

« Une approche psychosociale-relationnelle intégrée pour la réadaptation des schizophrènes en consultation externe »

Roberta Siani

*Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 2, 1993, p. 201-212.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032279ar>

DOI: 10.7202/032279ar

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](mailto:info@erudit.org)

---

## **Une approche psychosociale-relationnelle intégrée pour la réadaptation des schizophrènes en consultation externe**

---

### **Introduction**

**L**a décision de fermer graduellement les asiles psychiatriques, en Italie, implique l'élaboration de stratégies de réadaptation pour prévenir la «nouvelle» chronicité. Quand un malade s'apprête à re-

tourner à la maison de façon définitive, la solution du problème de la résistance familiale nécessite une démarche longitudinale à long terme, une entreprise qui s'avère plus complexe que la simple gestion psychoéducationnelle. Nous avons donc élaboré une stratégie de réadaptation multi-contextuelle en combinant l'approche psychosociale de Spivak et l'approche relationnelle-systémique familiale. Nous décrivons ici les paramètres de notre évaluation systémique et de notre traitement intégré, illustré par un cas-type.

## Contexte

En Italie, aux termes de la Loi sur la réforme des services psychiatriques, les services communautaires ne sont pas «complémentaires» à l'asile psychiatrique: ils le «remplacent». Cette politique demande des stratégies de thérapie et de réadaptation spécifiques, pour aborder les problèmes relatifs aux mandats, à l'émergence de nouvelles structures, au contrat thérapeutique, au choix des usagers, aux limites du libre choix entre le patient et le thérapeute, au contexte institutionnel et au travail d'équipe. Dans leur ouvrage «*Strategie di Psicoterapia e Riabilitazione*», Siani et al., (1990 a) décrivent des pratiques de psychothérapie et de réadaptation qui se sont avérées pertinentes dans le traitement de psychotiques, incluant les cas chroniques, dans les services communautaires de santé mentale de Véronne-Sud.

Les auteurs proposent une approche stratégique, dans un cadre qui lie les tactiques (c'est-à-dire un certain nombre de techniques) et les politiques générales touchant la continuité thérapeutique, l'intégration des contextes, les approches techniques et le travail d'équipe. En résultat de nouvelles stratégies de thérapie et de réadaptation dont découlent plusieurs variantes tactiques (Siani et al., 1990 b).

Cet article décrit donc les principes (Siani, 1989, 1991, 1992 a, b), la pratique (Siani et al., 1990 a, b; Siliciani et Siani, 1990 b) et les résultats de l'approche psychosociale-relationnelle pour la réadaptation des schizophrènes en consultation externe.

## La notion de réadaptation

La notion de réadaptation change de sens à mesure que l'on passe de l'asile aux résidences supervisées puis aux services communautaires de santé mentale. Dans le contexte communautaire, on voit surgir une série de besoins complexes touchant:

- la promotion du développement des aptitudes relationnelles, de l'autonomie et de l'indépendance chez les «handicapés»;
- la mise sur pied de programmes individualisés et souples, avec des règles définies et des activités de groupe;
- l'intégration d'une approche écologique dans l'analyse de tous les niveaux et contextes où la maladie s'exprime: subjectif, inter-subjectif, familial, domestique, professionnel, social et dans les activités de groupe;
- l'intégration des interventions dans une stratégie multi-contextuelle: travailler à un seul niveau, quel qu'il soit, relève de la pure absurdité. Très vite, le personnel se retrouvera devant des attentes ou des résistances plus ou moins ouvertes de la part des acteurs sociaux qui n'auront pas été adéquatement «engagés» et responsabilisés dans le plan de réadaptation.

Certaines stratégies de base sont largement reconnues: pensons aux concepts de continuité et d'unité thérapeutiques, de soins multi-contextuels et de soins longitudinaux à long terme (Harding et al., 1987; Mosher et Burti, 1989), de convergence des approches (aucune approche technique ne pouvant, à elle seule, «découvrir» tous les contextes). Toutefois, une telle philosophie ne fait pas l'unanimité et il s'avère difficile d'identifier les approches cohérentes et différentes susceptibles de se fondre dans un cadre stratégique pour aborder le problème de la «nouvelle» chronicité.

