

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>ÈME</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
PIERRETTE DÉZIEL

MODÈLE FAMILIAL DE LA PERSONNE SOUFFRANT  
D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE ET  
INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

OCTOBRE 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

Le programme spécialisé pour les personnes souffrant d'une première psychose a vu le jour en 2001 au Centre hospitalier du CSSS de l'Énergie, site Ste-Thérèse de Shawinigan. Ce programme offre un volet d'intervention pour les familles des personnes qui y sont inscrites. Le présent essai doctoral porte sur ce volet d'intervention et s'intéresse particulièrement au type de lien existant à l'intérieur de la famille dont un des membres souffre de psychose. Le Family Adaptation and Cohesion Scale version III (Olson, 1986) fut utilisé à cet effet et les résultats obtenus ont servi de base à l'élaboration d'un modèle d'intervention familiale servant à bonifier le programme actuel. Le modèle d'intervention proposé s'inspire de la théorie de l'attachement pour la compréhension du lien familial. Des modalités d'intervention en découlent : le génogramme et le blason familial. Ces instruments d'intervention visent de façon privilégiée le monde émotionnel de la famille, de même que les aspects transgénérationnels des liens familiaux. L'objectif ultime du modèle d'intervention proposé est d'améliorer la qualité de vie des personnes impliquées et d'aider la famille à être un meilleur facteur de protection pour chacun de ses membres et plus particulièrement pour la personne souffrant de psychose.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Table des matières .....	iii
Liste des figures .....	v
Remerciements .....	vi
Introduction .....	1
Chapitre 1 Présentation du programme pour Jeunes psychotiques du site Ste-Thérèse du CSSS de l'Énergie, à Shawinigan.....	4
Présentation du programme.....	5
L'approche bio-psycho-sociale.....	7
Volets d'intervention du Programme.....	8
Chapitre 2 Le modèle circomplexe d'Olson (FACES III).....	10
Présentation du modèle circomplexe.....	11
La cohésion et l'adaptabilité : définitions.....	11
Notions de santé et de dysfonction.....	14
Recherches selon le modèle.....	15
Les résultats dans le programme des jeunes psychotiques.....	15
Questions soulevées.....	17
Chapitre 3 La théorie de l'attachement.....	19
Définition de l'attachement selon Bowlby.....	20
Les caractéristiques des attachements sécurés et insécures.....	21
Les modèles internes opérants.....	25
La mentalisation, la fonction réflexive et la régulation de l'affect.....	28
La primauté de l'affect.....	30
L'attachement et la psychopathologie.....	36
Rôle de la famille dans la formation de la relation d'attachement.....	39
La base familiale de sécurité.....	41
Chapitre 4 La différenciation de soi et l'éthique relationnelle.....	45
La différenciation de soi.....	46
L'éthique relationnelle.....	48

Chapitre 5 Le génogramme et le blason familial.....	52
Le génogramme.....	53
Le blason familial.....	55
Chapitre 6 Recommandations permettant d'améliorer l'intervention auprès des familles du programme pour Jeunes psychotiques.....	59
Le groupe de familles actuel.....	60
Modalité d'intervention familiale à développer.....	63
Conclusion .....	67
Références .....	71
<i>Appendice A</i> Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie.....	77
<i>Appendice B</i> Le questionnaire Family Adaptation and Cohesion Scale version III (FACES-III).....	79
<i>Appendice C</i> Le blason familial.....	81
<i>Appendice D</i> Questionnaire de l'attachement chez l'adulte (QAA).....	83
<i>Appendice E</i> Inventaire de différenciation de soi.....	85

*Liste des figures*

*Figure 1.* Le modèle circomplexe d'Olson..... 12

*Figure 2.* Échelle de différenciation de soi de Bowen..... 49

### *Remerciements*

L'auteure désire remercier son directeur d'essai doctoral, Monsieur André Pellerin, pour sa disponibilité, ses conseils éclairés et son appui constant tout au long de la rédaction de cet ouvrage.

Des remerciements s'adressent aussi à la direction du Centre hospitalier du CSSS de l'Énergie, site Ste-Thérèse, d'avoir accepté la réalisation de ce projet à l'intérieur de l'établissement.

L'auteure signifie également sa gratitude aux membres des familles qui ont bien voulu répondre aux questionnaires qui leur furent présentés et qui ont contribué à l'accomplissement du présent essai doctoral.

*Introduction*

La recherche concernant l'intervention auprès des personnes souffrant de troubles psychotiques a fait l'objet de nombreux questionnements et développements au cours des dernières années. Le souci de traiter le plus efficacement possible les symptômes psychotiques et de prévenir les rechutes chez les personnes affectées par la psychose fut le but principal des différents traitements proposés dans le domaine. De nombreux programmes spécialisés ont vu le jour à travers le monde, tant en Europe qu'aux États-Unis, en Australie ou au Canada. Plusieurs de ces programmes s'intéressent particulièrement aux personnes présentant leur premier épisode psychotique (Gleeson & McGorry, 2004). Dans la région, un de ces programmes fut développé à la clinique externe de Psychiatrie du site Ste-Thérèse, au CSSS de l'Énergie à Shawinigan. Le présent essai doctoral portera sur ce programme.

Dans le cadre de cet essai doctoral, il sera question du volet familial du programme pour jeunes psychotiques de la clinique externe. Plus spécifiquement, le but visé est d'étudier le modèle familial des jeunes psychotiques ayant participé au programme en lien avec les interventions psychothérapeutiques qui y sont réalisées. Les dimensions de la vie familiale retenues ici seront mises en relation avec la théorie de l'attachement; les considérations ainsi obtenues déboucheront sur l'intégration de deux approches qui viendront compléter la réflexion : celle de la différenciation de soi et celle de l'approche contextuelle. La démarche conduira finalement à des propositions de

techniques thérapeutiques adaptées aux familles participant au programme, afin d'en bonifier le contenu.

Le plan du présent ouvrage est le suivant. Le premier chapitre présentera le programme pour jeunes psychotiques du site Ste-Thérèse du CSSS de l'Énergie, dans ses différents volets, individuel et de groupes. Le second chapitre portera sur le modèle ayant servi à évaluer certaines dimensions de la vie familiale des familles ayant participé au programme : le modèle circomplexe d'Olson (1986). Au chapitre trois, il sera question de la théorie de l'attachement, de ses liens avec la psychopathologie et du rôle de la famille dans sa formation. Le chapitre quatre fera état des notions de différenciation de soi et d'éthique relationnelle. Par la suite, le chapitre cinq portera sur la description de deux outils thérapeutiques, le génogramme et le blason familial. Une réflexion suivra sur l'intégration de ces outils dans le modèle d'intervention actuel auprès des familles et sur la pertinence de leur utilisation. Finalement, le chapitre six présentera les modifications et améliorations apportées au volet «famille» du programme pour jeunes psychotiques.

## *Chapitre 1*

**Présentation du programme pour jeunes psychotiques  
du site Ste-Thérèse du CSSS de l'Énergie, à Shawinigan**

Les buts et les modalités du programme pour jeunes psychotiques de la clinique externe de psychiatrie du CSSS de l'Énergie, site Ste-Thérèse, de Shawinigan seront présentés dans le présent chapitre. Plus spécifiquement, les différents volets d'intervention du programme seront précisés; il sera aussi question de l'approche inspirant le programme dans son ensemble, l'approche bio-psycho-sociale.

#### Présentation du programme

Le présent essai porte sur certains patients et leur famille qui ont participé au programme pour jeunes psychotiques de la clinique externe de psychiatrie du CSSS de l'Énergie, site Ste-Thérèse, de Shawinigan. Ce programme fut bâti selon les orientations préconisées par les plans d'action récents en santé mentale au Québec qui veulent favoriser une intervention précoce pour les patients vivant un premier épisode psychotique (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005). Le traitement des personnes en début d'évolution d'une psychose apparaît en effet comme un champ d'intervention de plus en plus important dans le domaine de la psychiatrie au cours des dernières années, à cause de ses possibilités préventives (McGorry, 2000). Nicole et Blondeau (2005) rapportent l'étude de Birchwood (2000) qui définit le concept de *période critique* du cours de la psychose pendant laquelle prévaut un risque élevé de suicide et de rechutes, avec toutes les conséquences au plan individuel, familial et social

qui s'ensuivent. Cette période critique se situerait pendant les cinq premières années après le début de la maladie. Il apparaît donc important d'intervenir le plus rapidement et le plus intensément possible dès l'apparition de la maladie, afin de limiter les conséquences débilantes entraînées par la psychose.

Dans cet esprit, le programme pour jeunes psychotiques de la clinique externe de psychiatrie du CSSS de l'Énergie vise : 1) une intervention précoce auprès des personnes en début d'évolution d'une psychose en leur offrant une thérapie spécialisée, et 2) un support psychoéducatif à leurs proches (CSSS de l'Énergie, mai 2001, révisé en novembre 2005). Les objectifs généraux ciblés par le programme sont : 1) d'apprendre à vivre avec la maladie comportant un état psychotique, 2) d'améliorer la qualité de vie des personnes en début d'évolution d'une psychose et 3) de favoriser l'adaptation de la personne et de ses proches. La participation aux différents groupes du programme se fait sur une base volontaire et peut être cessée en tout temps. Les patients référés au programme le sont selon le mode de référence de l'institution.

Les personnes admises dans le programme présentent un des diagnostics suivants selon le DSM-IV : schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié, trouble psychotique induit par une substance. Les symptômes psychotiques associés à ces différents diagnostics touchent les sphères affectives et cognitives de la personne et affectent plusieurs domaines de son

fonctionnement : rapports interpersonnels, habiletés de la vie quotidienne, vie professionnelle ou académique.

### L'approche bio-psycho-sociale

L'approche globale servant de toile de fond à l'ensemble du programme est une approche bio-psycho-sociale selon laquelle on n'attribue pas de cause unique à la maladie. On croit plutôt que plusieurs facteurs contribuent à l'éclosion, au maintien ou à la réapparition de la maladie, ces facteurs interagissant entre eux. Le modèle vulnérabilité-stress rend compte de ces éléments multifactoriels (appendice A). Selon le modèle, il existerait chez certains individus une vulnérabilité neuropsychologique découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui les rend plus sensibles aux stressors socio-environnementaux (Lalonde, Aubut, Grunberg, Amias-Wilchesky, Assalian, Baril, & al., 1999). La vulnérabilité inhérente à l'individu, combinée à une somme suffisante d'agents stressors, déclenche la maladie et par un phénomène de causalité circulaire, l'individu affaibli par la maladie vit des symptômes résiduels qui le rendent plus vulnérable et plus sujet aux rechutes. Parmi les facteurs de stress, on retrouve le stress toxique comme les drogues, ou le stress social comme la surcharge émotionnelle dans les relations, les pressions de performance, etc. Les facteurs de stress sont donc considérés comme des facteurs de risque dans le processus du déclenchement de la maladie. Afin de contrebalancer ces facteurs de risque, on croit qu'il s'avère important d'installer ou de développer chez l'individu le plus de facteurs de protection possible.

### Volets d'intervention du Programme

C'est donc dans le sens de développer des facteurs de protection que le programme pour jeunes psychotiques vise à agir sur tous les plans du fonctionnement de l'individu; en découlent plusieurs volets d'intervention individuelle ou de groupes. En premier lieu, la thérapie biologique est assurée par la prise de médication neuroleptique, dont le but est de prime abord de soulager les symptômes psychotiques sans affecter l'état fonctionnel de la personne. La psychothérapie individuelle fait aussi partie des formes d'intervention préconisées dans le cadre du programme. Le modèle retenu est de type cognitivo-comportemental dont l'intérêt dans le traitement des psychoses n'a cessé de croître depuis les années '90 (Kingdon & Turkington, 2005). Le but de l'approche est d'aider la personne à remettre en question les convictions qu'elle peut entretenir à l'égard de ses symptômes psychotiques et d'ainsi intégrer l'expérience psychotique. L'histoire de la vie de la personne est explorée, de même que le contexte du début de la psychose et du contenu des symptômes. Par la suite, la personne devra redéfinir ses valeurs et son identité d'une façon saine qui permettra un bon ancrage dans la réalité.

En plus de l'intervention individuelle, le programme pour jeunes psychotiques comporte aussi des interventions de groupes. Il y a tout d'abord le groupe de compétences qui vise avant tout la connaissance de la maladie et de ses traitements de même que des facteurs de risque et des facteurs de protection associés aux rechutes. Vient ensuite le groupe d'habiletés cognitives qui a pour buts d'améliorer la perception de soi et de l'environnement, de développer sa capacité d'abstraction, son attention et sa

mémoire, d'identifier les distorsions cognitives, de s'entraîner à la planification et à la résolution de problèmes efficace. Le groupe d'entraînement aux habiletés sociales pour sa part porte sur la gestion des émotions, sur l'affirmation de soi, sur la résolution des problèmes interpersonnels et sur les habiletés de communication verbale et non verbale.

Finalement, on retrouve dans le cadre du programme le volet pour les familles et le patient. On y offre des informations sur la maladie et ses traitements; on y développe aussi certains aspects spécifiques à la vie familiale : notions de systèmes, de sous-systèmes, de règles, de frontières, de communication, de limites. Il est question, de plus, de gestion des émotions, du processus de deuil, de la capacité de demander de l'aide et de l'importance de maintenir un bon réseau social afin d'éviter l'isolement.

Le but ultime des différents groupes est d'améliorer la qualité de vie des participants. De façon particulière, l'intervention familiale vise à diminuer le stress dans l'équation vulnérabilité-stress, de telle sorte que la famille puisse devenir un facteur de protection plutôt qu'un facteur de risque pour la personne aux prises avec la maladie. En ce sens, il est apparu important dans le plan d'intervention pour les familles rattachées au programme, d'identifier certaines caractéristiques et ressources de la vie familiale par le biais de questionnaires administrés lors de la première et de la dernière séance de groupe. Parmi ces questionnaires figure le Family Adaptation and Cohesion Scale version III (FACES-III), qui est présenté à l'appendice B et qui sera décrit dans le chapitre suivant (Olson, 1986)..

