

Article

« Rencontres avec des parents de schizophrènes »

Henri Lavigueur

Santé mentale au Québec, vol. 5, n° 1, 1980, p. 54-62.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030066ar>

DOI: 10.7202/030066ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

RENCONTRES AVEC DES PARENTS DE SCHIZOPHRÈNES

*Henri Lavigueur**

Le présent article présente une approche innovatrice dans le traitement de la schizophrénie, soit des rencontres didactiques en groupe pour les parents de schizophrènes. L'article explicite la structure de ces rencontres et les avantages qu'on y trouve en vue d'aider les autres professionnels de la santé mentale à utiliser éventuellement des interventions similaires.

Le professionnel de la santé mentale qui travaille avec de jeunes adultes schizophrènes doit souvent répondre à des appels téléphoniques de parents bouleversés, le plus souvent des mères. Selon Théodore Lidz (1973), si l'on ignore les besoins de ces parents, ces derniers peuvent saboter nos plans de traitement. Leurs exigences reflètent d'ailleurs leur propre degré de bouleversement intérieur. Souvent décrits comme ayant des relations symbiotiques avec leurs enfants (Lu, 1961; Lidz, 1973), ils se sentent menacés dans leur propre identité par les problèmes émotionnels de ces derniers. Après avoir essayé différentes approches telles les thérapies de couple, les thérapies familiales et les thérapies individuelles pour chaque parent, nous, de la Clinique de Santé Mentale de Lasalle affiliée à l'hôpital Douglas, avons organisé des séries de rencontres didactiques en groupe avec les parents de schizophrènes. Ces rencontres ne sont cependant pas considérées comme un traitement exclusif mais plutôt comme un complément aux autres approches. Toutefois, étant donné le taux d'échec des autres approches, celle-ci s'est avérée la plus profitable.

DÉBUT ET ÉVOLUTION DE NOTRE APPROCHE

Dans notre clientèle, il y a un grand nombre de schizophrènes, hommes et femmes, âgés de 17 à 35 ans. Ils exigent de nous une grande implication thérapeutique. La majorité de ces clients ont été hospitalisés plus d'une fois; certains d'entre eux ont été délirants pendant de longues périodes. Une minorité seulement travaille et fonctionne à un niveau limité selon leur potentiel intellectuel. Leur comportement social est généralement inadéquat.

* Henri Lavigueur, Ph.D., est psychologue à la clinique de Santé mentale de Lasalle affiliée au C.H. Douglas. Il aimerait remercier les membres de son équipe qui ont participé à ce projet : Laurette Bélanger, infirmière psychiatrique, Micheline Guilbault, secrétaire médicale, Marie-Anne Schwab, travailleuse sociale et Claudette Therriault, infirmière psychiatrique.

Nous croyons que le milieu familial a beaucoup contribué à la formation et au maintien de la personnalité schizophrène chez nos clients. Vu les relations parents-enfants, le schizophrène a des besoins de dépendance importants et peu de confiance en sa capacité de fonctionner de façon autonome. Certaines recherches ont démontré que les relations établies entre le schizophrène et ses parents sont plus intenses que celles qu'établissent les parents avec les autres enfants de la même famille (Lu, 1961). D'autres recherches ont établi qu'une implication émotionnelle intense avec le conjoint ou un autre membre de la famille mène souvent les schizophrènes à une rechute (Brown, Monck, Carstairs et Wing, 1962). Éventuellement, cette relation symbiotique donne lieu à une série de doubles messages de la part des parents qui tolèrent mal le niveau élevé de dépendance de leur enfant. Le rejet agressif alterne avec la surprotection, engendrée par des sentiments de culpabilité. Cette situation dite «double bind» par Théodore Lidz est la base sur laquelle prend forme la schizophrénie. Par conséquent, le principal but de notre traitement est d'atténuer la symbiose parent-enfant.