En Italie, on utilise différentes stratégies, selon le contexte, l'école de pensée et les circonstances (Burti et al., 1990). L'Italie, à cet égard, est loin de l'homogénéité. Il y a les tenants d'une approche spécifique: psychosociale, cognitive-psychoéducationnelle, ou bien psychanalytique; il y a d'ailleurs les tenants d'une approche éclectique, qui se rapporte au concept de l'intégration thérapeutique (Beitman et al., 1989; Balestrieri, 1990).

Nous proposons ici deux concepts de base, théoriques et pratiques: les attentes et les résistances. Nous considérons comme paradigmatiques la désadaptation causée par la schizophrénie et sa chronicité.

Ciampi a établi une échelle factorielle de pronostics positifs, en comparant et les succès et les échecs (Ciampi et al., 1987). Les résultats des attentes positives correspondaient aux résultats d'autres facteurs positifs. Dans les attentes positives, le premier facteur prévisionnel touchait les attentes de la famille; celles du patient venaient en deuxième, suivies des attentes du personnel soignant.

Toutes choses étant égales par ailleurs, les meilleurs résultats furent atteints quand les attentes des trois groupes impliqués étaient positives et cohérentes. Par contre, des attentes négatives chez l'un ou l'autre faisaient baisser les résultats: les patients réagissent mal quand ils sentent que les autres appréhendent leur échec. D'une manière pratique, nous pouvons affirmer que:

- des attentes positives prédisposent le patient à la réadaptation;
- des attentes négatives laissent présager un échec;
- les résistances — tantôt au changement, tantôt à l'engagement — prennent naissance dans la peur de l'échec ou de l'inconnu, malgré le fait que le «statu quo» représente un fardeau pour tout le monde.

En fait, les attentes et les résistances cohabitent partout: chez le malade et dans sa famille, chez le personnel soignant et dans la société en général.

Il est un fait reconnu que les attentes et les résistances, l'espoir et la peur du changement agissent côte-à-côte chez le patient. Le travail de réadaptation doit tenir compte de cette ambivalence: en cherchant l'équilibre entre l'écoute des besoins et la proposition d'objectifs, de façon à arriver à un degré optimal de motivation qui préviendra autant les régressions dues à une sous-stimulation que les rechutes aiguës provoquées par une imprudente sur-stimulation (Wing et Brown, 1970; Watts et Bennett, 1983).

On sait aussi que les membres du personnel entretiennent des attentes divergentes et des résistances, qu'elles soient de nature personnelle ou institutionnelle. Il faut donc s'entendre, au préalable, sur un *modus vivendi* axé sur le «développement collectif» de l'équipe et sur une méthode qui permette d'évaluer de façon continue la dynamique de l'équipe face aux problèmes quotidiens.

C'est toutefois au niveau de la famille que l'on retrouve les divergences les plus marquées entre les attentes et les résistances.

### **Le rôle de la famille dans la réadaptation**

À cet égard, il existe deux approches: l'approche relationnelle-systémique (Watzlawick et al., 1967; Selvini Palazzoli et al., 1986, 1990) et l'approche cognitive-psychoéducationnelle (Anthony et Liberman, 1986; Strachan, 1986; Tarrier, 1989), basée sur la théorie de «l'émotion exprimée» (Leff et Vaughn, 1985).

L'approche cognitive-psychoéducationnelle est bien connue en Angleterre (Leff et al., 1985; Falloon et al., 1985) et a servi de base à quelques expériences à Milan (Clerici et al., 1988).

L'approche relationnelle-systémique s'attaque, elle, aux résistances familiales les plus complexes. Dans son modèle des «jeux psychotiques» familiaux, Selvini Palazzoli soutient que la chronicité des comportements psychotiques est attribuable aux soi-disant «stratégies basées sur le symptôme»: «Dans le sixième stade, le jeu familial continue et entretient le comportement psychotique du «patient désigné» par une stratégie basée sur le symptôme. Quand un symptôme se manifeste de façon éclatante, chaque membre de la famille se construit une stratégie à son propre avantage, basée sur la présupposition que le symptôme va durer» (Selvini Palazzoli, 1986, p. 348). Non seulement les parents perçoivent-ils comme incertaine la possibilité de progrès chez le patient mais ils doutent même de pouvoir bouger le «pat conjugal» qui se prolonge stéréotypiquement: «plus que le patient désigné, c'est surtout le pat qui devient chronique!» (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 201).