## *Chapitre 2*

### **Le modèle circomplexe d'Olson (FACES III)**

Chacun des membres participant au groupe offert aux familles fut évalué à partir d'un instrument d'auto-évaluation, le Family Adaptation and Cohesion Scale version III (FACES-III) tiré du modèle circomplexe d'Olson (1986). Ce modèle permet d'évaluer la dynamique familiale sur deux axes que sont la cohésion et l'adaptabilité. Il sera présenté dans les paragraphes suivants.

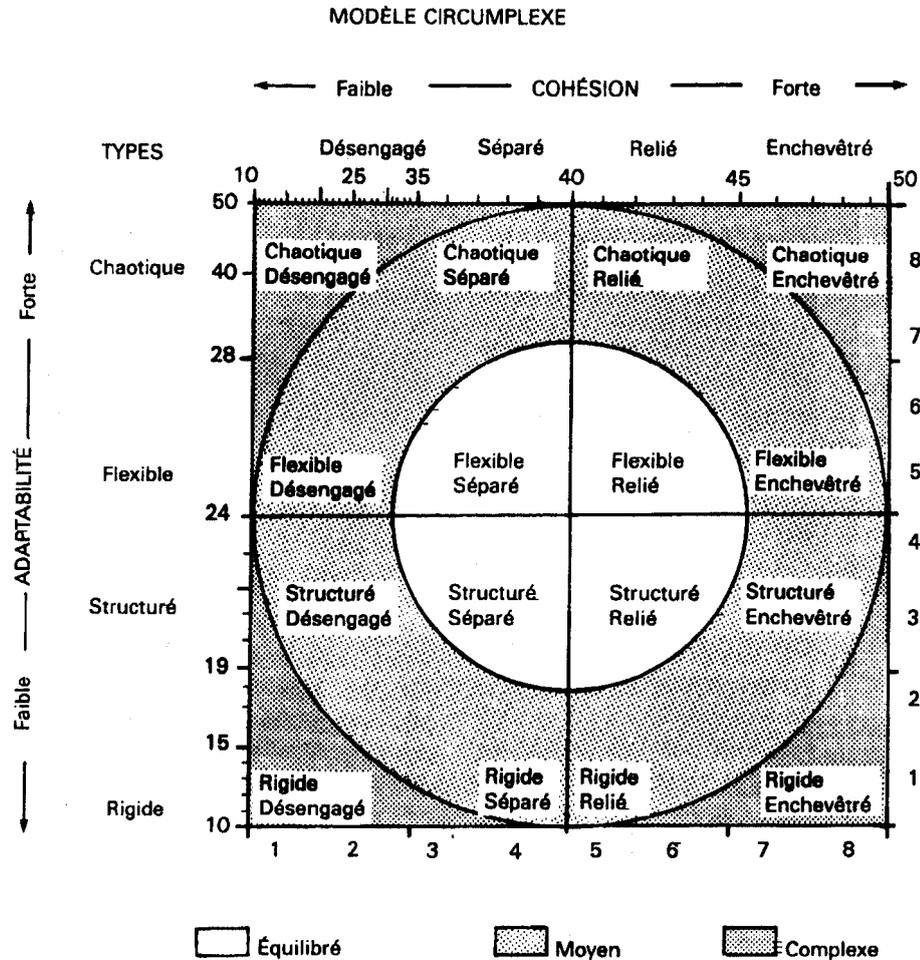
#### Présentation du modèle circomplexe d'Olson

Le questionnaire (voir *appendice B*) comporte vingt questions (dix par axe) auxquelles le sujet répond en termes de fréquence (de 1 à 5). L'addition des cotes permet d'obtenir deux scores globaux, l'un pour la cohésion et l'autre pour l'adaptabilité. Chaque dimension représentée sur un axe est divisée en quatre gradations (deux déviations standard) qui donnent lieu à seize sous-types différents de caractéristiques familiales. Trois zones sont sectorisées dans le modèle obtenu selon le caractère équilibré, moyen ou extrême du fonctionnement. (voir la figure 1 à la page suivante).

#### *La cohésion et l'adaptabilité : définitions*

La cohésion se définit comme étant les "liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres" (Olson, Russell, & Sprenkle 1989). On parle

ici de la force ou de l'intensité de ces liens. Les formes extrêmes de cohésion sont l'enchevêtrement et le désengagement, et sont considérées comme problématiques.



Source : OLSON (D.H.) et col., *Family Inventories*, Family Social Science, University of Minnesota; St. Paul, Minnesota, Revised Edition 1985, p. 37. Copyright D.H. Olson, 1986.

Figure 1. Le modèle circumplexe d'Olson

Quatre niveaux de cohésion sont définis : désengagement (très bas), séparé (bas à modéré), rapproché (modéré à élevé) et intriqué (très élevé). Les niveaux centraux de cohésion correspondent à un fonctionnement familial optimal, les membres de la famille

pouvant être à la fois reliés et indépendants des autres. Les indicateurs spécifiques pour mesurer la cohésion familiale sont: les liens émotionnels, les frontières, les coalitions, le temps, l'espace, les amis, la prise de décision, les intérêts et les loisirs.

L'adaptabilité recouvre "l'habileté du système familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles en réponse à une situation ou une évolution stressante" (Olson, Russell, & Sprenkle, 1989). Les formes extrêmes d'adaptabilité sont la rigidité et le chaos. Quatre niveaux d'adaptabilité sont définis : rigide (très bas), structuré (bas à modéré), flexible (modéré à élevé) et chaotique (très élevé). Les niveaux centraux d'adaptabilité correspondent à un fonctionnement familial optimal de telle sorte que l'habileté à changer, quand c'est nécessaire, est une des caractéristiques qui distingue les familles fonctionnelles de celles qui sont dysfonctionnelles. Une relation structurée est généralement moins rigide, moins autoritaire, et plus partagée. Une relation flexible est encore moins rigide, et le leadership est également plus partagé. Une relation rigide (hautement autoritaire) et une relation chaotique (qui a un leadership erratique ou limité) sont considérées comme problématiques pour le développement individuel et relationnel à long terme. Les indicateurs spécifiques pour mesurer l'adaptabilité sont le leadership (contrôle, discipline), les styles de négociation, les rôles dans les relations, les règles relationnelles.

L'échelle a été standardisée sur 1140 familles américaines «sans problème», soit 2412 individus, dans une étude nationale, et répond à une série d'exigences statistiques.

La consistance interne est de 0.77 (cohésion) et de 0.62 (adaptabilité). Le test-retest à un mois se situe à 0.83 pour la cohésion et à 0.80 pour l'adaptabilité.

### *Notions de santé et de dysfonction*

La santé est au centre du modèle, elle est une normalité par équilibre. Le type de famille n'est pas déterminé par un membre individuel, mais plutôt par l'interaction de l'ensemble. En évaluant les types de famille, Olson (1986) utilise une évaluation multisystémique qui inclut les différents sous-systèmes dans la famille tels que le système marital, le système parent-enfant, et la famille comme un tout.

Une hypothèse centrale dérivée du modèle de Olson est que les familles équilibrées (situées au centre du modèle) fonctionneront plus adéquatement que les familles dans les positions extrêmes du modèle. Cette hypothèse est basée sur l'affirmation que les familles qui sont extrêmes sur les deux dimensions auront tendance à présenter plus de difficultés de fonctionnement à travers les étapes de la vie familiale. On présume ici une relation curvilinéaire sur les dimensions de la cohésion et de l'adaptabilité : trop ou trop peu de cohésion et d'adaptabilité sont considérées comme dysfonctionnelles dans le système familial. Les familles qui sont capables d'être en équilibre entre les deux extrêmes semblent fonctionner plus adéquatement.

*Recherches selon le modèle*

Afin de vérifier l'hypothèse que les types de familles équilibrées sont plus fonctionnels que les types extrêmes, plusieurs études ont été réalisées auprès de familles présentant des symptômes ou des problèmes émotionnels. C'est ainsi que Clarke (1984), incluant dans sa recherche des schizophrènes, des familles avec un membre névrotique, des familles ayant bénéficié de thérapie dans leur passé et un groupe contrôle n'ayant pas de thérapie, a trouvé un très haut niveau de familles «extrêmes» chez les groupes névrotiques et schizophréniques. Un niveau significativement plus élevé de familles «équilibrées» fut retrouvé dans le groupe ne bénéficiant pas de thérapie comparativement aux autres groupes. Prange, Greenbaum, Silver, Friedman, Kutash, & Duchnowski (1992) pour leur part ont utilisé le FACES-III dans leur étude sur les problèmes émotionnels d'adolescents (12 à 18 ans). Ils ont trouvé que les adolescents présentant des troubles émotionnels ont des familles désengagées et que la faible cohésion est corrélée avec un taux élevé de psychopathologies. Qu'en est-il maintenant des résultats obtenus auprès des familles ayant participé au programme pour jeunes psychotiques de CSSS de l'Énergie ?

Les résultats dans le programme des jeunes psychotiques

Des résultats semblables à ceux cités précédemment ont été obtenus dans le groupe de familles du programme pour jeunes psychotiques (tableau 1, à la page suivante). Trente-quatre familles ont été évaluées à l'aide du FACES-III. Les scores globaux résultant de l'évaluation situent formellement les familles dans la catégorie «séparé»

pour la cohésion et dans la catégorie «chaotique» pour l'adaptabilité. Cependant, les familles se situent dans la partie inférieure de la catégorie «séparé», tendant vers «désengagé», et à la limite inférieure de la catégorie «chaotique», à la frontière de la catégorie «flexible». Il existe une légère différence quand les patients sont considérés seuls : ils se situent dans la catégorie «désengagé» au plan de la cohésion et dans la catégorie «flexible» pour l'adaptabilité. Il n'existe pas de différence de catégorie entre les pères et les mères, les mères étant légèrement plus «chaotiques» au plan de l'adaptabilité.

Tableau I

Scores moyens obtenus sur les échelles de cohésion et d'adaptabilité du questionnaire Family Adaptation and Cohesion Scale, version III (FACES-III)

Catégories	Cohésion 10-35 : désengagé 35-40 : séparé 40-45 : relié 45-50 : enchevêtré	Adaptabilité 10-19 : rigide 19-24 : structuré 24-28 : flexible 28-50 : chaotique
Tous (n = 78)	36.17	28.33
Patients (n = 23)	33.61	27.38
Pères (n = 20)	36.35	28.3
Mères (n = 25)	36.92	31.24

La cohésion représentant la force des liens dans la famille, les familles participant au programme sont donc caractérisées par des liens plutôt faibles entre leurs membres. L'individu vivant dans ce contexte se sent peu relié aux autres. Pour ce qui est de l'adaptabilité de style «chaotique» obtenue, on peut supposer dans la famille un leadership erratique et peu consistant et une adaptabilité trop grande au changement. Les patients considérés seuls auraient un sentiment d'être moins reliés que le reste de la famille et auraient une vision du leadership légèrement moins erratique et une adaptabilité légèrement moins grande au changement. D'autre part, si l'on considère les notions de santé et de dysfonction selon le modèle d'Olson, les familles du programme auraient un niveau plutôt «complexe» selon leur position extrême dans le modèle circomplexe (voir *figure 1*, page 12). Selon Olson, on l'a vu plus haut, le type de familles se situant dans cette position aurait tendance à présenter des difficultés de fonctionnement à travers les étapes de la vie familiale. Les présents résultats corroborent d'ailleurs les conclusions des recherches citées précédemment : on retrouve dans les familles «extrêmes» un taux plus élevé de psychopathologies. Il y a lieu à ce moment-ci de se poser certaines questions.

#### Questions soulevées

La constance des résultats chez les différentes cohortes de familles depuis le début du programme en 2001 soulève plusieurs questions. Quel lien peut-on faire entre la cohésion faible et le phénomène psychotique? L'adaptabilité chaotique peut-elle favoriser le contexte de l'éclosion de la psychose? Les symptômes de méfiance

retrouvés dans la schizophrénie paranoïde et la psychose toxique sont-ils représentatifs de la faiblesse des liens dans la famille? De façon générale, quel est le mode relationnel de la personne souffrant de psychose? Quel est celui des autres membres de sa famille ?

Face à ce questionnement, la théorie relationnelle de l'attachement fut considérée comme modèle inspirant la réflexion élaborée dans le présent essai. La théorie comme telle sera donc présentée de façon succincte dans le chapitre suivant. Il sera aussi question des dernières recherches portant sur l'attachement dans la famille, de même que sur le lien entre l'attachement et la psychopathologie. Le rôle central de l'émotion sera mis en évidence tout au long de ce chapitre.

### *Chapitre 3*

#### **La théorie de l'attachement**

Selon Guedeney et Guedeney (2006), la théorie de l'attachement apparaît comme «le concept clef de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, en psychopathologie et en psychologie». L'utilisation de ce modèle théorique semble donc justifié dans un questionnement concernant le modèle familial relationnel de la personne souffrant de psychose, objet du présent essai. Le modèle de l'attachement sera donc présenté dans les paragraphes suivants, à partir de son inventeur d'abord, John Bowlby (1969, 1988), puis dans ses développements ultérieurs. Seront d'abord identifiés les différents types d'attachement et leurs caractéristiques, puis la construction de la réalité interne individuelle de l'attachement sera expliquée. Il sera aussi question du lien entre l'attachement et la psychopathologie, en y faisant ressortir la présence de la primauté de l'affect. L'importance cruciale de la famille dans l'établissement du lien d'attachement sera finalement démontrée, avec les notions de base familiale de sécurité et de transmission transgénérationnelle.

#### Définition de l'attachement selon Bowlby

Bowlby (1969) définit l'attachement comme un besoin de protection qui dure toute la vie. Chez le jeune enfant, ce besoin s'exprime par des comportements mis en jeu dans les situations de détresse. Ces comportements suscitent alors des réactions d'apaisement de la part de la personne identifiée comme la «figure principale d'attachement». Cette

personne constitue une base de sécurité permettant à l'enfant d'acquérir une sécurité interne suffisante. Lorsqu'il est sécurisé, l'enfant peut désactiver son comportement d'attachement et activer son comportement d'exploration qui l'incite à s'ouvrir au monde extérieur. Dans l'esprit de la théorie de l'attachement, le fait d'être attaché aux autres n'est pas une indication de faiblesse ou d'immaturation, mais une manifestation d'adaptation fonctionnelle qui pousse à augmenter sa sécurité et ultimement à accentuer l'exploration et la maîtrise de l'environnement, une fois que la sécurité a été établie. Bowlby identifie l'attachement à la survie et la recherche de la proximité du parent au sentiment de sécurité chez l'enfant. L'attachement apporte la sécurité à travers la connaissance (senti logique) que la survie est assurée. Et réciproquement, la recherche de sécurité renforce l'attachement, lequel assure la survie. Mais l'installation du sentiment d'attachement peut présenter des failles, ce qui donne lieu à des types d'attachement insécures, venant se distinguer du type d'attachement sûr.

