

Article

« Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie »

Suzanne King et Vicky Rochon

Santé mentale au Québec, vol. 20, n° 2, 1995, p. 99-117.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032355ar>

DOI: 10.7202/032355ar

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



Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie

Suzanne King*
Vicky Rochon**

Au cours d'une décennie consacrée à d'abondantes recherches sur le cerveau, une avenue s'est, entre autre, ouverte pour démontrer l'importance de prendre en ligne de compte les facteurs psychosociaux dans le cours de la schizophrénie. Le but de cet article est de décrire brièvement le concept «d'émotion exprimée» qui s'est souvent révélé utile comme facteur de prévisibilité de la rechute dans différents types de maladies mentales graves. Nous y décrivons également un programme de recherches entrepris au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas dans le but d'approfondir notre compréhension du lien entre la famille et le cours de la schizophrénie. Certains résultats seront également présentés pour souligner la complexité du rôle de la dynamique familiale dans la maladie mentale.

Au début des années 1960, un chercheur anglais, George Brown, a observé l'existence d'un lien entre l'intensité des émotions qui imprégnaient l'environnement familial et le risque de rechute chez les patients schizophrènes de sexe masculin (Brown et al., 1962). Le docteur Brown a noté que les patients qui obtenaient leur congé de l'hôpital pour retourner dans une ambiance familiale très chargée émotionnellement présentaient une détérioration comportementale et ce, à un degré jugé significativement plus marqué que les sujets qui retournaient vivre dans un environnement où l'émotivité était plus tempérée. Pour rendre ces résultats qualitatifs opérationnels, le docteur Brown a mis au point l'entrevue *Camberwell Family Interview* (CFI) (1966). Le CFI est administré à un proche en privé et est enregistré sur bande vidéo en vue d'une évaluation ultérieure. Le questionnaire est habituellement administré au

* Chercheure, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Verdun, Québec.

** Étudiante à la maîtrise, Sciences infirmières, Université de Montréal.

Les présentes recherches ont été subventionnées par Santé Canada (PNRDS #6605-3327, 1989-1992), FCAR (#91NC0060, 1990-1993), CQRS (#RS01815-090, 1991-1993) et FRSQ (#91-0107-103). Lors de ces projets, le Dr King a été récipiendaire de bourses post-doctorales (1990-1991) et chercheure boursière (de 1991 à ce jour) du FRSQ.

moment où le patient est admis à l'hôpital. L'examineur interroge le proche sur différents aspects de la vie familiale, y compris l'histoire de la maladie, les symptômes et comportements spécifiques, les tâches ménagères et la qualité des liens affectifs entre le patient et ses proches. À l'origine, l'entrevue durait quatre heures. Sa durée a été ramenée à 90 minutes par Vaughn et Leff (1976a) lorsque l'on a constaté que les entrevues plus longues généraient fort peu de renseignements additionnels valables.

L'entrevue enregistrée est ensuite codée selon des critères spécifiques, correspondant à cinq échelles d'évaluation différentes. On commence par dénombrer les commentaires critiques (CC). Cela comprend les commentaires sur le patient qui vont au-delà d'une simple description des comportements perturbateurs et inclut aussi, soit les éléments de contenu ou les tons de voix qui témoignent d'une attitude critique de la part du proche. La deuxième échelle, celle de la surimplication émotionnelle (SIÉ) est graduée de 0 (degré normal d'implication) à 5 (degré extrême de surimplication). Ce concept met en jeu une variété d'attitudes et de comportements, y compris l'abnégation, la surprotection, l'ingérence et la dramatisation. L'hostilité est mesurée au moyen de la troisième échelle, qui est graduée comme suit: degré 0 (absence d'hostilité), 1 (attitude critique généralisée), 2 (rejet du patient), 3 (attitude critique généralisée et rejet). La quatrième échelle dénombre les remarques positives au sujet du patient et la cinquième est une évaluation du degré de chaleur manifestée par le proche à l'endroit du patient et va d'une attitude froide (échelon 1) à une attitude très chaleureuse (échelon 5). Trois des échelles du CFI permettent de prédire les rechutes. Un proche sera classé dans la catégorie ÉE élevée s'il formule six commentaires critiques ou plus durant le CFI, s'il obtient une classification de 3 ou plus à l'échelle de surimplication émotionnelle et/ou s'il se classe à I ou plus à l'échelle d'hostilité. Si, d'après le CFI, un membre ou plus de la famille du patient se classe dans la catégorie ÉE élevée, la famille entière portera l'étiquette ÉE élevée. Autrement, le foyer se trouve dans une catégorie ÉE faible. Cette démarcation nette a été établie sur la base des études longitudinales originales (décrites plus bas) selon lesquelles ces critères permettaient le mieux d'établir une distinction entre les individus prédisposés et non prédisposés aux rechutes.