Ciampi (1987) soutient que «l'engagement systématique» de la famille est un prérequis à tout projet de réadaptation. Mais comment y arriver dans des familles où les attentes sont minimales et les résistances énormes? Comment concilier les attentes dans les différents contextes? Comment faire face aux résistances?

Dans l'expérience de Véronne-Sud, le modèle de réadaptation psychosociale de Spivak a semblé adéquat pour les «vieux» patients chroniques en institution (Wing et Brown, 1970), quand la réadaptation visait leur adaptation à un environnement communautaire (Paul et Lentz, 1977; Ulmann et Krassner, 1975). Quand, par contre, on voulait voir un «nouveau» patient chronique retourner dans sa famille, le risque d'échec était proportionnel à la sous-estimation de «l'histoire» de la famille et de son système privé et caché de normes et de valeurs (Siani et Fontana, 1989).

### **L'étude clinique préliminaire**

#### **A. *La clientèle du Service de psychiatrie communautaire (SPC) de Véronne-Sud***

Depuis 1978, notre Service de psychiatrie communautaire fonctionne selon les dispositions de la loi sur la réforme des services psychiatriques, qui marque l'abandon progressif de l'ancien système hospitalier. Nous offrons des soins, du soutien et des programmes de

réadaptation aux psychotiques et autres malades mentaux résidant dans ce district du Nord de l'Italie qui compte 75 000 habitants.

Dans un supplément monographique de la revue *Psychological Medicine*, M. Tansella (1991) a décrit en détail les données socio-démographiques du district de Véronne-Sud, les taux de troubles psychologiques, les programmes et le profil des usagers de notre Service et l'impact des expériences que nous menons depuis dix ans.

Sur notre territoire, on compte annuellement 137,5 cas de schizophrénie (patients hospitalisés et patients externes) par 100 000 adultes (voir Tansella, 1991, pour le registre des cas).

Le groupe de schizophrènes non institutionnalisés a les caractéristiques socio-démographiques suivantes:

- emploi: 12 % ont un emploi, 34 % sont des femmes au foyer, 39 % sont sans emploi et 15 % sont à la retraite;
- famille: 46 % sont marié(e)s et les autres (54 %) sont soit célibataires, divorcé(e)s, séparé(e)s ou veufs/veuves;
- résidence: 64 % vivent avec leur famille.

### **L'échantillonnage de notre étude clinique préliminaire**

Dans ce groupe de schizophrènes non institutionnalisés (le diagnostic a été fait selon le groupement n° 295 de l'ICD-9), nous avons choisi tous les patients dont l'état chronique durait depuis au moins trois ans, qui vivaient en famille et qui consentaient à suivre un traitement intégré de thérapie et de réadaptation.

Onze schizophrènes ont participé à cette étude clinique préliminaire, en 1988. Voici quelques données sur cet échantillon:

- sexe: 3 hommes (sans emploi) et 8 femmes (dont deux travaillaient à l'extérieur du foyer);
- âge moyen: 37 ans +/- 9;
- chronicité moyenne: 8 ans +/- 5.

### **B. La méthodologie psychosociale-relationnelle**

Après dix ans d'expériences au Service de psychiatrie communautaire de Véronne-Sud (Burti et al., 1986), Siani et Siciliani ont pu formuler une stratégie de réadaptation multi-contextuelle intégrée, qui allie l'approche psychosociale selon Spivak (1987) à l'approche relationnelle-systémique (Siani, 1989; Siciliani et Siani, 1990 a, b) et à une approche psychothérapique qui met l'emphase sur l'estime de

soi (Siani, 1992 a) (voir aussi Siani, 1992 b, pour cette application nouvelle de la «psychologie du soi» de Kohut (1984, 1991)).

Il n'est pas nécessaire que ce travail de réadaptation soit précédé d'une thérapie familiale: une évaluation systémique préliminaire (par le biais d'une entrevue conjointe de la famille) suffit à déterminer les «aptitudes sociales» (Spivak, 1987) les plus susceptibles de se développer. Celles qui s'avèrent incompatibles avec les transactions familiales sont temporairement mises de côté, même si tout le monde reconnaît leur importance. Au besoin, une thérapie familiale se fait en parallèle. À ce stade, à la suite du «recadrage» systémique et de la neutralisation des «jeux psychotiques» et des conflits familiaux, de nouvelles aptitudes sociales peuvent être proposées et développées (par le biais de l'activité psychosociale de groupe).

