. The myth of mental illness. *American Psychologist* 1960 ; 15 : 113-118.
121. THOMAS P. *et al.* Vulnérabilité et ressources des aidants informels d'adultes malades ou dépendants : suivi sur 20 mois. *NPG* 2011 ; 11 : 198-204.
122. TISSERONT S. Une histoire de famille... *Psy. Fr.* 2008 ; 3 : 7-13.
123. TRÉLAT U. *La folie lucide.* Paris : A. Delahaye, 1861. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769219>
124. VAIVA G. Les suicidants et leur entourage familial. *Perspectives Psy* 2008 ; 47(4) : 330-334.
125. VAN AMERONGEN A.P. Familles et patients souffrant de schizophrénie : comment envisager les soins et l'accompagnement lors de l'avancée en âge ? *Annales Médico-Psychologiques* 2012 ; 170 : 286-288.
126. WATZLAVICK P. BEAVIN J.H. JACKSON D.D. *Une logique de la communication.* Norton 1967, trad. Seuil 1972.
127. WINNICOTT D.W. *Jeu et réalité.* Editions Gallimard, 1975.
128. WINNICOTT D.W. *Processus de maturation chez l'enfant.* Petite Bibliothèque Payot, 1974.
129. ZAFIROPOULOS M. Clinique de la famille. In : *Dictionnaire de la pensée médicale.* Presses Universitaires de France, 2004.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	p 10
I) EVOLUTION DE LA FAMILLE OCCIDENTALE .....	p 12
A) La première modernité .....	p 12
B) La seconde modernité .....	p 15
C) Concept d'une nouvelle personnalité de base .....	p 17
II) LES APPROCHES FAMILIALES EN PSYCHIATRIE A TRAVERS LES COURANTS DE PENSEE CLASSIQUE .....	p 20
A) Historique .....	p 20
B) Apport de la psychanalyse .....	p 26
1) Psychanalystes d'adultes .....	p 26
2) Psychanalyse d'enfants .....	p 28
3) Les psychanalystes aux Etats-Unis .....	p 33
C) La théorie des groupes .....	p 35
D) Théorie des systèmes et des communications .....	p 37
E) Antipsychiatrie .....	p 41
III) PLACE ACTUELLE DE LA FAMILLE DANS LA THERAPEUTIQUE DU PATIENT .....	p 46
A) Dans la pratique au quotidien .....	p 46
1) Stigmatisation .....	p 47
2) Vécus et témoignages des familles .....	p 50
3) Les premiers temps des soins .....	p 53
4) L'aide aux aidants .....	p 56
B) Les thérapies formalisées .....	p 57
1) Approches systémiques .....	p 58
2) Approches psychodynamiques .....	p 62
3) Approches d'inspiration cognitivo comportementale .....	p 66
4) Approches multifamiliales .....	p 68
5) Vers de nouvelles tendances .....	p 69
a) Approche multisystémiques .....	p 69
b) La résilience familiale .....	p 70
c) Le courant des thérapies brèves .....	p 72
d) L'approche narrative .....	p 73
C) Des cas plus spécifiques .....	p 74
1) Autour de la personne âgée .....	p 75
2) Autour de la crise suicidaire .....	p 78
CONCLUSION .....	p 81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	p 83