#### Les caractéristiques des attachements sûrs et insécures

Sur la base des comportements d'attachement observables, Ainsworth, Behar, Waters, & Wall (1978) ont décrit différents types d'attachement chez l'enfant d'un an séparé un certain temps de sa mère, puis la retrouvant par la suite (protocole de la «situation face à l'étranger»). Deux grandes catégories d'attachement ont été identifiées suite aux expérimentations d'Ainsworth et al. : l'attachement sûr et l'attachement insécure.

L'attachement sécure caractérise l'enfant qui interagit facilement avec son parent et dont l'exploration est généralement efficace et structurée. Il manifeste de la détresse quand il est séparé de son parent, mais il se laisse reconforter quand ce dernier revient; il retrouve alors un certain niveau d'exploration et de jeu.

L'attachement insécure quant à lui est divisé en trois catégories : insécure-résistant (ou ambivalent), insécure-évitant et insécure-désorganisé. L'enfant insécure-résistant va réagir avec une intense détresse quand il est séparé de son parent et ne se laissera pas consoler facilement quand il le retrouvera, déployant un mélange de détresse et de recherche de contact. Il tend à demeurer préoccupé par la question de la proximité du parent. Au lieu de s'engager dans le jeu ou l'exploration, il maintient son attention centrée sur le parent dans ce qui semble un effort pour s'assurer de la présence incertaine de ce dernier. Le lien est principalement fondé sur la peur du rejet et de l'abandon. L'enfant insécure-évitant pour sa part va porter davantage son attention sur l'exploration, quand il est séparé de son parent. Il se montre peu préoccupé par son départ et engage peu de relations avec lui. De plus, il évitera le parent lors des retrouvailles. Le lien affectif est donc évité, étant source d'anxiété plutôt que de sécurité et de bien-être. L'enfant insécure-désorganisé quant à lui apparaîtra désorienté même en présence du parent. Il manifestera des comportements anarchiques ou inusités : s'accrocher au parent en regardant quelqu'un d'autre, lever les bras pour se faire prendre et se jeter par terre quand le parent obtempère, etc. Ces stratégies sont associées à des

attachements chaotiques et traumatisants où les autres sont à la fois la source et la solution de l'anxiété.

Les recherches ultérieures sur l'attachement ont contribué à définir les caractéristiques de l'attachement sécure et ses conséquences sur l'individu. Il est maintenant reconnu que les attachements positifs créent un «refuge sécure» qui offre une barrière contre les effets du stress et de l'incertitude et un contexte optimal pour le développement continu de la personnalité (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993). L'attachement sécure fournit aussi une base sécurisante à partir de laquelle l'individu peut explorer son univers et répondre de façon plus adaptative à son environnement. La présence d'une telle base encourage l'exploration et une ouverture cognitive à la nouvelle information. Elle donne la confiance nécessaire pour prendre des risques, apprendre et remodeler continuellement ses modèles de soi, des autres et du monde, de telle sorte que l'ajustement à de nouveaux contextes est facilité (Mikulincer, 1997). On sait d'autre part que les matériaux de base des liens sécures sont la réponse et l'accessibilité émotionnelles (Wessler, Hankin, & Stern, 2001). Une figure d'attachement peut être physiquement présente, mais émotionnellement absente. En termes d'attachement, toute réponse, même la colère, est mieux que pas de réponse du tout. S'il n'y a pas d'engagement et de réponse émotionnelle, le message de la figure d'attachement se lit comme suit : «Tes signaux ne m'intéressent pas et il n'y a pas de connexion entre nous» (Wessler et al. 2001). L'émotion est centrale à l'attachement. Ce sont dans les relations d'attachement que les émotions les plus fortes sont soulevées et

ont le plus d'impact. Les émotions nous disent et communiquent aux autres quels sont nos motivations et nos besoins; elles sont la musique de la danse de l'attachement (Johnson, 1996). Comme Bowlby (1979, p. 130, cité par Johnson & Whiffen, 2003) le suggère, «La psychologie et la psychopathologie de l'émotion sont... en grande partie la psychologie et la psychopathologie des liens affectifs».

Tronick (1989) a mis en lumière comment les émotions servent de rétroaction évaluative permettant à l'enfant de voir si un but a été atteint, et, de façon plus importante, comment elles deviennent des motivateurs comportementaux. Si un but est atteint, l'enfant expérimente la joie ou l'intérêt, et est alors motivé à une implication ultérieure. Si un but n'est pas atteint, mais qu'il a une chance d'être atteint, l'enfant expérimente de la colère (émotion active), ce qui le motive ultérieurement à essayer d'éliminer l'obstacle qui l'empêche d'atteindre son but. Si un but n'a pas été atteint et qu'il n'y a pas de chance qu'il le soit, l'enfant expérimente de la tristesse (émotion passive), ce qui le motive à démissionner et à se désengager.

Tronick observe de plus que les enfants ne viennent pas au monde pleinement équipés pour atteindre par eux-mêmes leurs propres buts :

L'enfant fait partie d'un système de communication affective dans lequel les efforts de l'enfant en vue de l'atteinte de ses buts sont assistés ou complétés par les capacités du parent. Le répertoire affectif de l'enfant fonctionne comme des messages qui spécifient l'évaluation de l'enfant disant s'il a atteint ses buts ou non. Le parent «lit» ce message et l'utilise comme guide de ses actions en vue de la facilitation des efforts de l'enfant. (Tronick, 1989, p. 113)

La pulsion vers l'attachement apparaît dans ce contexte comme notre motivation primaire dans la vie, et les émotions comme les sources premières de rétroaction nous informant si nous maintenons un attachement réussi ou pas.

Concernant l'importance de l'émotion vécue à l'intérieur des liens familiaux dans le développement de certaines psychopathologies, rappelons ici les nombreuses recherches dont a fait l'objet le concept d'«Émotions exprimées» (E.E.) dans la famille (Miklowitz, 1994). Ce concept se rapporte à trois caractéristiques des échanges relationnels familiaux : l'hostilité, les critiques excessives et la surimplication émotionnelle. Dans une méta-analyse sur le sujet, Miklowitz (1994) fait ressortir que le taux de rechute de patients schizophrènes est nettement plus élevé dans les familles dont le taux d'émotions exprimées est à un haut niveau. C'est donc dire l'importance de tenir compte de la dimension émotionnelle dans l'intervention auprès des familles, en particulier pour les familles de jeunes psychotiques, dans le cas qui nous intéresse. Voyons maintenant l'étape suivante de la trajectoire de l'émotion dans le modèle d'attachement.

### Les modèles internes opérants

Le passage progressif d'un système comportemental d'attachement directement lié à la vie émotionnelle de l'enfant et rendu observable par un protocole expérimental, à un monde représentationnel qui n'est plus directement observable et appuyé sur les processus de pensée, résulte en la construction de ce que Bowlby (1969) appelle des

«modèles internes opérants». L'expérience des interactions avec les figures d'attachement devient intériorisée et demeure présente chez l'adulte comme modèle interne. L'enfant formerait simultanément un modèle de soi et un modèle d'autrui. Le modèle de soi correspondrait à une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé, alors que le modèle d'autrui renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins (Guedeney et Guedeney, 2006). Les structures implicites ainsi construites produisent des attentes au sujet de soi et des autres, permettent d'anticiper les réactions d'autrui et régularisent les réponses dans les interactions interpersonnelles subséquentes. C'est ainsi qu'une représentation de l'autre comme étant menaçante pour soi, rejetante et intrusive va entraîner une réponse de méfiance et de mise à distance dans les relations interpersonnelles. On retrouve fréquemment ces caractéristiques relationnelles chez les personnes souffrant de psychose paranoïde.

Toujours selon Bowlby, on peut dire que les relations précoces d'attachement deviennent le prototype des relations ultérieures chez l'individu. À cet effet, George, Kaplan, et Main (1985), et Main, Kaplan, et Cassidy (1985) ont pu étudier à l'aide d'un questionnaire semi-structuré les représentations que les adultes avaient de leurs attachements de l'enfance, à partir des récits qu'ils en ont faits. Ces auteurs décrivent chez l'adulte des «états d'esprit» basés sur le modèle des «types d'attachement» observés chez le jeune enfant : sécure-autonome, insécure-préoccupé, insécure-détaché et insécure-désorganisé. Les états d'esprit sont en quelque sorte le monde

représentationnel formé à partir du système comportemental d'attachement de l'enfance, système relié directement à la vie émotionnelle. Le monde représentationnel repose sur la sémantisation et est plus ou moins détaché de la réalité vécue. La personne sécure manifeste une bonne cohérence entre les représentations qu'elle se fait de ses attachements et la réalité vécue. L'accès aux souvenirs et aux émotions est plutôt fluide. Le degré de cohérence des récits autobiographiques des personnes insécures est par contre faible. Les personnes anxieuses-préoccupées sont envahies par des souvenirs et un flot d'informations mal canalisées, alors que les personnes insécures-détachées sont coupées des souvenirs de leur enfance et que les personnes insécures-désorganisées ont des points de repère flous et embrouillés. Les auteurs concluent en l'importance du lien entre le monde émotionnel et le monde représentationnel. La distinction doit être claire entre les deux, ce qu'on retrouve chez la personne sécure.

La personne insécure au contraire manifeste des distorsions cognitivo-affectives plus ou moins marquées : soit qu'elle est envahie par sa vie émotionnelle (insécure-préoccupée), soit qu'elle la maintient trop à distance (insécure-détachée). On rejoint ici la formulation de Bowen (1984) sur la différenciation de soi, laquelle représente pour l'individu la distinction claire entre les aspects affectifs et cognitifs de sa personne. Il en sera question plus loin de façon davantage élaborée.

Johnson et Whiffen (2003) ajoutent finalement que les modèles internes sont formés, élaborés, maintenus et changés à travers la communication émotionnelle; ces

implications sont particulièrement importantes selon eux pour la situation thérapeutique qui vise le changement pour le mieux-être.

### La mentalisation, la fonction réflexive et la régulation de l'affect

Fonagy, Gergely, Jurist, et Target (2002) (cités par Gumley et Schwannauer, 2006) affirment que le développement de la mentalisation, la fonction réflexive et la régulation de l'affect deviennent intrinsèquement reliés au développement de l'autorégulation qui s'établit dans le contexte des relations étroites d'attachement. La mentalisation est alors définie comme le processus par lequel on arrive à la compréhension du fait que la pensée sert de médiateur entre soi et le monde à travers la représentation mentale des états psychologiques. C'est en quelque sorte la «pensée de la pensée». La fonction réflexive décrirait alors les processus par lesquels cette «pensée de la pensée» est acquise; pendant l'enfance, cette fonction réflexive est assurée par les reflets appropriés que fait le parent des expressions intentionnelles et émotionnelles de son enfant. C'est donc dire que la capacité réflexive du parent facilite la capacité de mentalisation de l'enfant. Slade, Belsky, Aber, & Phelps (1999) affirment en ce sens que la sensibilité du parent envers les états intentionnels et émotionnels de l'enfant est l'un des meilleurs prédicteurs de l'attachement sécure. La fonction réflexive découlant de l'attachement sécure permet à l'adulte sécure d'aborder ses relations avec flexibilité et ouverture de telle sorte que l'information est communiquée sans distorsion ou censure excessive. L'adulte sécure est capable de refléter les états mentaux des autres, et s'y ajuster. Il établit facilement avec les autres une relation de confiance. Les états internes inconfortables peuvent être

expérimentés, l'ayant déjà été dans le contexte sécurisant d'un parent empathique; des stratégies visant à tolérer et contrôler l'affect négatif sont alors développées (Gumley et Schwannauer, 2006).

À l'opposé, dans la capacité réflexive du parent, il semble pertinent ici d'introduire la notion de «communication déviante» (C.D.), très étudiée en rapport avec la psychopathologie et en particulier avec la schizophrénie (Hendrick, 2002). La communication déviante présente des caractéristiques d'illogisme, de flou, d'ambiguïté et d'idiosyncrasie entre les membres de la famille; on y constate une perturbation de l'attention conjointe (se focaliser simultanément sur un même foyer d'attention) et de la production de sens. Ce type de communication semble être l'apanage des familles de patients souffrant de troubles psychiatriques graves (Hendrick, 2002).

Dans le contexte de l'attachement insécuré, il y a deux stratégies-clés disponibles permettant de régulariser l'affect et la détresse : minimiser l'affect (stratégies d'évitement) ou l'exagérer (stratégies d'ambivalence). Les stratégies d'évitement se manifesteront chez l'enfant par le rejet du parent, l'inhibition des sentiments de dépendance, et chez l'adulte par l'évitement des expériences d'attachement et par une capacité réduite d'empathie et d'ajustement à l'autre. Les stratégies d'ambivalence se manifesteront pour leur part chez l'enfant par une préoccupation très grande face aux figures d'attachement et par une accentuation de sa détresse : son système d'attachement est hyperactivé. Les stratégies d'ambivalence chez l'adulte seront caractérisées par une

préoccupation pour les figures ou expériences d'attachement, mais avec insécurité, rumination et détresse. Les thèmes d'abandon et de rejet sont fréquents (Gumley et Schwannauer, 2006). Les personnes insécures, trop préoccupées par leurs stratégies relationnelles, perçoivent mal les émotions d'autrui qu'elles confondent souvent avec leurs propres états internes.

Les paragraphes précédents ont mis en évidence l'importance de l'émotion dans l'établissement du type d'attachement que développera l'enfant dans la relation avec ses parents. Certains auteurs ont approfondi cette notion et en ont démontré le rôle primordial.