On maintient habituellement l'usage de médicaments à de petites doses de 100 mg de chlorpromazine, ou l'équivalent, par jour. L'équipe a choisi de donner aux patients la plus petite dose du médicament qui provoque le moins d'effets secondaires. Nous cessons par ailleurs de prescrire des neuroleptiques aussitôt que les symptômes «positifs» disparaissent.

### *C. Résultats préliminaires*

Notre traitement intégré psychosocial-relationnel dure un an en moyenne. Après le traitement, les onze malades ont été suivis pendant une période de deux ans: deux ont fait des rechutes passagères (18 %) mais on ne signale aucun abandon ni échec grave de réadaptation, en termes de capacité psychosociale.

Mis à part le taux de rechute, les résultats ont été mesurés selon les cinq paramètres de capacité psychosociale de Spivak (1977, 1987): soins du corps, vie domestique, vie familiale, activités socio-récréatives et travail.

Par rapport à l'évaluation initiale (selon la méthode de Spivak pour le «diagnostic des handicaps de capacité»), les résultats ont été très satisfaisants dans les trois premiers champs, assez bons dans le quatrième et minimes dans le champ du travail. Voici, en détail, où nos patients ont connu des progrès notoires:

1. soins du corps: tous les patients (11/11= 100 %);
2. activités domestiques: 10 patients sur 11 (91 %);
3. vie familiale: 10 patients sur 11 (91 %);
4. activités socio-récréatives: 8 patients sur 11 (72,7 %);



5. travail: la capacité et l'activité a augmenté chez 4 des 11 patients (36,4 %): deux hommes qui étaient sans emploi ont commencé un stage de formation et deux femmes ont augmenté leurs habiletés dans le travail domestique (par contre, une des deux femmes qui travaillaient a quitté son emploi).

### **Cas-type de l'approche psychosociale-relationnelle**

Luigi a maintenant 25 ans; il avait 16 ans quand il a consulté notre service pour la première fois. Il avait commencé à rater l'école et à se refermer; il ne sortait plus, miné par un sentiment de persécution qui menaçait son identité. Émotivement et dans le travail, il avait établi avec son père une alliance solide qui a duré environ trois ans, une relation qui a toutefois attisé l'hostilité de la mère. Quand Luigi a cessé de travailler avec son père, ses tentatives dans différents emplois se sont toutes soldées par des échecs. Son instabilité a progressé au point de le rendre inapte au travail et à la vie domestique.

Inquiets de sa demande d'autonomie, ses parents l'ont entouré de façon excessive, dépréciant et s'opposant de façon systématique à la moindre de ses initiatives. Jour après jour, les discussions tournaient autour de la conduite de Luigi qui, de son côté, s'engluait de plus en plus dans le «jeu» relationnel de ses parents, c'est-à-dire dans le «pat conjugal» de ses parents. Son père a tenté de conclure une alliance secrète et collusive avec notre personnel, réclamant pour Luigi telle ou telle intervention. Luigi, lui, avait contre son père des impulsions agressives qu'il détournait en fracassant les vitres de son auto. En proie à de fréquentes crises d'angoisse psychotique et à de forts sentiments de persécution, il venait continuellement chercher refuge dans notre service, en quête de soutien, et pour s'éloigner de sa famille même s'il craignait d'être chassé de la maison. Plus il devenait passif, plus il régressait; ses aptitudes sociales disparurent presque complètement et on nota une baisse dans ses aptitudes de base.

Nous avons alors opté pour une stratégie multi-contextuelle combinant l'approche systémique familiale, l'approche de réadaptation psychosociale et un traitement individualisé pour Luigi. L'évaluation de la dynamique familiale nous avait fait conclure qu'un sentiment contradictoire d'espoir et de peur du changement rendait prématurée toute tentative d'émancipation. Par un recadrage systémique paradoxal, nous avons déterminé que la façon dont chaque membre de la famille exposait ses critiques et son hostilité exprimait une

«vive sollicitude». En suggérant que Luigi participe à des groupes de réadaptation au centre de jour, nous avons utilisé le contre-paradoxe: «Le comportement de Luigi doit s'améliorer pour que la situation reste inchangée».