La première étude à avoir utilisé la *Camberwell Family Interview* a été publiée en 1972 (Brown et al., 1972). Le CFI était administré à des proches au moment de l'admission du patient à l'hôpital. Chaque sujet était par la suite suivi pendant neuf mois après son congé de l'hôpital

afin que l'on puisse déterminer s'il avait rechuté. Cette méthode a été reprise par Vaughn et Leff (1976b), qui œuvrent également en Angleterre. Hooley (1986) a combiné les résultats de ces deux études, qui étaient assez semblables, et en a conclu que si 13 % des patients provenant de foyers jugés «ÉE faible» rechutaient au cours de la période de suivi de neuf mois, cette proportion passait à 51 % chez ceux qui provenaient de foyers cotés «ÉE élevée». Ces résultats témoignent d'une différence nette entre les groupes et d'une ampleur de l'effet dont la portée rivalise avec celui des traitements pharmacologiques antipsychotiques.

Depuis la publication de ces études en Angleterre, la méthodologie de base a été reproduite dans divers pays et cultures à travers le monde et elles ont contribué à confirmer la validité de la cote ÉE élevée comme facteur de prévisibilité de la rechute (Barrelet et al., 1988; Cozolino et al., 1988; Hogarty et al., 1988; Karno et al., 1987; Leff et al., 1990; Parker et Johnson, 1987; Vaughn et al., 1984). Une analyse regroupée de 12 études de ce type a permis de démontrer que le risque de rechute au cours des neuf mois suivant le congé hospitalier est environ 3,7 fois plus grand pour un patient schizophrène vivant dans un foyer coté ÉE élevée que pour un patient vivant dans une ambiance familiale cotée ÉE faible (Parker et Hadzi-Pavlovic, 1990). La validité et la reproductibilité de ces résultats sont impressionnantes, mais il reste encore beaucoup de travail à faire pour comprendre la portée réelle de l'émotion exprimée et les mécanismes qui en font un facteur de prévisibilité de la rechute.

Le principal atout du concept d'émotion exprimée est sa validité sur le plan de la prévisibilité. La *portée* exacte du lien ÉE-rechute nous échappe toutefois. Cela est en partie dû à une simplification à l'excès de la dynamique familiale et de la schizophrénie à l'intérieur du paradigme ÉE.

La nature de la famille a été plus ou moins bien représentée dans la recherche sur l'ÉE. Lors de ses études originales, George Brown n'a travaillé à partir d'aucune structure théorique du mode d'interaction idéal entre la famille et ses membres schizophrènes. Son objectif était d'explorer le rôle de l'environnement social dans le cours de la maladie mentale. À ce jour, peu ont tenté de situer l'émotion exprimée dans le contexte plus large de théories de la famille. En l'absence de théories à partir desquelles développer des hypothèses sur l'origine des différents degrés d'ÉE, peu de recherches ont porté sur les types de conditions familiales propices à la critique, à la surimplication émotionnelle et à l'hostilité. Ainsi, l'absence de structure théorique est une importante lacune de la littérature sur l'émotion exprimée.