#### La primauté de l'affect

S'inspirant de la théorie de l'attachement, Wessler, Hankin et Stern (2001) affirment que les gens ont des habitudes émotionnelles qu'ils recherchent. Même si nous voyons le maintien et le rétablissement de l'attachement comme un renforcement primaire positif, c'est la familiarité et la sécurité de l'attachement primaire qui sont renforçatrices, peu importe si cet attachement est plaisant ou douloureux. Le plaisir *est* l'attachement lui-même, essentiellement. Si la douleur (une sensation) est familière à une personne, on peut alors dire qu'elle apporte du plaisir (une expérience émotionnelle); et si le plaisir (une sensation) est étranger à son mode habituel de se sentir, il deviendra alors douloureux et aversif (une expérience émotionnelle).

Toujours selon Wessler et al., la raison pour laquelle une personne recherche de façon répétitive la déception, l'échec, l'humiliation, etc., est qu'ils sont des sentiments familiers. La personne «n'aime pas» ces sentiments, mais en a «besoin» pour se redonner un sens de sécurité. La sensation douloureuse fournit une expérience émotionnelle de plaisir, et par le fait même un sens satisfaisant de sécurité.

En plus d'un niveau familial d'émotions récurrentes basées sur l'attachement, un certain ensemble d'émotions sont en lien avec la familiarité, le confort et la sécurité de l'attachement primaire. La familiarité découle d'expositions répétées pas seulement à certains événements, habituellement dans la famille, mais aussi à certains modèles d'émotions et d'interactions. Wessler et al. (2001) appellent ces expériences émotionnelles familières qui procurent un sentiment de sécurité des «affects personotypiques». Quand les affects personotypiques d'une personne sont négatifs (par exemple, la colère, l'anxiété, la tristesse), ils motivent la personne à rechercher, la plupart du temps inconsciemment, des expériences qui produisent des sentiments négatifs. La personne est «affamée» d'affects négatifs, mais familiers, et les recherche. Les affects personotypiques de base sont la honte, la colère et l'apitoiement.

Si la reviviscence des émotions récurrentes reliées à l'attachement est un de nos buts inconscients dans la vie, il n'y a pas seulement l'ensemble particulier d'émotions qui peuvent nous être familières et centrales, mais il y a aussi le niveau ou le degré d'émotions qui peuvent servir à définir qui nous sommes et comment nous nous relions

aux autres. Il apparaît clair que différentes familles ont différents degrés d'expressivité émotionnelle. La rage d'une famille peut être la tranquillité d'une autre. La tristesse et la culpabilité peuvent être la monnaie courante d'une famille alors que ces sentiments ne peuvent jamais être exprimés dans une autre (Wessler et al. 2001).

Wessler et al. (2001) affirment que chaque personne endosse naturellement le niveau émotionnel de sa famille. Par conséquent, elle a une règle de vie personnelle inconsciente qui lui prescrit comment elle devrait se sentir. Quand ses sentiments subjectifs émotionnels ne correspondent pas à ce niveau émotionnel, des processus automatiques sont activés pour ramener les sentiments de la personne à l'éventail prescrit autour de ce niveau. Les déviations en dessous de ce niveau, c'est-à-dire quand on se sent pire que ce que le niveau prescrit, sont corrigées par certaines actions ou pensées élévatrices de l'humeur. Ces dernières sont communément connues comme étant les défenses.

Les défenses psychologiques sont simplement des processus automatiques qui retournent l'état émotionnel d'une personne à son niveau familial. En éliminant de la conscience certaines pensées et perceptions émotionnellement douloureuses, en distorsionnant des perceptions pour diminuer leur impact émotionnel ou en anticipant des situations émotionnellement souffrantes, nous pouvons préserver notre niveau émotionnel. L'évitement phobique est un exemple de défense consciente pour éviter de

dévier de son niveau émotionnel familial. Le refuge dans le délire pour les personnes souffrant de psychose en serait une autre.

De façon inverse, quand nos sentiments excèdent le niveau émotionnel, c'est-à-dire quand on se sent trop bien, les processus automatiques se mettent en branle pour nous retourner à notre état familial (donc sécuritaire). Nous cherchons à avoir des expériences quand nous nous sentons trop bien. Ce n'est pas parce que nous sommes masochistes ou que nous avons «besoin» de ces sentiments négatifs. C'est la familiarité du niveau émotionnel, et des sentiments qui y sont associés, qui est renforçatrice, et non pas le plaisir ou la douleur que le niveau émotionnel apporte. Ceci explique les luttes qu'on voit souvent en thérapie quand des clients atteignent un changement et retournent alors à leurs vieilles manières de se sentir, de penser et de se comporter. Le même phénomène se produit en thérapie cognitive quand la personne comprend très bien que ses pensées automatiques sont irrationnelles et qu'elle devrait les changer pour des pensées plus saines, mais qu'elle n'y arrive tout simplement pas. Cet écueil est maintes fois rencontré dans l'intervention cognitive du traitement des idées délirantes chez la personne souffrant de psychose : la personne renforce ses croyances délirantes plutôt que de se rendre à l'évidence de leur irrationalité.

Wessler et al. (2001) croient de plus que des «règles personnelles de vie» deviennent associées aux expériences affectives familiales habituelles; ces règles sont prescriptives, appelées ailleurs règles morales, et spécifient comment une personne

*devrait* agir et comment les autres *devraient* agir. Elles sont des croyances à propos de la bonne conduite et des comportements appropriés, des versions personnelles des principes moraux et des valeurs sociales. Elles forment les bases pour évaluer une personne et les autres et incluent des règles telles que «Je dois travailler dur pour me considérer comme une bonne personne» ou «Je dois me protéger du monde dangereux». Les règles prescriptives sont impliquées dans le processus affectif. La honte, la culpabilité, la colère, le remords, la méfiance et la jalousie sont quelques émotions impliquant des évaluations de soi-même et des autres, des évaluations qui sont basées sur les valeurs personnelles. Ces règles prévaudront dans les choix de vie, peu importe leur degré d'adaptabilité. C'est ainsi que les affects «mangent» la cognition; nous invalidons inconsciemment les règles qui sont inconsistantes avec les affects familiaux.

Ce modèle de cognition-vers-l'affect personotypique n'est seulement qu'une séquence possible. Une autre séquence est que le besoin de revivre l'affect personotypique est comblé en ayant un sentiment familial durable, qui est ensuite suivi par des pensées qui sont «recrutées» au service de ce sentiment (Westen, 1985). En d'autres termes, nous devons justifier nos sentiments en ayant certaines pensées qui sont appropriées pour ces sentiments. Nous ne pouvons pas juste nous sentir anxieux; nous devons nous sentir anxieux *à propos* de quelque chose et ainsi notre esprit cherche quelque chose à penser qui soit effrayant. De façon similaire, nous ne pouvons pas juste nous sentir méfiants; nous devons être méfiants *envers* quelque chose ou quelqu'un pour une raison particulière. Qu'il suffise de penser ici au cercle vicieux de la construction

délirante chez la personne psychotique : « je me sens méfiant, je justifie cette méfiance par des croyances sur les gens, ces croyances m'amènent à me sentir méfiant » et... le processus recommence.

Ces croyances, appelées *cognitions justificatives* ne sont pas basées sur la réalité; *elles sont basées sur les émotions*. La personne sait et admet que ce qu'elle croit n'est pas factuel, mais conserve néanmoins cette croyance. Ainsi, ces cognitions ne peuvent être contestées de la façon habituelle en thérapie cognitive parce que la personne les croit, mais sait qu'elles sont fausses. En termes plus exacts, la personne sait *logiquement* que ces cognitions sont fausses, mais les *ressent* comme étant vraies. Nous appelons ce type de sentiment *logique ressentie*, en opposition à la logique rationnelle.

Une importante implication de la solidité des croyances et leur résistance au changement est qu'il est difficile de changer l'esprit de quelqu'un et encore plus difficile de changer le sien. *Nous sommes beaucoup plus motivés par un sens de sécurité que par un besoin d'avoir des informations correctes*. Quand nos pensées sont déclenchées par nos émotions, recrutées bien sûr par ces mêmes émotions de façon à les justifier, aucun rassemblement de faits ou d'arguments persuasifs ne peuvent les ébranler. Une autre approche est nécessaire, qui devrait tenir compte de ces éléments. Nous y reviendrons plus loin.

La recherche de sécurité devient la source de plusieurs comportements apparemment illogiques qu'on est porté à étiqueter comme des «mises en échec» personnelles, alors qu'ils ne sont qu'actions visant à influencer l'environnement social d'une personne et dont les réponses provoquent les affects personotypiques recherchés, confirment les règles personnelles de la personne et provoquent en elle un sentiment de sécurité. C'est ainsi que les motivations d'une personne à répéter les cycles mésadaptatifs interpersonnels sont générées activement par une recherche visant à réexpérimenter l'affect personotypique basé sur l'attachement. Malheureusement, ces cycles mésadaptatifs résultent souvent en psychopathologie.

#### L'attachement et la psychopathologie

On l'a vu plus haut, les expériences interpersonnelles précoces influencent la personnalité de l'individu et son fonctionnement psychosocial ultérieur. Bowlby lui-même (1988) affirme que l'attachement insécuré augmente la vulnérabilité à développer une psychopathologie à l'âge adulte. Les représentations mentales problématiques qui se sont formées dans le contexte des liens d'attachement sont conservées une fois qu'elles se sont élaborées et contribuent plus tard au maintien de la personnalité mal ajustée. Il apparaît que l'association entre les expériences précoces d'attachement et le fonctionnement interpersonnel adulte, et conséquemment la psychopathologie, s'effectue à travers les modèles internes opérants sous-tendant les processus de la régulation de l'affect, l'adaptation comportementale et le fonctionnement de la pensée. En particulier, l'influence de l'attachement insécuré ou désorganisé sur les manifestations ultérieures

mésadaptées ou problématiques se manifeste à travers la principale variable de l'auto-régulation et du fonctionnement de la pensée, en combinaison avec un certain nombre de facteurs de risque externes (Gumley et Schwannauer, 2006). Dans le même ordre d'idées, et pour illustrer ce propos, Fonagy et al. (2002) croient que les personnes ayant vécu des traumatismes dans leur enfance et ayant développé un style d'attachement insécure inhiberaient leur capacité de mentalisation afin de se protéger de la conscience douloureuse que la figure d'attachement leur veut du mal. Cette inhibition de la capacité de mentalisation a d'ailleurs été maintes fois constatée à l'intérieur du groupe d'habiletés cognitives du programme pour jeunes psychotiques, où les participants présentaient beaucoup de difficultés à décrire leurs «pensées», s'exprimant plutôt en termes factuels et concrets.

À la lumière de ce qui précède sur les mécanismes de l'attachement, il semble que l'évitement et la résistance, fréquemment observés comme stratégies d'adaptation dans la psychose, peuvent être alternativement construits comme stratégies autoprotectrices dans les contextes interpersonnels intenses. Si le modèle interne opérant de l'individu est insécure, il peut soit se mettre en retrait des autres (accentuant ainsi la représentation de soi relativement à celle des autres : style évitant), soit gonfler de façon protectrice les représentations des autres (style préoccupé). Les deux stratégies rendent possible la séparation de la représentation des autres de la représentation de soi. Kobak et Sceery (1988), cités par Gumley et Schwannauer (2006) ont confirmé cette association théorique entre les styles d'attachement chez les adolescents et leurs stratégies de

régulation de l'affect. L'attachement évitant fut associé au déni de la détresse émotionnelle, le rejet du support parental et une perception hostile des autres. L'attachement préoccupé fut associé à une détresse élevée et à des habiletés interpersonnelles pauvres. Dans leur étude mettant en lien l'état de pensée des adolescents avec l'attachement et la psychopathologie, Resenstein et Horowitz (1996) quant à eux rapportent un lien consistant entre les stratégies de l'attachement et la vulnérabilité aux symptômes psychiatriques : l'organisation de l'attachement évitant est reliée aux stratégies minimisant la détresse et à un rejet des figures d'attachement, alors que l'attachement préoccupé est lié à des affects négatifs souvent exagérés. Harrop et Trower (2001) pour leur part rappellent qu'un enjeu crucial de l'adolescence est la lutte pour l'autonomie et qu'un développement trop précoce de l'autonomie ou un échec à l'atteindre est un facteur de risque potentiel pour l'apparition de la psychose.

Dans le même ordre d'idées, des recherches rapportées par Gumley et Schwannauer (2006) illustrent le lien entre le style d'attachement et certains troubles mentaux. Dozier et Kobak (1992), par exemple, ont trouvé que les personnes souffrant de schizophrénie se relient aux autres avec des styles d'attachement plus évitants que ceux des personnes souffrant d'un désordre affectif. Dans une étude ultérieure, Dozier et Tyrrell (1997), ont investigué les différentes formes d'attachement chez des personnes souffrant de désordre bipolaire, de désordre schizo-affectif et de schizophrénie. Il en est ressorti que la majorité des sujets schizophrènes avaient un style d'attachement évitant ou désorganisé. On peut faire la relation ici entre le style d'attachement évitant de la

personne schizophrène et le style de cohésion «désengagé» retrouvé chez les patients du programme pour jeunes psychotiques. La même relation peut se faire avec le type de cohésion présenté par les familles du programme qui se situent dans la catégorie «séparé». Devant cette similitude de type de lien entre le patient et sa famille, il apparaît pertinent d'explorer le rôle de la famille dans l'établissement de la relation d'attachement.

#### Rôle de la famille dans la formation de la relation d'attachement

La relation d'attachement n'existe pas d'elle-même et en elle-même. Elle s'insère dans d'autres relations, telles que les relations familiales. Elle est aussi influencée par d'autres relations dans la famille, comme celle de la dyade parentale et celles de la fratrie. Swanson Cain (2006) s'est intéressée au rôle de la famille dans le développement de la relation d'attachement. Elle affirme que la famille joue un rôle vital dans la compréhension parentale de la perception du développement social et émotionnel de l'enfant. La famille remplit une variété de fonctions impliquant le parent et l'enfant : la socialisation, l'affection, le soutien économique, les soins de santé, l'entretien domestique, les loisirs et l'identification. C'est dans le contexte familial que l'enfant apprend le monde des émotions et les réponses sociales. Les routines quotidiennes lui montrent les règles qui guident et dirigent l'autorégulation, lui permettent l'apprentissage des attentes de la famille et lui donnent l'occasion de pratiquer la coopération, la résolution de conflits et la résolution de problèmes.