La flexibilité du comportement humain est limitée. La psychothérapie produit rarement un changement radical de la personnalité. Bien que nous cherchions surtout à mieux adapter le schizophrène à son milieu, nous essayons aussi d'aider la famille à s'adapter à la personnalité du schizophrène. Des changements radicaux de part et d'autre sont improbables certes, mais une certaine adaptation mutuelle peut toutefois grandement améliorer l'atmosphère familiale. La philosophie de notre équipe a toujours été de travailler avec les familles de nos patients en autant que cela est possible.

À l'automne 1976, nous avons profité de la grande expérience clinique de la regrettée Eugenia Iutcovich, psychiatre. Docteur Iutcovich était une personne chaleureuse, qui prenait à cœur la détresse des familles de ses patients. Lorsqu'elle travaillait au «Kings Park Psychiatric Center» de New York, elle forma un groupe à caractère social pour les mères de schizophrènes. Lors de ces rencontres hebdomadaires, celles-ci avaient l'occasion de discuter, autour d'un café, des problèmes qu'elles éprouvaient en général; suite à ces rencontres, elles ont confié spontanément au Docteur Iutcovich que leur capacité à communiquer avec leur enfant s'améliorait progressivement.

Démarche

Étant donné que la demande venait des mères et vu la difficulté de réunir les époux, souvent en conflit, notre premier groupe se composa de dix mères, ce qui s'avéra être une erreur de tactique. Au fur et à mesure que les mères changeaient leur attitude vis-à-vis leur enfant, les conjoints n'étaient plus au même niveau, ce qui entraîna des interventions sous forme de thérapie individuelle avec les pères.

Lors des rencontres ultérieures, nous avons donc essayé de regrouper les deux conjoints, parents de nos clients. En effet, une thérapie destinée exclusivement aux mères ajoutait au déséquilibre familial souvent men-

tionné : mère surprotectrice et père retiré (Jackson, 1968 ; Lidz, 1973). De plus, nous avons été agréablement surpris de constater qu'il était plus facile de diriger des groupes mixtes. L'atmosphère de ces groupes était moins tendue ; les opinions émises étaient plus diversifiées, les pères étant en général plus stricts et les mères plus protectrices.

Nos premières rencontres n'étaient pas structurées, c'est-à-dire qu'elles étaient faites de discussions ouvertes. Bien qu'il y ait eu beaucoup de participation et de support mutuel, parfois certains parents empruntaient les attitudes destructrices ou inefficaces des autres participants du groupe. Nous avons donc décidé de structurer les groupes de la façon suivante : chaque rencontre de deux heures débute par une présentation traitant d'un aspect important de la schizophrénie. Par la suite, on demande à tous les parents, à tour de rôle, de relater différentes expériences vécues avec leurs enfants relativement au sujet abordé dans la présentation. Cette approche structurée empêche les parents plus loquaces d'accaparer la discussion. La rencontre se termine par une période réservée aux échanges informels.

Nos groupes se composent de huit à quinze parents. Nous insistons pour que les deux parents de notre client soient présents à ces groupes lorsque cela est possible. Un groupe de moins de huit personnes ne conviendrait pas pour deux raisons : les discussions auraient tendance à porter sur les problèmes spécifiques d'une famille plutôt que sur les problèmes de la schizophrénie en général ; les parents auraient moins d'occasion de trouver chez d'autres, vivant des situations similaires, le support dont ils ont besoin. Par contre, dans les groupes de plus de quinze parents, il ne serait pas possible d'allouer suffisamment de temps aux échanges interpersonnels.

En apparence du moins, presque tous nos parents fonctionnent bien : tous les pères travaillent régulièrement ; la plupart des parents se comporte de façon appropriée, au moins superficiellement. Néanmoins une grande proportion de ces derniers ont subi des épisodes de dépression nécessitant une intervention psychiatrique. Beaucoup parmi eux sont isolés dans leur famille et dans la société. Souvent, leur présence à nos rencontres représente pour le couple une sortie importante. Un grand pourcentage de ces parents sont exigeants, contrôlants, opiniâtres ou gênés, soumis et fuyants. En bref, nos parents sont des gens difficiles.