Notre proposition a reçu, telle que formulée, l'assentiment de tous les membres de la famille. Ensuite, et de façon implicite, notre connaissance de la dynamique personnelle de Luigi nous a permis de déterminer ses activités de réadaptation et de moduler ses motivations.

Quelques mois plus tard, nous avons redéfini le traitement de réadaptation psychosociale de Luigi. Sa famille, même si elle reconnaissait les progrès accomplis, se plaignait du manque de perspectives d'emplois. Nous avons alors référé Luigi à un organisme non médical où il a commencé un cours d'apprenti-jardinier qui le mènerait éventuellement à un emploi rémunéré dans la fonction publique.

Depuis trois ans, Luigi n'a fait aucune rechute clinique. Son travail lui assure une certaine indépendance financière mais il vit toujours dans sa famille. De notre côté, nous avons modifié notre intervention avec la famille: nous rencontrons régulièrement les parents, seuls, pour les encourager et valoriser leur apport au progrès de leur fils. Quant à Luigi, désormais conscient de son état psychologique, nous le recevons régulièrement en consultation individuelle pour l'aider à se réapproprier ses sentiments, intégrer ses expériences nouvelles et renforcer son estime de lui-même.

## Conclusion

Les paramètres stratégiques énoncés dans cet article ne peuvent constituer un modèle et les conclusions de Prigogine sur la complexité des systèmes humains nous empêchent de les généraliser par la simple suppression des données individuelles. L'élaboration de stratégies thérapeutiques est un art qui demande une certaine aptitude à la pensée globale; leur application, par contre, requiert une connaissance intime des problèmes. Ceux qui travaillent dans des services de psychiatrie communautaires en ont sûrement reconnu plusieurs dans cet article.

## RÉFÉRENCES

- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R. P., 1986, The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.

- BALESTRIERI, A., 1990, Sui fattori specifici e aspecifici nelle psicoterapie, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 24, 2, 78-86.
- BEITMAN, B.D., GOLDFRIED, M.R., NORCROSS, J., 1989, The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview, *American Journal of Psychiatry*, 146, 139-150.
- BURTI, L., GARZOTTO, N., SICILIANI, O., ZIMMERMANN-TANSELLA, Ch., TANSELLA, M., 1986, South-Verona's Psychiatric Service: An Integrated System of Community Care, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 809-813.
- BURTI, L., SIANI, R., SICILIANI, O., 1990, Prefazione e compendio bibliografico, in Burti, L., Siani, R., Siciliani, O., éd., *Riabilitazione Psicossociale*, Franco Angeli, Milan, 15-40.
- CLERICI, M., ALBERTINI, E., BERTRANDO, P., BRESSI, C., DA PONTE, C., INVERNIZZI, G., 1988, Un programma multidimensionale per familiari di schizofrenici: gruppi informativi e di supporto, *Notizie ARS*, 2, 3, 37-42.
- CIOMPI, L., DAUWALDER, H.P., AGUE, C., 1987, Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 21, 4, 45-64.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGILL, G.W., WILLIAMSON, M., RAZANI, J., MOSS, H.B., GILDERMAN, A.N., SIMPSON, G.M., 1985, Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: Clinical Outcome of a Two-year Longitudinal Study, *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- HARDING, C.M., STRAUSS, J.S., HAFEZ, H., LIEBERMAN, P.B., 1987, Work and Mental Illness. I: Toward an Integration of the Rehabilitation Process, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 175, 317-326.
- KOHUT, H., 1984, *How Does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago.
- KOHUT, H., 1991, *The Search for the Self*, Vol. 4, International Universities Press, New York.
- LEFF, J.P., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., STURGEON, D., 1985, A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients: Two-year Follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- LEFF, J.P., VAUGHN, C.E., 1985, *Expressed Emotion in Families*, Guilford, New York.
- MOSHER, L.R., BURTI, L., 1989, *Community Mental Health: Principles and Practice*, Norton, New York.
- PAUL, G.L., LENTZ, J.R., 1977, *Psychological Treatment of Chronic Mental Patients*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- PRIGOGINE, I., STENGERS, I., 1979, *La Nouvelle Alliance: Métamorphose de la Science*, Gallimard, Paris.
- SELVINI PALAZOLLI, M., 1986, Towards a General Model of Psychotic Family Games, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 339-349.