L'enfant construit de plus son sentiment de soi en conjonction avec les rôles des autres membres de la famille. Satir (1988) affirme que, parmi les nombreux rôles définis par les interactions des membres de la famille, l'enfant adoptera celui qu'aucun autre ne joue, afin de se différencier des autres, même si ce rôle est négatif. Elle ajoute que le concept de soi d'un enfant peut se construire en complémentarité des personnalités des autres et non à partir des modèles significatifs dans la famille.

Quand ils définissent la notion de «règle personnelle de vie», Wessler et al. (2001), quant à eux, font référence aux propres systèmes de valeur et règles de vie qu'ont les familles, à leurs attentes, modèles de pensée, émotions et comportements, et à leurs perceptions du rôle que chacun doit jouer dans le système familial. Tout ceci se combine pour définir et renforcer l'attachement de l'individu au monde autour de lui. Les règles personnelles de vie d'une famille, ou mythologie familiale, forment le réseau collectif de croyances qui se transmet des parents aux enfants. Un client, par exemple, grandit dans une famille qui croit qu'on peut réussir seulement en échouant. De telle sorte que pour lui, réussir actuellement entraînerait un retrait de la famille, et du père en particulier. Réussir cause une anxiété énorme et une dissonance cognitive chez le client. Il sabote inévitablement son propre succès, ou il interprète un succès comme un échec à maintenir le système de croyance de la famille, sa loyauté à la famille et la qualité de son attachement. De plus, le mythe personnel de l'individu, composé de cognitions justificatives, lui donne une connexion avec sa famille qui, en retour, supporte cette vision de lui-même et renforce l'idée qu'il n'est pas de taille face à cette tâche. La façon

de rester attaché émotionnellement à sa famille – et de se sentir en sécurité - est de se présenter lui-même comme inadéquat, non méritant et comme «dépassé» par un monde trop difficile pour y faire face.

Les attentes et autres messages de la famille deviennent absorbés à travers le temps. Comme d'autres formes de propagande, ils peuvent contenir peu de vérité. Leur simple répétition à travers le temps contribue à les enfoncer dans le cerveau, où ils forment une partie du système de réponse automatique. Les attentes répétées de la famille forment graduellement le gabarit de l'attachement et des attentes générales concernant soi-même et le monde. Il n'est pas nécessaire d'en être conscient pour que ces règles soient puissantes dans la formation du comportement. Les gens les suivent simplement de façon automatique et sans réfléchir, et se sentent étrangement inconfortables quand ils n'agissent pas de façon consistante avec elles (Wessler et al. 2001). Leur sécurité est ébranlée. Voyons à ce sujet comment le contexte familial peut contribuer ou non à favoriser cette sécurité.

#### La base familiale de sécurité

Étant donné qu'une des fonctions premières de la famille est d'assurer la protection, la sécurité de ses membres, de même que la régulation affective et émotionnelle qui sous-tend les échanges, il apparaît important selon Delage (2005) de décrire une «base familiale de sécurité» dans ce contexte. Cette base familiale de sécurité a été définie par Byng-Hall (1995) comme étant la capacité de la famille à

mettre en œuvre les solidarités susceptibles d'aider ses membres lors des difficultés rencontrées au cours de l'existence. Elle suppose de la part des adultes un bon niveau de confiance dans leur relation conjugale, et un bon niveau de collaboration et d'entraide dans les soins nourriciers et éducatifs. Les enfants doivent être capables d'échanger avec leurs parents et reconnaître leur autorité. Sur le plan des relations, on doit y retrouver des communications et des attentes claires, de même que des limites bien posées dans le respect mutuel. Delage (2005) ajoute que la base de sécurité est fortement sollicitée dans certaines situations clés : maladies, décès, étapes du cycle de vie familiale (par les problématiques de séparation qu'elles impliquent).

Toujours selon Delage (2005), la base familiale de sécurité serait la résultante d'une combinatoire complexe entre les modèles internes d'attachement construits par chacun des membres de la famille et les «styles relationnels d'attachement» déployés entre les partenaires et organisés en «scénarios transactionnels» tels que définis par Byng-Hall (1995). Delage affirme que les styles relationnels d'attachement sont en rapport direct avec la distance relationnelle entre les membres de la famille, c'est-à-dire avec le niveau de cohésion familiale. Il réfère ici à la typologie de Minuchin (1979) pour définir les styles relationnels reliés à la cohésion familiale. La typologie telle que définie par Minuchin correspond à celle du modèle circomplexe de Olson, utilisé dans le présent essai. Rappelons à cet effet que les familles évaluées dans le programme pour jeunes psychotiques se situent dans la catégorie «séparé» de la cohésion familiale alors que le patient est dans la catégorie «désengagé».

Selon Minuchin, la famille «flexible» au plan de l'adaptation permettrait aux partenaires adultes d'établir des styles relationnels sécurés, et la résilience et le réconfort seraient présents dans les situations difficiles. Les attachements n'y seraient pas problématiques. La famille «désengagée» est caractérisée par des distances relationnelles trop grandes entre ses membres en raison de styles relationnels d'attachement insécures de type «évitant, détaché». Minuchin définit aussi la famille «intriquée», «enchevêtrée» dans laquelle l'insécurité relationnelle est dominée par l'anxiété et des styles d'attachement préoccupé entre les partenaires. La distance relationnelle y est trop faible, enfermant les membres dans des liens d'interdépendance. La famille «chaotique» quant à elle est une famille caractérisée par la désorganisation des attachements, résultant des attachements désorganisés des partenaires adultes ayant vécu des souffrances affectives majeures dans leur enfance. Delage (2005) mentionne que dans les «trois derniers types de famille, les situations stressantes, qu'elles proviennent de l'extérieur ou de l'intérieur de la famille, aggravent la dysfonctionnalité, tandis que la base familiale de sécurité risque d'être mise en défaut. Une menace vitale pèse alors sur la famille résultant en une rigidification défensive des relations, ou l'éclatement dans une rupture des liens». Les familles étudiées dans le présent essai font partie d'une de ces dernières catégories (type plutôt désengagé). Elles sont à risque de dysfonctionnalité, si l'on réfère à Delage.

Comme il a été illustré précédemment, l'émotion joue un rôle déterminant dans les liens d'attachement. L'émotion peut envahir l'intellect de la personne, de telle sorte que

la logique ressentie prend le pas sur la logique rationnelle. D'autre part, l'émotion de l'individu n'est pas étrangère au monde émotionnel de sa famille, elle y est même fortement reliée et s'inscrit dans un contexte relationnel tissé sur plusieurs générations. Le chapitre suivant portera une attention particulière à ces deux aspects : la distinction entre les modes émotionnels et intellectuels de l'individu à travers la théorie de la différenciation de soi, et les implications émotionnelles de la transmission transgénérationnelle à travers la théorie de l'éthique relationnelle.

## *Chapitre 4*

### La différenciation de soi et l'éthique relationnelle

On l'a vu précédemment, la relation d'attachement est empreinte d'émotion. Ce bagage émotionnel que possède l'individu s'inscrit dans le lien qu'il a développé avec ses parents et une partie de ce bagage peut même lui être transmis des générations précédentes. Cette dimension transgénérationnelle du lien d'attachement sera maintenant présentée à travers deux notions importantes : celle de la différenciation de soi et celle de l'éthique relationnelle.

#### La différenciation de soi

La notion de différenciation de soi (Bowen, 1984) a déjà été évoquée plus haut quand il fut question de la distinction entre les domaines émotif et rationnel de la personne, dans la section sur les modèles internes opérants de la théorie de l'attachement. Il fut mentionné qu'un attachement sécure se manifeste par une distinction claire entre les deux domaines, alors que dans l'attachement insécure, il y a souvent confusion entre les deux. Bowen (1978), dans sa *Théorie des systèmes familiaux*, parle des liens essentiels qui maintiennent la part émotive de tout individu dans une fusion jamais totalement résolue avec sa famille d'origine. Des taux variables de différenciation caractérisent les familles et leurs membres. Tout individu fait partie d'un «système émotif», c'est-à-dire d'une unité émotionnelle d'individus qui, en vertu du temps passé ensemble, sont impliqués dans des relations significatives. Les

émotions et les sentiments circulent de l'un à l'autre à travers des patterns de réactions émotionnelles – distance, conflit, sous-fonctionnement ou sur-fonctionnement – ou triangulation. Les individus se retrouvent quelque part sur un spectre théorique de différenciation, dépendant de leurs attachements émotionnels non résolus avec leur famille d'origine. La différenciation de soi comprend aussi le degré d'indépendance des systèmes émotionnel et rationnel d'une personne, de telle sorte que l'intellect de la personne est autonome des forces émotionnelles automatiques qui l'habitent (forces qui sont souvent reliées au soi familial indifférencié, de type fusionnel). Bowen (1984) définit alors la maturité émotionnelle comme la capacité de gérer la partie émotionnelle du soi.

Outre la différenciation de soi, une autre variable influence l'activité du système émotionnel humain : l'angoisse. Bowen (1984) définit l'angoisse comme la peur d'une menace réelle ou chronique qui s'applique à un état existant indépendamment de tout stimulus particulier (par exemple, la peur de ce qui risque d'arriver). L'angoisse est susceptible de se transmettre d'une génération à l'autre. Dans une même famille, chaque génération hérite donc du niveau d'angoisse chronique des générations précédentes. L'angoisse peut apparaître quand l'individu est incapable de se différencier par rapport à ses parents. Un autre concept important de la théorie de Bowen (1984) est la «triangulation» : chaque fois qu'un système familial dépasse un certain seuil d'angoisse, les relations duelles sont remplacées par des relations à trois participants. La tension trop forte entre deux individus est déviée à travers un troisième pour former un triangle.

Ce troisième membre devient porteur de l'angoisse de quelqu'un d'autre. À l'intérieur d'une même famille, différents triangles se forment et se dissolvent de façon récurrente. Quand le système n'est pas trop angoissé, les triangles peuvent rester invisibles et ne se manifester qu'à l'accroissement de l'angoisse. Selon Bowen (1984), l'individu atteint un plus grand degré de différenciation de soi en se «dé-triangulant», c'est-à-dire en se coupant des liens où il se trouve coincé entre deux autres membres de la famille. L'individu non différencié a plus de chances de développer des symptômes, anxiété, dépression, alcoolisme, somatisation ou psychose.

Bowen (1988) a illustré sa notion de différenciation de soi par une échelle théorique qui va du plus bas niveau de différenciation de soi, qui est le «0» de l'échelle jusqu'au plus haut niveau possible qui est le «100» sur l'échelle (figure 2 à la page suivante). Le degré de non-différenciation de soi d'une personne est en corrélation directe avec le degré de fusion émotionnelle de cette personne avec le soi commun des autres.

### L'éthique relationnelle

L'évocation faite plus haut de la transmission transgénérationnelle du vécu émotionnel dans les familles nous amène à considérer une autre variable importante dans les liens interpersonnels : celle de l'éthique relationnelle, réalité basique de toute relation. Cette notion a été développée par Boszormenyi-Nagy et Ulrich (1981) dans le cadre de leur thérapie contextuelle. Le contexte dont il est ici question est le fil

organique tissé dans les relations entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent; il concerne les relations actuelles, passées et futures. Toutes les personnes liées par leur relation mutuelle sont sujettes des conséquences de cette relation.

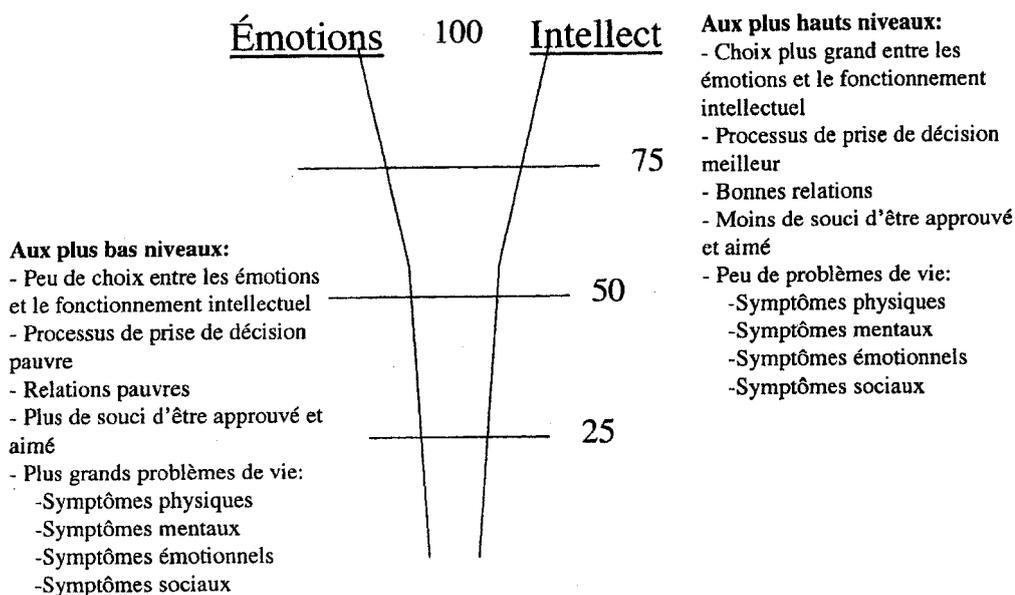


Figure 2 Échelle de différenciation de soi de Bowen

L'éthique relationnelle concerne la responsabilité et la justice dans les relations et assure leur viabilité. Selon Boszormenyi-Nagy et Krasner (1986), tout être humain impliqué dans une relation recherche l'équilibre entre le donner et le recevoir. Si cet équilibre existe, la relation est digne de confiance. On peut faire le lien ici avec l'attachement sécure, à l'intérieur duquel on ressent la certitude qu'on recevra ce dont on a besoin. S'il y a déséquilibre entre le donner et le recevoir, naît un sentiment d'injustice relationnelle, laquelle nuit à la capacité de l'enfant d'apprécier l'équité de ses relations ultérieures. L'éthique relationnelle ajoute donc un élément de circularité dans

l'attachement. C'est ainsi que les partenaires impliqués dans la relation acquièrent du mérite en donnant et contractent des dettes en recevant. Boszormenyi-Nagy et Krasner utilisent la métaphore du «grand livre de comptes» affectif pour illustrer la nécessité de la justice relationnelle.