En l'absence de théorie de la famille, les chercheurs ont continué d'utiliser le système dichotomique d'ÉE élevée vs faible pour représenter les familles. Cette pratique met totalement de côté la notion de diversité au sein des familles, le rapport de continuité des construits représentés et le fossé conceptuel qui sépare les deux principales échelles, soit les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle. Ainsi, à ce jour, parce qu'elle utilise des points de démarcation pour créer des catégories artificielles qu'elle applique aussi bien aux membres des familles qu'aux familles entières, en combinant les paramètres composantes CC et SIÉ en un seul construit global et en ne tenant pas compte de la nature du lien d'un proche avec le patient (mère, père, frère ou sœur ou conjoint), la recherche sur l'ÉE n'a pas été un reflet fidèle de la réalité de la vie familiale. De même, les sources potentielles de variabilité affectant chaque dimension de l'ÉE ont jusqu'à présent été ignorées.

Dans la recherche sur l'ÉE, la tendance a été de simplifier à l'excès non seulement la famille en tant qu'entité, mais aussi les conclusions tirées des recherches. Étant donné que les évaluations de l'ÉE permettent de prédire la rechute, on en déduit souvent que c'est la famille cotée ÉE élevée qui provoque la rechute chez le patient (Goldstein et al., 1989) et divers programmes psycho-éducatifs ont été conçus précisément afin de réduire l'intensité de l'ÉE chez les proches (Hogarty et al., 1986; Leff et al., 1982). Si l'on veut formuler des hypothèses quant aux liens de cause à effet au sein de la dynamique familiale, il faut d'abord supposer que le degré d'émotion exprimée observé au moment où le patient est admis à l'hôpital est celui qui prévaut également durant la période de suivi, avant la rechute. À ce jour, cette hypothèse n'a pas été adéquatement testée.

À défaut de pouvoir conclure que l'ÉE est une caractéristique constante des familles qui est présente lorsque l'état clinique du patient se détériore, on peut essayer d'interpréter différemment le lien entre l'émotion exprimée et la rechute. En effet, par exemple, la famille ne pourrait-elle pas servir de baromètre de l'état clinique du patient qui l'amène à la rechute. Il faut recueillir des données pour en arriver à distinguer le degré d'influence exercée sur le patient par sa famille et sur la famille par le patient. Ainsi, la constance des différentes échelles du CFI dans le temps et le degré auquel la moindre variation de l'émotion exprimée est associée à l'évolution de l'état clinique du patient sont les pièces centrales du casse-tête que représente l'ÉE.

Si le paradigme ÉE a simplifié à l'excès le caractère de la famille, il a également adopté une conceptualisation simpliste du cours de la

schizophrénie. Dans la majorité des études sur l'ÉE, l'indice retenu pour refléter l'évolution de la maladie est la rechute. Si la rechute est une composante importante du cours de la schizophrénie, sa nature dichotomique ne saurait être un reflet fidèle de l'éventail complet des degrés fonctionnels dans la schizophrénie. De même, l'utilisation de la rechute comme mesure de l'évolution de la maladie exagère l'importance d'un bref épisode difficile dans la vie du patient (Falloon, 1983). L'absence de rechute n'est synonyme ni de santé ni de qualité de vie satisfaisante pour le patient. Par exemple, les patients qui présentent un syndrome de symptômes négatifs ne répondent peut-être pas aux critères diagnostiques de la rechute, or ils restent isolés et fonctionnent plus ou moins bien. Finalement, la rechute n'est que l'un des multiples aspects d'un concept pluridimensionnel de l'évolution de la maladie, dont les chercheurs pourraient tenir compte, avec notamment la gravité spécifique de l'état actuel, le profil des symptômes et l'adaptation sociale.

En 1989, pour combler ces lacunes de la recherche sur l'émotion exprimée, nous avons entrepris une recherche au Centre de recherche de l'hôpital Douglas avec les objectifs suivants :

Objectif n° 1: notre objectif premier était de déterminer à quel degré les échelles individuelles du CFI administré aux mères et aux pères alors que le patient n'était plus à l'hôpital et que son état était jugé stabilisé, pouvaient expliquer la variance de plusieurs aspects de l'évolution de la maladie, soit rechute, gravité des symptômes et ajustement social dans divers rôles sociaux différents.