Souvent décrits comme perturbés et destructifs (Imura, Kwakubo, Mochizuki, Misu et Makihara, 1974 ; Mitchell, 1974), ces parents pourraient être ignorés ou même traités avec un certain dédain par certains professionnels de la santé mentale, sous prétexte qu'ils sont responsables des problèmes graves de leurs enfants. De plus, au niveau plus ou moins conscient, ces parents croient avoir échoué auprès de leurs enfants. Cette auto-évaluation peut contribuer à une surprotection anxieuse ou au rejet agressif de leurs enfants perturbés. Pour combattre ces tendances nocives, nous les traitons avec le plus grand respect. Nous les considérons comme nos co-thérapeutes, qui ont à leur charge des individus à plein temps et

avec lesquels une approche thérapeutique même brève s'avère potentiellement difficile. Le professionnel a passé des années à essayer de comprendre davantage les schizophrènes pour les mieux traiter et, à cet égard, il importe d'être conscient de la complexité du rôle parental.

AVANTAGES DE CES GROUPES

La thérapie familiale qui exige la présence de toute la famille est un moyen de traitement souvent anxiogène. Cette thérapie évite d'étiqueter un membre de la famille comme source de problèmes dont la responsabilité est partagée. Généralement, cette approche oblige tous les membres à exprimer leurs besoins émotionnels et à communiquer de façon plus efficace. Après plusieurs rencontres, nous nous rendons compte souvent qu'une thérapie familiale — à proprement parler — ne convient guère à la famille du schizophrène.

Nous ne voulons pas augmenter l'anxiété dans des familles qui ont déjà de grandes difficultés à réagir au stress. Nos rencontres de groupes étant structurées et didactiques, elles réduisent la tension et permettent aux parents d'acquérir des connaissances. Nos rencontres sont moins stressantes, car nous utilisons une approche intellectuelle dans la discussion des problèmes ; les parents peuvent apporter spontanément des exemples vécus de situations émotionnelles, mais sans aucune pression de notre part.

Nous respectons le fait que ces parents sont contrôlants et égocentriques et qu'ils éprouvent un besoin profond de diriger la vie de leurs enfants. Ce besoin est à la base de leur personnalité. Ayant des identités fragiles, ils doivent se sentir importants. Pour éviter de les culpabiliser, nous leur donnons un rôle à jouer comme co-thérapeutes et appelons leurs enfants des patients.

Notre approche présente un autre avantage. Le fossé entre les générations n'est pas défini chez les familles de schizophrènes (Lidz, 1973 ; Wynne, 1974). Le schizophrène peut jouer le rôle psychologique de conjoint ou même de parent envers un père ou une mère déprimé ou inadéquat. Le regroupement des parents encourage un support mutuel et amène une valorisation du rôle parental. Le processus du support mutuel est très important. Quand les parents expriment leur impuissance face à leurs enfants, ou encore leur colère et leur déception, l'appui des autres parents diminue leurs sentiments d'isolement et d'échec.

Un dernier avantage de notre approche est qu'elle favorise l'empathie parentale. Les parents de schizophrènes sont souvent décrits comme des égocentriques, attendant que leurs enfants combler leurs propres besoins frustrés. Les recherches démontrent leur manque de compréhension à l'égard des besoins de leurs enfants. (Imura *et al.*, 1974). Nos rencontres étant didactiques, nous enseignons aux parents comment comprendre la personnalité et les besoins de leurs enfants, employant une approche académique en vertu de laquelle ils ne se sentent pas visés.

CHOIX DES PARENTS

Nous choisissons des parents qui ont des relations symbiotiques avec leurs enfants. Ceux-ci ont un très mauvais pronostic d'autonomie et demeurent à la maison ou dans une institution. Nous parlons d'autonomie plutôt que de schizophrénie afin d'éviter le processus de stigmatisation.