La légitimité est un autre concept développé par Boszormenyi-Nagy (1987). Toujours dans un souci de justice relationnelle, on veut rétablir l'équilibre en tentant de rajuster dans une génération ultérieure ce qui a été déséquilibré dans une génération antérieure. La légitimité peut prendre deux formes : constructive ou destructrice. Dans le premier cas, les parents qui eux-mêmes ont reçu une éducation adéquate seront en mesure d'éduquer, de guider et de supporter le développement de leurs propres enfants ; ils vont ainsi acquérir du mérite et ainsi gagner un droit constructif dont vont ultimement bénéficier leurs descendants autant qu'eux-mêmes. Dans le second cas, les enfants, lésés dans leur droit de recevoir (injustice relationnelle), recherchent une restitution ou une compensation dans la génération suivante, en se positionnant dans le «recevoir» relationnel avec leurs propres enfants. Cette compensation peut prendre diverses formes : violence, inceste, paranoïa, etc.... Cette spirale destructrice peut se perpétuer de génération en génération, si l'injustice relationnelle n'est jamais reconnue.

Reconnaître l'injustice relationnelle permet de se libérer de «legs» venant des générations antérieures. Par sa «partialité multidirigée», le thérapeute contextuel invite toutes les personnes concernées par l'injustice (qu'elles soient ou non à la source du

mal) d'exprimer leur propre vision de cette injustice relationnelle. L'expression de l'expérience émotionnelle de chacun, introduit chacun dans un processus d'«exonération». À travers ce processus, on peut voir les intentions positives et les cas de loyauté intergénérationnelle derrière le comportement des membres des générations précédentes. Si le comportement destructeur pour le client peut être vu dans un contexte humain, l'exonération se produit, relâchant ainsi l'emprise du comportement passé sur le client.

La perspective multigénérationnelle de l'approche contextuelle apparaît particulièrement indiquée auprès des familles de jeunes psychotiques impliquées dans le programme faisant l'objet du présent essai. En effet, comme le dit Boszormenyi-Nagy (1981) (cité par Michard, 2005), «La parole de l'éthique relationnelle est le dernier langage qui résiste au délire». Il est reconnu que les constructions délirantes de la personne souffrant de psychose s'inscrivent souvent comme une défense contre des émotions trop lourdes à vivre. Un travail thérapeutique sur ces émotions, à l'intérieur du contexte où elles ont émergé, où elles se sont transmises, où elles ont été captées et où elles se vivent, peut s'avérer bénéfique pour les patients et leur famille. Différentes modalités thérapeutiques permettant d'accéder au contenu émotionnel transgénérationnel ont été retenues comme applications éventuelles auprès des familles du programme pour jeunes psychotiques. Il s'agit du génogramme et du blason familial. Ces modalités sont décrites dans le chapitre suivant.

## *Chapitre 5*

### Le génogramme et le blason familial

Deux instruments thérapeutiques seront présentés dans la présente section, ces deux instruments servant à la fois des visées d'évaluation et d'intervention auprès des familles en thérapie. Il s'agit du génogramme et du blason familial. Chacun de ces outils explore le vécu de la famille sur plus d'une génération, permettant d'identifier les «legs» transgénérationnels. Chacun tente aussi de définir les types de liens existant entre les membres.

### Le génogramme

Le génogramme est un graphique représentant une constellation familiale sur plusieurs niveaux générationnels. C'est d'abord Bowen (1978) qui a développé le «diagramme familial» afin d'explorer les patterns familiaux multigénérationnels. La perspective de Bowen est alors de mettre l'accent sur la centralité de la famille d'origine et sur l'importance de s'y reconnecter afin de faciliter la terminaison des questions non réglées de son passé. Par la suite, Carter et McGoldrick (1980) ont poursuivi dans la même veine et ont systématisé l'instrument pour en faire un outil conventionnel et standardisé. Dans leur esprit et pour paraphraser Freud, le génogramme apparaît comme la voie royale conduisant à la compréhension systémique et au contexte multigénérationnel de la famille.

Un génogramme présente trois types d'information sur la famille. On y retrouve d'abord les faits de base, tels que: qui fait partie de la famille, les dates de naissance, de mariage, de déménagement, de maladie, de décès. Vient ensuite l'information concernant les caractéristiques de base et le niveau de fonctionnement des différents membres de la famille, tels que l'éducation, l'occupation, la santé physique et psychologique, les attributs importants, les talents, les succès et les échecs. Les patterns relationnels dans la famille sont finalement illustrés par des symboles caractéristiques représentant la plus ou moins grande proximité dans les liens entre les membres, les patterns de conflit ou de rupture.

Étant donné que le génogramme, comme outil d'intervention familiale, est construit par un des membres de la famille en présence des autres, tous ont accès en même temps à l'information présentée sous leurs yeux, permettant la circularisation de cette information. De plus, les faits symbolisés sur le génogramme offrent des indices pouvant faire ressortir les secrets et la mythologie de la famille, les legs transmis, les loyautés entre les membres. Tout ce matériel donne accès à ce que les familles tendent à obscurcir, à ce qui est douloureux ou embarrassant dans leur histoire. L'exploration du génogramme ouvre ainsi la voie à l'expression émotionnelle, dans un contexte sécurisant, celui de l'espace thérapeutique, le but étant de restaurer ou améliorer la «base familiale de sécurité».

### Le blason familial

Le blason familial (voir appendice C) fait partie de ce que Caillé et Rey (1994) appellent les «objets flottants» en thérapie familiale systémique. Ces objets flottants peuvent prendre la forme de conte systémique, de jeu symbolique, de sculpture, de masque, et deviennent des rituels thérapeutiques pour la famille qui les a co-crés avec le thérapeute. Ils représentent une façon utile et pertinente de «penser l'émotion» pour représenter ce qui est ressenti dans la famille (Rey, 2000).

Le blason à usage thérapeutique a donc une dominante émotionnelle. La consigne pour le construire est d'une grande simplicité : chaque membre présent de la famille est invité à remplir les cases d'un blason vide selon les indications du thérapeute, en précisant qu'il s'agit de confectionner, à partir des souvenirs et des représentations de chacun, un blason qui pourrait être celui de cette famille ici présente (Rey, 2000). Le blason familial renvoie aux modèles fondateurs, ceux qui identifient la famille comme unique et lui confèrent sa singularité. Autrement dit, il devient le support graphique des croyances partagées sur ce qu'est cette famille, sur son identité. Selon Rey, il n'y a pas d'identité sans mémoire, et il n'y a pas de mémoire sans émotion. À cet égard, la conception de Rey rejoint celle de Bowen quand elle dit que moins le degré d'autonomie et de différenciation de soi est élevé au sein d'un groupe, plus la mémoire collective va recouvrir la mémoire individuelle. Ceci se traduira par une carence ou un excès du sentiment de nostalgie avec des effets secondaires au niveau de la construction du temps dans le tissu narratif familial et sur les comportements qui en résultent. Par exemple,

l'excès de nostalgie tend à valoriser un passé idéalisé qui va envahir le présent et oblitérer l'avenir (temps sidéré) alors qu'une carence totale de nostalgie pousse à surinvestir le présent et le futur (temps accéléré).

Le blason joue donc avec le temps: tout d'abord, il demande dans les cases «*objet*» et «*devise*», de dessiner un objet emblématique de la famille puis d'imaginer quelle pourrait être sa maxime. L'emblème et la devise sont de l'ordre de l'intemporel et renvoient au temps mythique de la famille pensée par l'individu.

La case du passé invite à choisir, à sélectionner un personnage et/ou un événement qui appartiennent à l'histoire de la famille. Le temps est ici celui de la narration et rend lisibles quelques fils qui relient présent, reconstruction du passé et projection dans l'avenir.

Dans la case du présent, il s'agit de nommer les alliances, les ressources, les soutiens dont disposent actuellement les différents membres du groupe familial. C'est là une vaste question qui fait apparaître en creux les manques, les insuffisances, les conflits, les mésententes et toute la dialectique confiance/défiance/méfiance.

La case avenir concerne à la fois les missions dont chacun se sent investi et qui sont de l'ordre de l'appartenance et de la loyauté et les projets plus individualisés qui relèvent du sujet et de son autonomie. Cette case serait la plus difficile à remplir pour

les familles où il y a un excès de nostalgie, tel que défini plus haut. Qu'il suffise de rappeler ici le vide souvent présent face au futur de la personne nouvellement atteinte de psychose.

Le blason familial permet d'identifier les «émotions ratées» souvent reliées à des événements tragiques de l'histoire familiale. Dans ce contexte, ce qui a été éprouvé n'a pu trouver les conditions pour être représenté. Les émotions ratées deviennent donc comme des accrocs dans la trame mythique et se transforment en fardeau dans l'héritage familial. La réalisation du blason familial en thérapie aboutit à une narration de l'histoire qui inscrit en clair ces émotions enfouies. Le senti et le mental peuvent être réconciliés.

Les deux outils thérapeutiques ici présentés, le génogramme et le blason familial, pourraient être utilisés dans l'intervention auprès des familles de jeunes psychotiques. Rappelons que les résultats déjà obtenus concernant la cohésion familiale dans le groupe de familles situent les familles dans un type de lien «désengagé-séparé». D'autre part, la réflexion précédente sur l'attachement a fait ressortir les caractéristiques de l'attachement insécure qu'on retrouve chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de psychopathologie sévère : évitement des relations et difficulté de mentalisation, points de repère du monde représentationnel flous et embrouillés, recherche de l'affect personotypique familial. De plus, il a été illustré que la famille joue un rôle crucial dans l'établissement de la «base familiale de sécurité» et par le fait même dans le

développement d'un attachement sécure chez les membres qui la composent. Un travail thérapeutique favorisant la force des liens dans les familles du programme pour jeunes psychotiques pourrait en ce sens être bénéfique, de telle sorte que la famille puisse être un meilleur facteur de protection pour la personne souffrant de psychose. Le chapitre suivant décrira les modifications qui pourraient être apportées en ce sens au programme actuel, dans l'intervention faite auprès des familles.

## *Chapitre 6*

**Recommandations permettant d'améliorer l'intervention auprès  
des familles du programme pour jeunes psychotiques**

Il sera question dans la présente section de différentes propositions mises de l'avant pour tenter de bonifier l'intervention auprès des familles du programme pour jeunes psychotiques. Ces propositions visent le groupe de familles actuel, mais aussi le développement d'une modalité d'intervention supplémentaire à offrir aux familles inscrites au programme.

#### Le groupe de familles actuel

Le volet d'intervention pour les familles du programme pour jeunes psychotiques de la clinique externe du site Ste-Thérèse du CSSS de l'Énergie a été décrit dans le chapitre premier. Rappelons que l'intervention qui y est effectuée est principalement de type psychoéducatif. L'information transmise aux familles dans ce contexte demeure très pertinente et appréciée. Le volet «partage» avec les autres familles répond aussi à un réel besoin, souvent exprimé par les membres, et contribue à élargir à l'occasion le réseau social des familles impliquées. La partie évaluative de l'intervention permet quant à elle d'identifier certaines caractéristiques et ressources de la vie familiale. Le FACES-III est une des mesures d'évaluation qui sont administrées aux membres du groupe ; il permet de faire ressortir le niveau de cohésion et d'adaptabilité de la famille. La réflexion contenue dans le présent essai découle d'ailleurs des résultats obtenus par les différentes cohortes de familles faisant partie du programme depuis ses débuts. Cette

réflexion a conduit à la considération de la variable de l'attachement dans l'orientation éventuelle de l'intervention faite auprès du patient souffrant de psychose, de même qu'auprès de sa famille.

C'est dans cette optique qu'il serait utile d'ajouter un questionnaire sur l'attachement (voir Appendice D) et un autre sur la différenciation de soi (voir Appendice E) dans les mesures évaluatives proposées aux familles lors de la première séance du groupe de familles pour jeunes psychotiques.

Le questionnaire proposé pour mesurer l'attachement est le QAA (Le questionnaire de l'Attachement chez l'Adulte), traduction française de celui de Simpson (1990). La traduction du QAA a été réalisée par Bouthilier, Tremblay, Hamelin, Julien, & Scherzer (1996) et les résultats obtenus dans leur étude démontrent la validité et la fidélité du questionnaire de Simpson dans sa version française. Les corrélations entre les deux versions fluctuent entre .54 et .87. La cohérence interne est similaire entre les deux versions : les auteurs de la version anglaise obtiennent un coefficient alpha de Crombach de .81 pour l'échelle d'évitement et de .60 pour l'échelle d'anxiété, tandis que Bouthilier et al. obtiennent un coefficient alpha de Cromback de .72 pour l'échelle d'évitement et de .64 pour l'échelle d'anxiété. Les coefficients de fidélité test-retest sont tous significatifs ( $p < .01$ ) et varient de .37 à .71.

La différenciation de soi sera mesurée à l'aide d'une traduction maison du

questionnaire de Skowron et Friedlander (1998), The differentiation of self inventory (DSI). Le DSI est une mesure multidimensionnelle de différenciation qui met l'accent sur les relations significatives de l'adulte et les relations actuelles avec la famille d'origine. Il permet d'obtenir quatre sous-échelles : la réactivité émotionnelle, la distance réactive, la fusion avec les parents et la position JE. La réactivité émotionnelle caractérise la personne qui réagit fortement au plan émotif et sent les choses plus intensément que les autres. La distance réactive concerne la coupure émotionnelle plus ou moins grande envers les proches. La fusion avec les parents réfère à l'intrication émotionnelle et au manque de distance avec les parents ou les proches intimes. La position JE concerne l'intégrité personnelle, la force et la stabilité du moi, la confiance en soi.

La consistance interne du DSI rapporte des liens significatifs entre le score total au DSI et chacune des quatre sous-échelles (DSI = .88 ; réactivité émotionnelle = .83 ; distance réactive = .80 ; fusion avec les parents = .82 ; position JE = .80). La validité de construit a été testée en comparant le DSI à une mesure d'anxiété, le STAI-T ; les scores au DSI ont prédit de façon significative l'anxiété de trait telle que mesurée par le STAI-T ( $r = .64, p < .0001$ ). D'autres études ont permis la révision des sous-échelles du DSI, pour en arriver à la version finale actuelle.