Objectif n° 2: compte tenu de l'absence de structure théorique concernant l'émotion exprimée, nous avons cherché à déterminer si la théorie des systèmes familiaux conceptualisée par le *Circumplex Model of Marital and Family Systems* (Olson et al., 1979) pouvait expliquer la variabilité des deux principales échelles du CFI: commentaires critiques et surimplication émotionnelle. Le *Circumplex Model* comprend deux axes, la cohésion familiale et l'adaptabilité, qui sont les concepts les plus souvent utilisés comme descripteurs de base des familles dans la littérature sur la théorie de la famille. L'axe «cohésion» représente le degré de proximité des membres de la famille et leur intérêt pour les activités partagées. Cet axe va de «désengagé» à «enchevêtré». Pour sa part, l'axe «adaptabilité» reflète la capacité d'adaptation de la famille sur le plan des rôles, en fonction des situations et des développements qui l'affectent. L'adaptabilité varie de «chaotique» à «rigide». Le *Circumplex Model* part du principe selon lequel les familles et leurs membres individuels sont le plus fonctionnels lorsque la famille se situe au centre de ce modèle, c'est-à-dire lorsqu'elle se trouve à mi-chemin de

l'éventail des valeurs de chaque axe. En tenant compte des aspects individuels de l'ÉE et du *Circumplex Model*, nous avons formulé l'hypothèse que de forts degrés de cohésion familiale sont associés à de forts degrés de surimplication émotionnelle et que de faibles degrés d'adaptabilité peuvent être propices à la critique.

Objectif n° 3: nous avons cherché à savoir par la recherche s'il est utile d'employer les échelles du CFI dans leur forme continue plutôt que sous forme de dichotomies.

Objectif n° 4: en lien avec ce dernier point et inspiré par la théorie des systèmes familiaux, un autre objectif a été de vérifier l'hypothèse selon laquelle les liens entre ÉE et évolution de la schizophrénie puissent être en partie fonction du lien unissant le patient et le proche (c'est-à-dire cotes d'ÉE provenaient de la mère, du père, d'un frère ou d'une sœur ou du conjoint). Ainsi, des analyses distinctes ont été effectuées selon la nature du lien avec le proche.

Objectif n° 5: nous avons également voulu déterminer le rôle relatif des commentaires critiques et de la surimplication émotionnelle dans l'explication de l'évolution variable de la maladie et pour ce faire, nous avons analysé séparément chaque échelle.

Objectif n° 6: bien qu'il soit pour ainsi dire impossible de concevoir une étude qui puisse déterminer de façon non équivoque la direction du lien causal entre l'ÉE dans la famille et l'évolution du patient, nos études ont été conçues pour tester la plausibilité de liens de cause à effet dans un sens ou dans l'autre, en incluant des mesures répétées et des stratégies d'analyses intercroisées.

Objectif n° 7: nos différentes évaluations de l'émotion exprimée ont également été conçues pour déterminer la constance de l'émotion exprimée dans le temps.

Méthode

Sujets

L'échantillon comportait soixante-neuf sujets porteurs d'un diagnostic de schizophrénie (DSM-III-R), âgés de 19 à 35 ans au moment de leur inscription à l'étude et qui vivaient avec au moins un parent proche. Tous les sujets ont été jugés stabilisés par leur psychiatre traitant et étaient sortis de l'hôpital depuis au moins six semaines. La majorité des sujets de l'échantillon (89 %) n'avaient jamais été mariés. La plupart (64 %) présentaient un diagnostic de schizophrénie résiduelle selon le DSM-III-R et le nombre d'hospitalisations antérieures variait de 0 à 7

($M = 2,2$). Plus de 87 % des sujets de l'échantillon étaient de race blanche et 74 % étaient de sexe masculin.