SUJETS ABORDÉS

Bien que nos discussions soient plus pratiques que théoriques, elles fournissent aux parents une conception de la schizophrénie qui se prête bien à la solution de problèmes quotidiens.

Explication simplifiée de la schizophrénie

Voici en bref l'explication de la schizophrénie telle qu'utilisée dans nos rencontres. La personne schizophrène est très possiblement un enfant passif et très soumis, qui a sans doute de la difficulté à s'affirmer. Généralement, avec la venue de l'adolescence, le besoin d'une plus grande indépendance se fait sentir. Le schizophrène, ne pouvant y accéder, se sent frustré et se livre à des tentatives d'affirmation inappropriées et exagérées. Ces tentatives peuvent se manifester par des colères excessives ou par une combinaison d'idées, de valeurs ou de comportements qui peuvent être considérés comme psychotiques à cause de leur manque de liens par rapport à la réalité.

Les principales caractéristiques d'un schizophrène sont : le comportement infantile, le besoin d'attention, l'hypersensibilité et l'instabilité du comportement. La schizophrénie étant considérée comme un désordre de la personnalité, on peut travailler à stabiliser le comportement non le transformer.

Nous encourageons les parents à accepter les limites de leurs enfants tout en les mettant en garde contre la surprotection qui engendre la régression. Nous soulignons l'importance d'établir des limites et présentons les dangers d'une implication envahissante.

La culpabilité et le blâme

Un des principaux objectifs de nos rencontres est de diminuer la culpabilité et le blâme, deux tendances reliées l'une à l'autre au point de vue psychodynamique. Le schizophrène lui-même est souvent excessivement moraliste. Ce moralisme peut s'exprimer par une autocritique exagérée. Parfois, il peut se traduire de façon paranoïde par une extériorisation du blâme, par une projection inefficace de la culpabilité. Les recherches démontrent que les schizophrènes se culpabilisent souvent pour des peccadilles (Fitzgibbons et Cutler, 1972); leur dépendance au Bien-être social peut occasionner des hospitalisations répétées à cause de leur manque d'estime de soi (Serban et Gidynski, 1974). Nous avons noté la même tendance chez les parents de nos

groupes. Une provocation minime suffit à susciter une colère contre les institutions psychiatriques, les écoles, les professionnels de la santé mentale, les médecins ou envers les amis de leurs enfants qu'ils considèrent nuisibles. Nous expliquons aux parents que cette façon d'agir est une extériorisation de leurs sentiments de culpabilité et de responsabilité. Nous les encourageons donc à cesser ce jeu, très courant dans les familles, et qui par surcroît étouffe l'autonomie et toute forme d'évaluation personnelle. Il est intéressant de noter que les parents qui critiquent le plus sont ceux qui se disent excessivement coupables, et cela très ouvertement après qu'un climat de confiance ait été établi dans le groupe.

Nous devons mentionner que l'explication simplifiée de la schizophrénie, présentée aux parents et décrite précédemment, ne fait aucune allusion aux causes familiales afin de ne pas ajouter à la culpabilité des parents.

Le respect des mécanismes de défenses

Les mécanismes de défenses de toute personne peuvent irriter son entourage. Pour le schizophrène, les défenses sont les plus fragiles et leur rupture peut dévoiler une personnalité fragmentée et psychotique. Nous apprenons aux parents à différencier les défenses nécessaires de celles qu'ils ne doivent pas tolérer. Par exemple, un certain retrait social et l'absence de relations sexuelles ou amoureuses, potentiellement bouleversantes, sont des défenses importantes pour un schizophrène; elles doivent être respectées. N'importe quelle pression interpersonnelle est très difficilement tolérée par un schizophrène à cause de son haut degré d'anxiété (Depue, 1974; Lang et Buss, 1965).