Comme les autres instruments administrés, les questionnaires d'attachement et de différenciation de soi pourraient se réaliser au début et à la fin du groupe de familles. Les familles étant rencontrées en séance post-groupe pour la transmission des résultats

des différentes évaluations, la rétroaction ainsi obtenue pourrait sensibiliser les membres de la famille à leur mode d'attachement et à leur niveau de différenciation de soi et les entraîner dans une réflexion sur la dimension relationnelle de leur vie familiale. Ces informations supplémentaires sur leur mode relationnel pourraient aider les familles à répondre à la question qui leur est posée lors du bilan de la dernière séance de groupe «Avez-vous besoin d'une aide additionnelle ?». Cette aide additionnelle qui leur serait offerte pourrait prendre une forme spécifique et spécialisée : un suivi familial combinant l'intervention familiale individuelle à l'intervention multifamiliale. La modalité thérapeutique ainsi proposée sera présentée dans les paragraphes suivants.

#### Modalité d'intervention familiale à développer

On l'a vu plus haut, l'émotion est centrale à l'attachement, et la psychopathologie de l'émotion est en grande partie la psychopathologie des liens affectifs, de telle sorte que la personne ayant développé un mode d'attachement insécure, qui serait davantage évitant chez la personne souffrant de psychose, verrait son monde représentationnel coupé des émotions ayant contribué à le construire. Les distorsions cognitivo-affectives de la personne psychotique serviraient à maintenir à distance son monde émotionnel. Les nombreuses projections paranoïdes qu'elle manifeste permettent aussi de mettre l'accent sur l'extérieur plutôt que de ressentir. De plus, il semble que la personne endosse naturellement le niveau émotionnel de sa famille d'origine et qu'elle recherche la sécurité de l'affect personotypique qu'elle y a développé dans son lien d'attachement. Étant donné donc que l'émotion contribue largement à la psychopathologie, une

approche thérapeutique qui ne tient pas compte de la composante émotionnelle dans le phénomène psychotique passerait à côté d'une réalité fondamentale, à tout le moins. Les approches cognitives actuelles s'avèrent être les plus efficaces présentement dans le traitement des symptômes psychotiques, mais plusieurs personnes résistent au traitement, particulièrement celles aux prises avec un délire paranoïde. Le cognitif y est pris en compte, mais ne semble pas suffire. Une approche intégrant le monde émotionnel de l'individu, de même que celui de sa famille, est nécessaire.

La participation de la famille dans le traitement de la personne souffrant de psychose représente plusieurs avantages et apparaît comme une nécessité, quand on considère la dimension contextuelle de l'élaboration des liens d'attachement. On sait que l'individu participe au «programme» émotionnel de sa famille. S'il est peu différencié, le monde émotionnel collectif va recouvrir son monde émotionnel individuel. Il risque de porter, à l'intérieur de ce monde émotionnel collectif, des «legs» venant des générations antérieures. De plus, si la famille ne présente pas une «base familiale de sécurité» suffisante pour que l'individu s'y sente en confiance, le contexte familial devient une source de stress pour lui et particulièrement pour la personne souffrant de psychose (facteur de risque qui s'ajoute à d'autres agents stressseurs).

L'aide supplémentaire qui pourrait être offerte aux familles qui le désirent, après avoir participé au groupe de familles actuel, devrait cibler les éléments suivants. Tout d'abord, l'exploration du monde émotionnel de la famille : faire circuler l'information à

ce niveau, permettre l'expression émotive de chacun, faire ressortir les «trous» dans la narration de l'histoire familiale, souvent à l'origine d'émotions «ratées» dans le vécu collectif et individuel. Un autre aspect important à explorer est celui du contexte et de l'éthique relationnelle: les transactions interpersonnelles du donner et du recevoir, les phénomènes de triangulation dans les relations familiales, l'univers mythique de la famille, les événements marquants de l'histoire familiale.

Les deux outils thérapeutiques décrits plus haut serviront à l'exploration des éléments mentionnés dans le paragraphe précédent: le génogramme et le blason familial. Ils présentent tous les deux des particularités transgénérationnelles et facilitent aussi l'exploration du vécu émotionnel familial. Le partage en famille du matériel émergent de leur utilisation favorisera la mise en contexte de ce que chacun vit dans la famille; la place accordée à chacun installera des conditions favorables à la différenciation de soi. Il est à espérer que l'accès à son monde émotionnel dans un contexte thérapeutique sécurisant amènera la personne souffrant de psychose à se sentir moins menacée par ce vécu et à avoir moins besoin de se réfugier dans ses défenses psychotiques.

Le génogramme et le blason familial pourraient se réaliser dans le contexte de la thérapie familiale individuelle. L'exploration des émotions découlant de ces outils thérapeutiques sera facilitée par l'intimité liée à ce mode d'intervention. Des séances de thérapie multifamiliale pourront suivre, de type psychoéducatif, portant sur les

éléments théoriques des notions de différenciation de soi, d'attachement et d'éthique relationnelle. L'apport cognitif de ce type d'intervention serait sans doute très bénéfique pour permettre de dégager le monde rationnel du monde émotionnel, ceci pour chacun des individus faisant partie du système familial. Par ailleurs, le support apporté par le groupe apparaît un élément non négligeable dans le besoin qu'ont les familles de contrer l'isolement qui les menace dans le contexte stressant de la maladie. D'autres séances de thérapie familiale individuelle viendront compléter l'intervention, selon les besoins.

*Conclusion*

Un jeune homme de 26 ans atteint de schizophrénie paranoïde s'était suicidé. Son père dit à l'équipe traitante de son fils : «J'ai lu quelque part que les schizophrènes ont beaucoup besoin d'amour. C'est curieux, il n'y a jamais personne qui nous l'a dit...Vous devriez le dire aux familles. Je vais vous le dire, on a tous assassiné mon fils». Un ami proche de ce même jeune homme disait à sa mère peu de temps après l'événement : «Marc (nom fictif) ne sentait plus qu'on l'aimait... il n'a pas été assez patient». Les propos du père évoquent une prise de conscience douloureuse de l'importance vitale du lien affectif dans la famille. Ils rappellent en même temps pour les intervenants la pertinence de l'éducation faite aux familles en «souffrance du lien». Les propos de l'ami illustrent pour leur part l'isolement affectif et la détresse que peut vivre la personne aux prises avec la psychose.

Cette réalité est bien présente et actuelle parmi la clientèle rencontrée à l'intérieur du programme pour jeunes psychotiques. Les familles essaient de comprendre ce qui arrive dans le phénomène psychotique, se demandent comment aider leur proche, cherchent des réponses, entretiennent un espoir que la vie sera meilleure après la psychose. C'est dans cette optique d'une meilleure qualité de vie que l'intervention aux familles est offerte à la clinique externe et que les intervenants qui y oeuvrent cherchent à bonifier leurs interventions. Le présent essai a tenté dans la même foulée d'élaborer

un modèle d'intervention familiale le plus intégratif possible des réalités émotionnelles et relationnelles des familles ciblées par le programme pour jeunes psychotiques.

Les résultats obtenus au questionnaire d'Olson ont été le point de départ de l'élaboration du modèle proposé ici. La théorie de l'attachement a permis d'apporter un éclairage sur le type de lien identifié à partir des résultats obtenus au plan de la cohésion familiale. On a vu l'importance de l'attachement sécure dans le développement de l'individu et celle de la base familiale de sécurité dans la mise en place d'un contexte favorable à ce développement. Des conséquences de l'attachement insécure ont aussi été illustrées dans la présence de psychopathologie, en particulier dans la psychose. Le rôle crucial de l'émotion est ressorti clairement à travers tout ce parcours, de même que la perspective transgénérationnelle de sa transmission et de son vécu dans la famille. Il est apparu d'importance majeure de tenir compte de ce facteur dans l'intervention auprès des familles afin de permettre à chacun des membres de s'individualiser tout en restant relié. À cet égard, le génogramme et le blason familial semblent appropriés pour favoriser l'émergence et le partage du vécu émotionnel dans le contexte sécurisant de l'intervention familiale. L'ajout de la dimension psychoéducative à l'intervention s'adressera davantage au domaine rationnel de l'individu et facilitera le travail de mentalisation nécessaire à la différenciation du soi. De plus, les deux types d'intervention familiale - individuelle et de groupe - pourront mieux répondre aux besoins des familles : la dimension individuelle pour sauvegarder l'intimité familiale et la dimension de groupe pour favoriser le partage et le support mutuel.

On le sait, l'apparition d'un trouble ou d'une maladie chez un membre de la famille entraîne *ipso facto* des modifications dans son environnement familial et des perturbations au plan relationnel et affectif. Tous les membres de la famille sont concernés par la maladie d'un des leurs. C'est dans cette optique qu'on a compris l'importance, dans l'élaboration du programme pour jeunes psychotiques, d'inclure les familles dans le traitement. Comme le dit Ausloos (1995), «la famille possède l'information qui fera la différence entre la mort et la vie». L'information est présente dans la famille, mais elle peut être bloquée ou occultée. Le rôle du thérapeute familial dans cette perspective sera celui de faire re-circuler cette information pour que la famille favorise le plus possible la vie chez ses membres et de façon particulière, qu'elle devienne un facteur de protection pour le jeune aux prises avec la psychose.

## *Références*

## Références

- Ainsworth, M. D. S., Behar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès.
- Birchwood, M. (2000). The critical period for early intervention. Dans Birchwood, M., Fowler, D, & Jackson, C. (Éds), *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, Evidence and Interventions*, (pp. 28-63). Chichester : J. Wiley & Sons.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of contextual therapy : Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy, M.D.* New-York : Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. New-York : Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D. (1981). Contextuel family therapy. In Gurman, A. S. & Kniskern, D. P., *Handbbok of family therapy*. New-York : Brunner/Mazel.
- Bouthilier, D., Tremblay, N., Hamelin, F., Julien, D., & Scherzer, P. (1996). *Traduction et validation canadienne-française d'un questionnaire évaluant l'attachement chez l'adulte*. <http://www.cpa.ca/cjbsnew>.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New-York : Jason Aronson.
- Bowen, M. (1984). *La différenciation du soi*. Paris : E. S. F.
- Bowen, M. (1988). «An odyssey toward science», épilogue de *Family evaluation*, de Kerr, M. & Bowen, M., New-York : Norton and Co.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New-York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London : Routledge.
- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts. Improvisation and systems change*. New-York : Guilford Press.
- Caillé, P., & Rey, Y. (1994). *Les objets flottants. Au-delà de la parole en thérapie systémique*. Paris : E. S. F.
- Carter, E., & McGoldrick, M. (Éds). (1980). *The family life cycle*. New-York : Gardner.

- Clarke, J. (1984). *The family types of schizophrenics, neurotics and «normals»*. Thèse de doctorat inédite, University of Minnesota, St.Paul.
- CSSS de l'Énergie (mai 2001, révision novembre 2005). *Programme d'activités spécialisées à l'intention des jeunes psychotiques*. Programme semi-ambulatoire «Volet clinique externe» du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, Site Ste-Thérèse, Shawinigan.
- Delage, M. (2005). La thérapie du couple et de la famille revisitée à travers la théorie de l'attachement. *Thérapie familiale*, 26 (4), 407-425.
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Child development*, 63 (6), 1473-1480.
- Dozier, M., & Tyrrel, C. (1997). Attachment and communication among persons with serious psychopathological disorders. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 221-249). New-York : Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London : Karnac.
- Fowler, D., & Jackson, C. (Éds). (2000). *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester : J. Wiley & Sons.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The adult attachment interview*. Document inédit, University of California at Berkeley.
- Gleeson, J. F. M. & McGorry, P. D. (2004). *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2006). *L'attachement. Concepts et applications*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- Gumley, A. & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis*. New-York : John Wiley & Sons.
- Harrop, C., & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical psychology review*, 21 (2), 241-266.
- Hendrick, S. (2002). Familles de schizophrènes et perturbations de la communication. La «communication déviante». Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique. *Thérapie familiale*, 23, 4, 387-410.

- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy : Creating connection*. New York : Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. & Whiffen, V. E. (2003). *Attachment Processes in Couple and Family Therapy*. New-York : Guilford Publications.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New-York : Guilford Press.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence : working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 59, 135-146.
- Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F., Amias-Wilchesky, M., Assalian, P., Baril, M.-C. et al. (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale Tome I : Introduction et syndromes cliniques*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton & E. Waters (Éds), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66-104). *Monographs of the society for research in child development*, 50, Serial No. 209.
- McGorry, P. D. (2000). The scope for preventive strategies in early psychosis : logic, evidence and momentum. Dans M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson, (Éds), *Early intervention in psychosis*, (pp. 3-27). Chichester : John Wiley.
- Michard, P. (2005). *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy*. Bruxelles : de Boeck.
- Miklowitz, D. J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophrenic Bulletin*, 20, (1), 137-149.
- Mikulincer, M. (1997). Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1217-1230.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies and post-traumatic psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris : Delarge.
- Nicole, L., & Blondeau, C. (2005). Psychose et intervention précoce : État de la nation. *Prisme*, 45, 14-29.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex model: Validation studies FACES-III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. New-York : Haworth Press.
- Prange, M. E., Greenbaum, P. E., Silver, S. E., Friedman, R. M., Kutash, K., & Duchnowski, A. J. (1992). Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. *Journal of abnormal child psychology*, 20, 83-102.
- Rey, Y. (2000). Penser l'émotion en thérapie systémique: Le blason familial. *Thérapie familiale*, 21, 2, 141-154.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 244-253.
- Satir, V. (1988). *The new people making*. Mountain View, CA : Science & Behavior Books.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59, 971-980.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M., L. (1998). The differentiation of self inventory. Development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, 45, No. 3, 235-246.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J.L., & Phelps, J. L. (1999). Mothers' representations of their relationships with their toddlers: links to adult attachment and observed mothering. *Development psychology*, 35, 611-619.
- Swanson Cain, C. (2006). *Attachment disorders. Treatment strategies for traumatized children*. Lanham, Maryland : The Rowman & Little field Publishers.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communications in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

- Wessler, R., Hankin, S., & Stern, J. (2001). *Succeeding with difficult clients*. San Diego : Academic Press.
- Westen, D. (1985). *Self and society: narcissism, collectivism, and the development of morals*. Cambridge, England : Cambridge University Press.