L'étude incluait également 108 proches de ces patients. L'échantillon des proches était composé à 59,3 % de femmes et à 40,7 % d'hommes. On y dénombrait 52 mères, 32 pères, 16 frères et sœurs et 8 «autres». Ces proches étaient en majorité de statut socio-économique faible (35,2 %) et moyen (30,6 %), contre 3,7 % des familles appartenant à un statut socio-économique plus élevé, selon l'indice de la *Hollingshead Social Position*.

Instruments

La version de 90 minutes de l'entrevue *Camberwell Family Interview* (Vaughn et Leff, 1976a) a été utilisée pour évaluer les cinq composantes de l'émotion exprimée pour chaque proche. Les examinateurs ont été formés en vue de parvenir à un degré de fiabilité interjuge de 0,80 ou plus; le degré de fiabilité a été surveillé tout au long de l'étude.

Le *FACES III* (Olson et al., 1985) est un questionnaire auto-administré. Il vise à évaluer les deux axes du *Circumplex Model of Family Systems*. L'échelle qui sert à mesurer le degré de cohésion comporte dix items qui reflètent le degré de proximité des membres de la famille et leur intérêt pour les activités partagées. L'échelle d'adaptabilité, qui comporte aussi 10 éléments, reflète la capacité d'adaptation de la famille sur le plan des rôles, en fonction des situations et des développements qui l'affectent. Les deux échelles sont indépendantes selon le rapport qui figure au manuel ($r = 0,03$).

Afin d'évaluer le degré d'ajustement social pour différents rôles sociaux, nous avons utilisé la *Social Adjustment Scale II* (SAS-II) (Weissman et Bothwell, 1976). La SAS-II est une entrevue semi-structurée d'une durée habituelle d'environ 45 minutes, menée auprès des patients. Diverses questions spécifiques sont posées, mais les indices intéressants sont les cinq évaluations globales effectuées par les examinateurs à la fin de l'entrevue. Ces échelles en sept points concernent l'ajustement social dans la sphère de l'activité humaine du sujet (travailleur, étudiant ou, par défaut, «ménagère»), son rôle comme membre d'une famille, comme membre d'une famille élargie et aux loisirs. La cinquième classification est une classification globale de l'ajustement social général.

La gravité des symptômes du patient a été évaluée à l'aide de la version UCLA de la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) (Lukoff et al., 1986). L'entrevue semi-structurée couvre 24 symptômes différents,

évalués à l'aide d'échelles en sept points, dont la somme indique la gravité des symptômes dans leur ensemble. Les analyses de facteurs tiennent toujours compte d'un facteur lié à la symptomatologie positive (y compris hallucinations, délires et désorganisation conceptuelle) et un facteur lié à la symptomatologie négative (y compris repli émotionnel, affect émoussé et retard moteur). Dans nos analyses, nous avons utilisé des indices de symptômes totaux, de symptômes positifs et de symptômes négatifs, de même qu'un indice composé, que nous avons appelé «type de symptôme» reflétant la prépondérance de symptômes positifs sur les symptômes négatifs. Nos examinateurs cliniques ont été formés en vue d'obtenir et de maintenir un degré de fiabilité inter-juge de 0,80 ou plus, tant pour la SAS-II que pour la BPRS.

Nos études ont également tenu compte des rechutes. Au cours des neuf mois de suivi, les rechutes ont en effet été recensées sur la base des renseignements contenus dans les dossiers hospitaliers des patients, plus précisément, lorsque les dossiers mentionnaient les indices suivants : hospitalisation, séjour au service des urgences pour observation ou augmentation de 50 % ou plus des doses d'antipsychotiques.

Procédures

Les patients ont été inscrits à l'étude au moment d'une consultation régulière auprès de leur thérapeute principal, alors qu'ils n'étaient pas hospitalisés. Avec l'autorisation des patients, leurs proches ont été contactés et recrutés par téléphone. Le plus tôt possible, à leur convenance, les proches ont été interviewés individuellement à l'aide du *Camberwell Family Interview* (CFI) et on leur a administré le questionnaire *FACES III*. Deux semaines plus tard, les patients étaient interviewés au moyen de la SAS-II et de la BPRS. Au bout de neuf mois, toutes les entrevues avec les proches et les patients ont été reprises et les dossiers hospitaliers des patients ont été examinés pour y déceler des indices de rechute.