Vous nous permettrez d'évoquer l'exemple suivant pour illustrer l'impact de nos rencontres. Un père se plaignait de l'avarice de son fils schizophrène. En effet, son fils de trente ans travaillait et épargnait presque tout son argent pour son « éventuel mariage ». Ce jeune homme voyait le mariage comme essentiel à la vie d'une personne respectable. De plus, il disait qu'on ne pouvait pas se marier avant de posséder un assez bon montant d'argent. Au moment où il allait atteindre son objectif, il se fixait un nouveau montant plus élevé et ainsi de suite. Cette défense lui permettait d'avoir un but dans la vie et constituait en quelque sorte sa raison d'être. En même temps, grâce à cette défense, il conservait la bonne image qu'il se faisait de lui-même. Au cours de nos rencontres, les parents de cet homme sont parvenus à accepter que leur fils ne se marierait jamais, étant incapable de tolérer les responsabilités et l'intimité du mariage. Leur colère à l'égard de son avarice a diminué au fur et à mesure que les autres parents leur ont fait remarquer qu'une implication obsessionnelle devant une situation concrète était préférable à un état psychotique.

Nous enseignons aux parents à respecter l'intimité de leurs enfants. Le pronostic est meilleur lorsque les rapports parentaux ne sont pas trop intenses (Brown *et al.*, 1962). Une trop grande insistance à violer l'intimité risque

de provoquer un comportement psychotique et de repousser à jamais un comportement adéquat (Berkowitz, 1964; Brenner, 1967; Shimkumas, 1972).

L'expression émotive

Les manifestations émotives du schizophrène sont très variables. Il passera d'un comportement maussade à un comportement hyperémotif; il vivra parfois des émotions accablantes dues à un système de défense appauvri ou, en termes analytiques, à un sentiment du moi inadéquat.

La difficulté à établir un équilibre raisonnable entre la dépendance et l'autonomie est un autre problème relié théoriquement à la faiblesse du moi. Plusieurs études nous démontrent qu'une thérapie qui encourage un certain défoulement émotionnel, y compris la colère, est appropriée dans le traitement des schizophrènes (Franf, 1952; Moos, Shelton et Petty, 1973). Dans nos rencontres, nous incitons les parents à respecter tout mouvement raisonnable vers l'expression personnelle des émotions ou vers l'autonomie. Trop souvent ces parents sont portés à interpréter un tel comportement comme un signe de rechute psychotique.

Le schizophrène a peur de ses propres impulsions. De plus, notre société punit une affirmation personnelle non contrôlée. Nous n'encourageons pas les parents à accepter un comportement violent ou à ignorer les explosions verbales. Nous les aidons au contraire à répondre à un tel comportement en étudiant le comportement de leurs enfants de façon objective au lieu de les harceler de façon moralisante.

CONSÉQUENCES DE NOS RENCONTRES

Le fait que les deux époux reçoivent des conseils d'une autorité extérieure à la famille minimise une source importante de conflit conjugal, c'est-à-dire l'éducation des enfants. Les thérapeutes sont sensibles aux sentiments et comportements des deux époux. Par conséquent chaque parent sera porté à être plus compréhensif envers son partenaire. En même temps, les thérapeutes offrent un système d'éducation qui associe les attitudes bénéfiques des deux parents.

Le fait de venir ensemble à nos groupes est un premier pas vers le partage d'expériences nouvelles et positives pour les couples. De cette façon, et aussi par nos conseils nous les encourageons à combler leurs besoins émotionnels de couple et non pas seulement à travers leurs contacts parents-enfants.

À la suite de ces rencontres, les parents nous ont exprimé des témoignages très positifs. Ils ont souligné entre autres la nécessité de telles rencontres. Dans plusieurs cas, des couples se sont liés d'amitié en dehors du groupe et plusieurs nouveaux couples y sont venus sur les conseils de couples aux prises avec les mêmes problèmes et qui ont fréquenté nos groupes.