*Appendice A*

Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie

## Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie

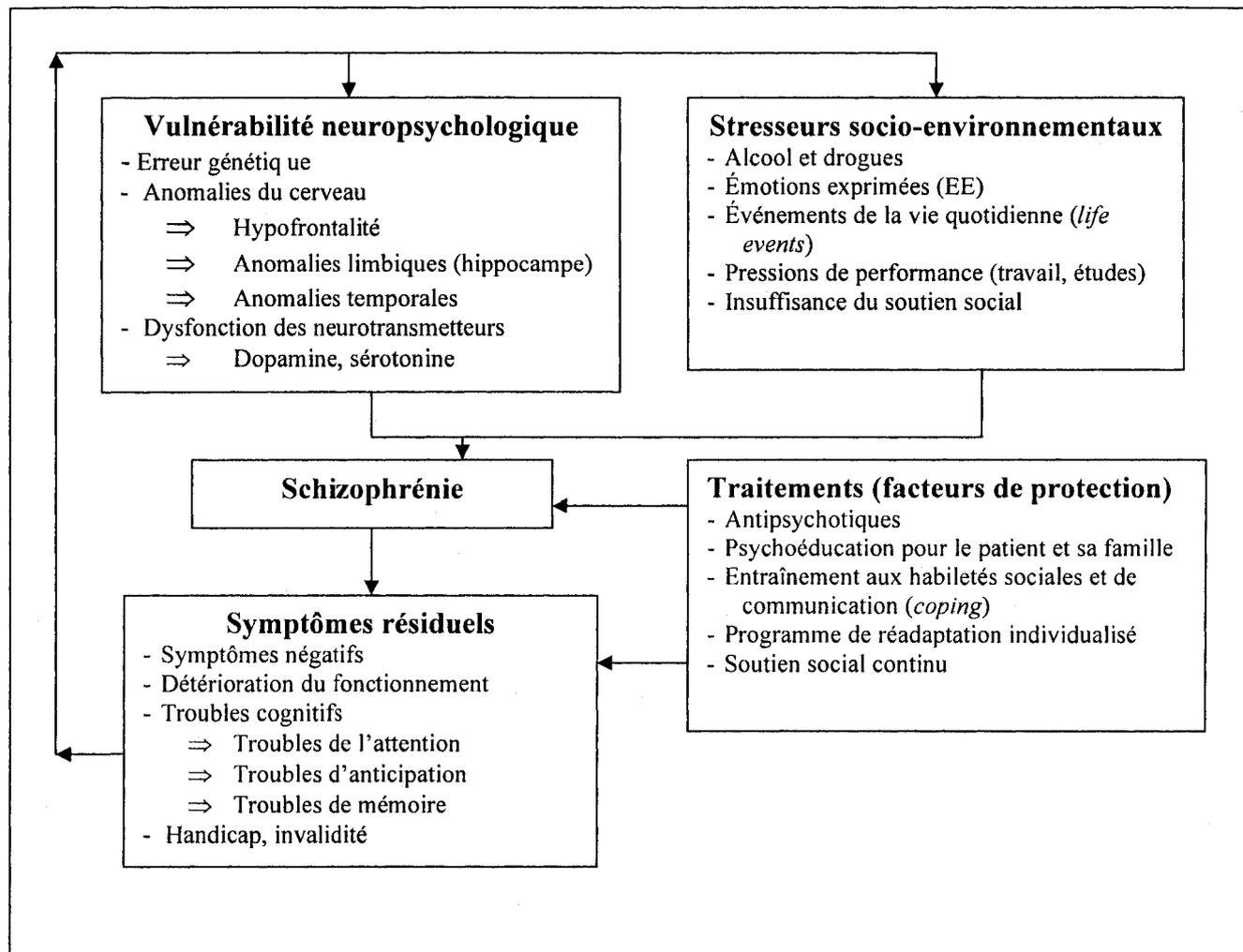


Tableau tiré de; LALONDE, P., AUBUT, J., GRUNBERG, F. et al. (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale Tome I: Introduction et syndromes cliniques*. Boucherville : Gaëtan Morin.

*Appendice B*

Le questionnaire Family Adaptation and Cohesion Scale version III (FACES-III)

Le questionnaire Family Adaptation and Cohesion Scale version III (FACES-III)

Décrivez votre famille (ceux qui vivent avec vous sous le même toit) en indiquant en marge le numéro de celle des cinq réponses qui vous paraît la plus adéquate.

- 1 = Presque jamais
- 2 = Rarement
- 3 = Parfois
- 4 = Fréquemment
- 5 = Presque toujours

DÉCRIEZ VOTRE FAMILLE MAINTENANT:

- \_\_\_\_\_ 1. Les membres de notre famille demandent de l'aide les uns aux autres.
- \_\_\_\_\_ 2. Quand on doit résoudre des problèmes, les suggestions des enfants sont suivies.
- \_\_\_\_\_ 3. Nous apprécions les amis de chacun d'entre nous.
- \_\_\_\_\_ 4. Les enfants ont leur mot à dire dans les questions de discipline qui les concernent.
- \_\_\_\_\_ 5. Nous n'aimons faire des choses qu'avec notre famille directe.
- \_\_\_\_\_ 6. Dans notre famille, différents membres jouent un rôle de chef.
- \_\_\_\_\_ 7. Les membres de notre famille se sentent plus proches les uns des autres que des personnes étrangères à la famille.
- \_\_\_\_\_ 8. Notre famille change sa façon de s'occuper des tâches.
- \_\_\_\_\_ 9. Les membres de notre famille aiment passer des moments de loisir ensemble.
- \_\_\_\_\_ 10. Les punitions se discutent entre parents et enfants.
- \_\_\_\_\_ 11. Les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres.
- \_\_\_\_\_ 12. Dans notre famille, les enfants prennent les décisions.
- \_\_\_\_\_ 13. Quand notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde est là.
- \_\_\_\_\_ 14. Les règles de vie en commun changent dans notre famille.
- \_\_\_\_\_ 15. Il nous est facile de trouver des choses à faire ensemble en famille.
- \_\_\_\_\_ 16. Nous faisons passer les responsabilités ménagères de l'un à l'autre..
- \_\_\_\_\_ 17. Les membres de la famille demandent l'avis des autres membres au sujet de leurs décisions.
- \_\_\_\_\_ 18. Il est difficile de déterminer qui dirige dans notre famille.
- \_\_\_\_\_ 19. L'unité de la famille est très importante.
- \_\_\_\_\_ 20. Il est difficile de savoir qui fait tel ou tel travail ménager.

*Appendice C*

**Le blason familial**

## Le blason familial

<b>Devise ou Maxime (de la famille)</b>	
<b>Passé</b>  Un personnage et/ou un événement qui ont marqué l'histoire familiale :	<b>Objet/Blason (dessin ou découpage)</b>  Emblème qui représente la famille :
<b>Présent</b>  Qui aide ou soutient qui?  Alliances et ressources actuelles :	<b>Avenir</b>  Missions (ce qui doit être accompli au niveau familial) :  Projets personnels :

*Appendice D*

Questionnaire de l'attachement chez l'adulte (QAA)

## QAA

Nous présentons ci-dessous 13 énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. Il s'agit d'évaluer les énoncés en vous demandant comment ils décrivent typiquement vos relations interpersonnelles en général. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

a) Je trouve cela assez facile de me rapprocher des autres.	1	2	3	4	5	6	7
b) Je ne suis pas très à l'aise d'avoir à dépendre d'autres personnes.	1	2	3	4	5	6	7
c) Je me sens à l'aise quand les autres dépendent de moi.	1	2	3	4	5	6	7
d) Je m'inquiète rarement d'être abandonné par les autres.	1	2	3	4	5	6	7
e) Je n'aime pas que les gens cherchent à être trop intimes avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
f) Je suis quelque peu mal à l'aise d'être trop intime avec les autres.	1	2	3	4	5	6	7
g) Je trouve cela difficile de faire totalement confiance aux autres.	1	2	3	4	5	6	7
h) Je suis nerveux lorsque quelqu'un se rapproche trop de moi.	1	2	3	4	5	6	7
i) Les autres désirent souvent que je sois plus intime que je me sens à l'aise de l'être.	1	2	3	4	5	6	7
j) Les autres sont souvent réticents à se rapprocher autant que je l'aimerais.	1	2	3	4	5	6	7
k) Je m'inquiète souvent que mon (ma ou mes) partenaire(s) ne m'aime (nt) pas vraiment.	1	2	3	4	5	6	7
l) Je m'inquiète rarement du fait que ma (mon ou mes) partenaire(s) me laisse (nt).	1	2	3	4	5	6	7
m) Je désire souvent me fondre avec les autres et ce désir les fait fuir parfois.	1	2	3	4	5	6	7

*Appendice E*

Inventaire de différenciation de soi

## Inventaire de différenciation de soi

Voici des questions concernant vos pensées et sentiments sur vous-mêmes et sur vos relations avec les autres. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez à quel point l'énoncé est *généralement vrai* pour vous sur une échelle de 1 (*pas du tout*) à 6 (*beaucoup*). Si vous croyez qu'un item ne s'applique pas à vous (par exemple, vous n'êtes pas marié ou en couple, ou un ou vos deux parents sont décédés), tentez de deviner à quel point ce serait vrai si cet énoncé s'appliquait à vous. Assurez-vous de répondre à chaque énoncé et essayez d'être aussi honnête et précis que possible dans vos réponses.

		Beaucoup		Pas du tout			
1.	Les gens ont remarqué que je suis hyperémotif.	1	2	3	4	5	6
2.	J'ai de la difficulté à exprimer mes sentiments à mes proches.	1	2	3	4	5	6
3.	Je me sens souvent inhibé auprès de ma famille.	1	2	3	4	5	6
4.	J'ai tendance à rester plutôt calme même lors des moments stressants.	1	2	3	4	5	6
5.	J'ai tendance à calmer ou régler les conflits entre deux de mes proches.	1	2	3	4	5	6
6.	Quand un proche me déçoit, je m'éloigne de lui pour un certain temps.	1	2	3	4	5	6
7.	Peu importe ce qui arrive dans ma vie, je sais que je ne perdrai jamais mon sens de qui je suis.	1	2	3	4	5	6
8.	J'ai tendance à prendre mes distances quand les gens s'approchent trop de moi.	1	2	3	4	5	6
9.	Il a été dit (ou pourrait être dit) de moi que je suis toujours très attaché à mes parents.	1	2	3	4	5	6
10.	Je souhaiterais ne pas être aussi émotif.	1	2	3	4	5	6
11.	Je ne change généralement pas mon comportement juste pour plaire à une autre personne.	1	2	3	4	5	6
12.	Mon époux(se) ou partenaire ne pourrait pas tolérer si je lui exprimais mes vrais sentiments à propos de certaines choses.	1	2	3	4	5	6
13.	À chaque fois qu'il y a un problème dans ma relation, je suis anxieux de le régler tout de suite.	1	2	3	4	5	6
14.	À certains moments, mes sentiments prennent le meilleur de moi et j'ai de la difficulté à penser clairement.	1	2	3	4	5	6
15.	Quand j'ai une dispute avec quelqu'un, je peux séparer mes pensées de mes sentiments sur le problème envers la personne.	1	2	3	4	5	6
16.	Je suis souvent inconfortable quand les gens sont trop proches de moi.	1	2	3	4	5	6

17.	Il est important pour moi de garder contact avec mes parents régulièrement.	1	2	3	4	5	6
18.	Parfois, je me sens comme si j'étais dans une montagne russe émotionnelle.	1	2	3	4	5	6
19.	Il n'y a pas de raison de s'inquiéter de choses que l'on ne peut changer.	1	2	3	4	5	6
20.	Je crains de perdre mon indépendance dans les relations intimes.	1	2	3	4	5	6
21.	Je suis hypersensible à la critique.	1	2	3	4	5	6
22.	Quand mon époux(se) ou partenaire est loin de moi pour trop longtemps, je me sens comme s'il me manquait une partie de moi.	1	2	3	4	5	6
23.	Je m'accepte assez facilement.	1	2	3	4	5	6
24.	Je sens souvent que mon époux(se) ou partenaire attend trop de moi.	1	2	3	4	5	6
25.	J'essaie de vivre selon les attentes de mes parents.	1	2	3	4	5	6
26.	Si j'ai eu une dispute avec mon époux(se) ou partenaire, j'ai tendance à y penser toute la journée.	1	2	3	4	5	6
27.	Je suis capable de dire non aux autres même quand ils me mettent de la pression.	1	2	3	4	5	6
28.	Quand une de mes relations devient très intense, je ressens l'urgence de m'en sauver.	1	2	3	4	5	6
29.	Les disputes avec mes parents ou mes frères et sœurs me font encore me sentir très mal.	1	2	3	4	5	6
30.	Si quelqu'un m'en veut, je ne semble pas pouvoir cesser d'y penser facilement.	1	2	3	4	5	6
31.	Je me préoccupe moins de l'approbation des autres que de ce que je crois être bien.	1	2	3	4	5	6
32.	Je ne considérerais jamais me tourner vers un des membres de ma famille pour avoir un support émotionnel.	1	2	3	4	5	6
33.	Je pense beaucoup à ma relation avec mon époux(se) ou partenaire.	1	2	3	4	5	6
34.	Je suis très sensible à être blessé par les autres.	1	2	3	4	5	6
35.	Mon estime de moi dépend réellement de ce que les autres pensent de moi.	1	2	3	4	5	6
36.	Quand je suis avec mon époux(se) ou partenaire, je me sens souvent étouffé.	1	2	3	4	5	6

37.	Je m'inquiète que mes proches tombent malades, se blessent ou soient trop préoccupés par quelque chose.	1	2	3	4	5	6
38.	Je me demande souvent quelle sorte d'impression je donne aux autres.	1	2	3	4	5	6
39.	Quand les choses vont mal, en parler les rend habituellement pires.	1	2	3	4	5	6
40.	Je ressens les choses plus intensément que les autres.	1	2	3	4	5	6
41.	Je fais habituellement ce que je crois être bien sans me soucier de ce que les autres disent.	1	2	3	4	5	6
42.	Notre relation pourrait être meilleure si mon époux(se) ou partenaire me donnait l'espace dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5	6
43.	J'ai tendance à me sentir plutôt stable dans les moments stressants.	1	2	3	4	5	6