Analyses

La majorité de nos objectifs ont été testés à l'aide d'une analyse de cheminement (path analysis). Cette technique est un prolongement de la régression multiple. En testant une série d'équations structurelles linéaires selon un modèle prédéterminé, le chercheur peut formuler des conclusions à propos des parcours suivis pour que les variables semblent en bout de ligne expliquer la variance de la variable dépendante. Les résultats révèlent l'amplitude et la direction des effets directs, indirects et totaux de chaque variable.

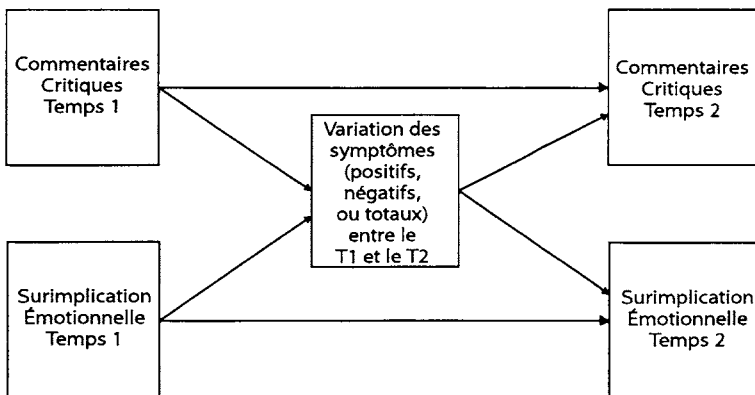
Le modèle de base que nous avons proposé lors de notre premier projet (King, 1993a) reflète les hypothèses suivantes: les deux composantes du *Circumplex Model of Marital and Family Systems* (cohésion et adaptabilité) soutiennent les deux principales composantes de l'émotion exprimée (commentaires critiques et surimplication émotionnelle), ces quatre variables touchant la famille sont à l'origine du type de symptôme présent au moment du suivi (symptômes positifs moins symptômes négatifs) et ces cinq variables expliquent la variance des résultats d'ajustement social observés au moment du suivi (voir Figure 1). Un modèle a été testé pour chacun des cinq classements généraux selon la *Social Adjustment Scale*. Chaque modèle a été testé séparément à l'aide de moyennes établies pour les familles au sujet de ces variables (King et Dixon, sous presse) et au moyen des données sur la famille recueillies auprès des mères ou des pères (King, 1993a).

Un deuxième modèle de cheminement semblable a été mis au point pour expliquer la variance de la gravité des symptômes au moment du suivi. Ce modèle découlait d'une hypothèse selon laquelle la dynamique familiale est à l'origine de l'émotion exprimée qui elle-même explique la gravité des symptômes neuf mois plus tard. Le deuxième modèle a été testé séparément pour les symptômes positifs, négatifs et totaux, pour les mères et les pères.

Finalement, des analyses de cheminement intercroisées (voir Figure 2) ont été effectuées à l'aide de mesures de l'ÉE et des symptômes

Figure 1

Modèle d'analyse du cheminement du type de symptôme et de l'ajustement social chez de jeunes adultes schizophrènes



des patients afin de tester la constance de l'ÉE dans le temps et de déterminer les effets relatifs de l'ÉE sur les symptômes par opposition à l'effet des symptômes sur l'ÉE. Encore une fois, ces analyses ont été effectuées séparément pour les mères et pour les pères (King et Dixon, 1995b).