Les clients schizophrènes eux-mêmes se sont facilement faits à l'idée que leurs parents participent à nos rencontres. Cette attitude est sûrement attribuable au changement positif de leurs parents envers eux. Nous avons été impressionnés par le fait que le climat familial s'est amélioré. Nos rencontres ont diminué grandement la demande de thérapies familiales chez les membres du groupe. Ainsi un tel traitement aura contribué à long terme à minimiser l'investissement de temps et d'énergie de la part des thérapeutes.

CONCLUSION

Cet article nous a permis de présenter une approche innovatrice et utile concernant un problème majeur de la santé mentale. À l'heure actuelle, un grand nombre de parents ont participé à plusieurs rencontres. Lors de nos dernières rencontres, ils étaient en mesure d'aider les nouveaux membres. Le succès de nos rencontres de groupe et l'implication des parents nous incitent à encourager d'autres cliniques, hôpitaux et centres communautaires à utiliser une approche similaire.

RÉFÉRENCES

- BERKOWITZ, H., 1964, Effects of prior experimenter-subject relationships on reinforcement reaction time of schizophrenics and normals. *J. Abnorm. Psychol.*, 69, 522-530.
- BRENNER, A. R., 1967, Effects of prior experimenter-subject relationship on responses to the Kent-Rozanoff Word-Association List in Schizophrenics. *J. Abnorm. Psychol.*, 72, 273-276.
- BROWN, G. W., E. M. MONCK, G. M. CARSTAIRS et J. K. WING, 1962, The influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 16, 55.
- DEPUE, R. A., 1974, The specificity of response interference to schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.*, 83, 529.
- FITZGIBBONS, D. J. et R. CUTLER, 1972, The factor structure of the Tennessee Self-Concept scale among low-class urban psychiatric patients. *J. Clin. Psychol.*, 28, 184.
- FRANK, J. D., 1952, Group psychotherapy with chronic hospitalized schizophrenics. In *Psychotherapy with schizophrenics*, Brody, E. B. et Redlich, F. C., Eds., New York, International Universities Press.
- IMURA, T., Y. KAWAKUBO, A. MOCHIZUKI et H. MAKIHARA, 1974, The families of schizophrenic patients. In *Annual review of the schizophrenic syndrome*. Cancro, R., Ed., New York, Brunner Mazel.
- JACKSON, D. D., 1968, *Communication, family and marriage*. Palo Alto, California, Science and Behavior Books.
- LANG, P. J. et A. H. BUSS, 1965, Psychological deficit in schizophrenia : II. Interference and activation. *J. Abnorm. Psychol.*, 70, 77.
- LIDZ, T., 1973, *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York, Basic Books.
- LU, Y., 1961, Mother-child role relations in schizophrenia : a comparison of schizophrenic patients with nonschizophrenic siblings. *Psychiatry*, 24, 133.
- MITCHELL, K. M., 1974, Relationship between differential levels of parental «pathogenesis» and male children's diagnosis. *J. Clin. Psychol.*, 30, 49.
- MOOS, R., R. SHELTON et C. PETTY, 1973, Perceived ward climate and treatment outcome. *J. Abnorm. Psychol.*, 82, 291.
- SERBAN, G. et C. B. GIDYNSKI, 1974, Significance of social demographic data for rehospitalization of schizophrenic patients. *J. Health Soc. Behav.*, 15, 117.
- SHIMKUNAS, A. M., 1972, Demand for intimate self-disclosure and pathological verbalizations in schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.*, 80, 197.
- WYNNE, L., 1974, Communication disorders and the quest for relatedness in families of schizophrenics. In *Annual review of the schizophrenic syndrome*. Cancro, R., Ed. New York : Brunner Mazel.

SUMMARY

An innovative approach to the treatment of schizophrenia via didactic group meetings for parents is presented. The structure and benefits of these meetings are detailed so as to encourage other mental health professionals to employ similar modalities.