- SELVINI PALAZOLLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A.M., 1990, *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF éditeur, Paris.
- SIANI, R., 1979, The Multicontextual Rehabilitation of the «New» Chronically Mentally Ill in the Italian Community Psychiatry, in Proceedings of the 2nd World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR, Barcelone, 8-11.
- SIANI, R., 1991, Family-individual Combined Strategy in the Psychotherapy of Schizophrenia: Case Ten-year Follow-up, in Proceedings of the 10th International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia, 115, PRU, Stockholm.
- SIANI, R., 1992 a, Facilitating and Therapeutic Fonctions of the Empathic Understanding with Psychotic Outpatients, in USA-Europe Conference on Facilitating Climate for the Therapeutic Relation in Mental Health Services, ARP Publisher, Perugia, 67-80.
- SIANI, R., 1992 b, *Psicologia del Sé: da Kohut alle Nuove Applicazioni Cliniche*, Boringhieri, Turin.
- SIANI, R., FONTANA, R., 1989, Vecchi limiti e nuovi orientamenti in terapia familiare: Da Bateson ai modelli dei giochi e dei conflitti familiari, *Terapia Familiare*, 29, 53-68.
- SIANI, R., SICILIANI, O., BURTI, L., 1990 a, *Strategie di Psicoterapia e Riabilitazione: Gli Psicotici e il Servizio Psichiatrico*, Feltrinelli, Milan.
- SIANI, R., SICILIANI, O., BURTI, L., 1990 b, Psychotherapy for Psychotics in the Mental Health Service: The South-Verona Integrated Strategic Approach, in USA-Europe Joint Meeting on Therapies and Psychotherapy of Schizophrenia, ARP Publisher, Perugia, 125-137.
- SICILIANI, O., SIANI, R., 1990 a, Approccio integrato relazionale e psicosociale nella riabilitazione di psicotici cronici: una alternativa alla psicoeducazione, *Terapia Familiare*, 32, 5-23.
- SICILIANI, O., SIANI, R., 1990 b, Strategie riabilitative multicontestuali in psichiatria: come affrontare le resistenze sistemiche e conflittuali, in Burti, L., Siani, R., Siciliani, O., eds., *Riabilitazione Psicosociale*, F. Angeli, Milan, 56-87.
- SPIVAK, M., 1977, Towards a Systematization of Social Competency Approach to Rehabilitation: Theory and Definitions, *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 15, 289-299.
- SPIVAK, M., 1987, Introduzione alla riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 111, 522-574.
- STRACHAN, A.M., 1986, Family Intervention for the Rehabilitation of Schizophrenia: Toward Protection and Coping, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-698.

- TANSELLA, M., éd., 1991, Community-based Psychiatry: Long-term Patterns of Care in South-Verona, *Psychological Medicine*, supplément monographique n° 19, 1-54.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J.S., PORCEDDU, K., WATTS, S., FREEMAN, H.L., 1989, Community Management of Schizophrenia: a Two-year Follow-up of a Behavioural Intervention with Families, *British Journal of Psychiatry*, 154, 625-628.
- ULMANN, L.P., KRASNER, L., 1975, *A Psychosocial Treatment of Chronic Behavior*, Prentice-Hall, Englewood Clift, N.J.
- WATTS, F., BENNETT, D., éd., 1983, *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Wiley, Chicester-Londres.
- WATZLAWICH, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D., 1967, *Pragmatics of Human Communication*, Norton, New York.
- WING, J.K., BROWN, G.W., 1970, *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge University Press, Londres.

Roberta Siani,  
Psychologue, professeure de  
psychothérapie à l'École supérieure  
de psychiatrie de l'Université de  
Vérone, Italie.

Cet article est une version  
remaniée d'une présentation faite  
au III<sup>e</sup> Congrès de l'Association  
mondiale pour la réadaptation  
psychosociale, tenu à Montréal du  
13 au 16 octobre 1991.