Résultats sélectionnés et conclusions

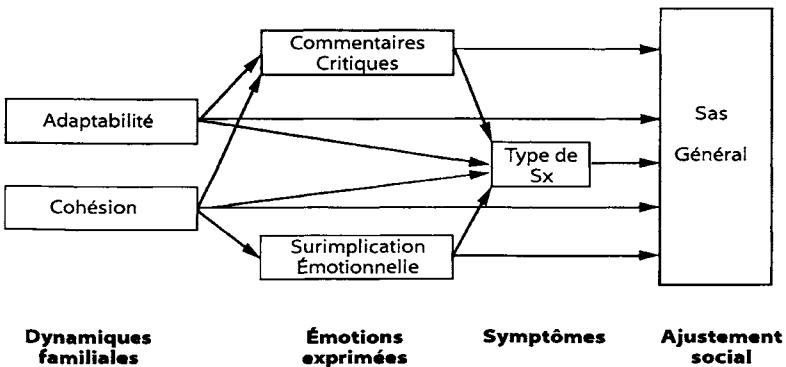
Les résultats résumés ici ont déjà été présentés en détails ailleurs (King, 1993a; King, 1993b; King et Dixon, 1996; King et Dixon, 1995a; King et Dixon, 1995b).

Comme ce fut le cas dans d'autres études sur l'ÉE, nous avons étudié le rôle de l'émotion exprimée à titre de facteur de prévisibilité de la rechute au cours d'une période de suivi de neuf mois. Nos résultats ont été très semblables à ceux d'études précédentes. En effet, 17 % des patients provenant de foyers cotés ÉE faible ont rechuté, contre 51 % pour les sujets provenant de foyers cotés ÉE élevée. Si, d'une part, la ressemblance de nos résultats à ceux d'autres études est rassurante, il faut souligner que nos évaluations, fondées sur le CFI, avaient lieu lorsque les patients étaient hors de l'hôpital et non peu de temps après une admission, comme c'était le cas dans la majorité des études sur l'ÉE.

Figure 2

Modèles de cheminement intercroisés pour l'étude de la constance des CC et de la SIÉ, et de l'influence exercée sur la variance de la symptomatologie au cours d'un suivi de neuf mois.

MODÈLE CAUSAL DE L'AJUSTEMENT SOCIAL



Pour mieux comprendre de quelle façon les CC et la SIÉ de la part des mères et des pères peuvent ou non être associés avec le risque de rechute, des analyses distinctes ont été effectuées. Elles incluaient toutes les variables indépendantes provenant des modèles analytiques de cheminement. Selon les résultats observés, les meilleurs facteurs de prévisibilité de la rechute sont la SIÉ maternelle et les CC paternels. Les CC paternels en soi expliquent plus de 21 % de la variance de la rechute. Étonnamment, les mères avaient plus de commentaires critiques à formuler à propos des patients qui ne rechutaient pas qu'à propos de ceux qui rechutaient (tendance non significative statistiquement).

Les résultats de nos analyses de cheminement suggèrent comment la dynamique familiale conceptualisée par le *Circumplex Model* peut être à l'origine de l'émotion exprimée. Contrairement à nos prédictions, la cohésion familiale évaluée au moyen de l'échelle *FACES* n'était pas significativement associée aux commentaires critiques ni à la surimplication émotionnelle de la part des mères ou des pères. Lorsque l'on tenait compte uniquement des indices d'adaptabilité perçus par les mères, les résultats donnaient à penser que plus la mère jugeait sa famille apte à l'adaptation, moins elle formulait de commentaires critiques au CFI. Cet effet direct se présentait toutefois dans la direction opposée pour les pères, puisque le nombre de commentaires critiques était proportionnel au degré d'adaptabilité dont ils estimaient leur famille capable. Ainsi, si l'adaptabilité semblait refléter un certain degré de tolérance chez les mères, les pères manifestaient peut-être un sentiment de perte de contrôle dans les familles très adaptables et réagissaient au moyen de critiques plus nombreuses. Et si l'adaptabilité n'a pas semblé associée à la surimplication émotionnelle pour les mères, plus les pères jugeaient leur famille adaptable, plus grande était leur surimplication émotionnelle.

Les résultats des analyses de cheminement indiquent également la nature du lien entre les indices *FACES* et le type de symptôme neuf mois plus tard. L'adaptabilité de la famille semble n'avoir aucun lien statistique avec le type de symptôme. Un effet direct significatif sur les symptômes négatifs a toutefois été noté entre la cohésion familiale et le type de symptôme, qui avait tendance à être plus fort pour les pères que pour les mères. Ces résultats suggèrent que plus le père ou la mère accordait une cote élevée au chapitre de la cohésion familiale, plus les symptômes négatifs semblaient avoir prépondérance sur les symptômes positifs chez les patients neuf mois plus tard. Cela pourrait être dû au fait qu'une famille dont la cohésion est forte, qui manifeste des attentes sur le plan de la proximité émotionnelle et des activités partagées, repré-

sente un environnement social stressant pour le patient, qui se replie alors vers des symptômes négatifs. Or, cela n'empêche pas la famille dont la cohésion est forte d'également calmer la peur du rejet que peut éprouver le patient, crainte souvent associée à une exacerbation des symptômes positifs.

Nos résultats permettent également d'expliquer comment les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle peuvent être associés avec la variance des symptômes lorsque la dynamique familiale est constante. Peu importe que la variable dépendante ait été la gravité des symptômes positifs, négatifs ou totaux, ni les commentaires critiques, ni la surimplication maternelle ou paternelle n'ont semblé avoir un lien avec ces symptômes. Or, lorsque l'on tenait compte de la variable type de symptôme, on se rendait compte que plus les critiques maternelles étaient importantes, plus les symptômes positifs avaient prépondérance sur les symptômes négatifs chez le patient neuf mois plus tard. Ni les commentaires critiques, ni la surimplication émotionnelle des pères n'ont semblé associés au type de symptôme.

Les analyses de cheminement ont également servi à étudier l'utilité du modèle pour expliquer la variance des cinq indices de la *Social Adjustment Scale*. Pour ce qui est du type de symptôme, les résultats suggèrent que plus les symptômes positifs sont prépondérants chez le patient, moins bien il fonctionnera en tant que membre de la famille et au chapitre de ses rôles familiaux élargis. Ainsi, les patients dont les symptômes positifs sont plus graves que leurs symptômes négatifs semblent éprouver plus de difficulté à s'entendre avec les autres membres de la famille. Le type de symptôme n'a été associé à aucune autre des échelles de la SAS.

Tant pour les mères que pour les pères, la surimplication émotionnelle s'accompagnait d'un lien significatif avec l'ajustement social lorsque les autres variables du modèle demeuraient constantes. La direction du lien ne s'établit toutefois pas dans le sens prévu. Plus la surimplication émotionnelle des mères a été classée à un niveau élevé, *mieux* le patient fonctionnait à titre de membre de la famille et dans ses rôles à titre de membre de la famille élargie; plus la surimplication des pères recevaient une cote élevée, *plus* les évaluations de suivi étaient favorables sur le plan de l'ajustement aux loisirs et sur le plan de l'ajustement social général. Ainsi, si une forte surimplication émotionnelle est associée à un risque plus grand de rechute, elle est également associée à un *meilleur* fonctionnement social.

Les résultats quant aux commentaires critiques ont concordé avec les prévisions. Plus les pères formulaient de commentaires critiques,

pire était le fonctionnement social du patient sur le plan de son rôle dans la famille élargie et sur le plan de son adaptation sociale générale. On a également noté un lien non significatif entre un degré de CC plus élevé et un moins bon fonctionnement en famille au moment du suivi également. Pour les mères, d'autre part, aucun effet direct significatif n'a pu être noté entre les commentaires critiques et quelque autre classification que ce soit à la SAS. On a toutefois noté une tendance des CC à être associés à un *meilleur* fonctionnement dans la sphère d'activité. Étant donné que pour la majorité des patients la sphère d'activité est « ménagère », ces résultats peuvent indiquer que les attitudes critiques des mères sont le reflet d'attentes plus élevées à l'endroit d'un comportement responsable à la maison auquel ces sujets répondent par un meilleur rendement.

La variable de la dynamique familiale qui a démontré le plus de liens significatifs avec un ajustement social, a été l'adaptabilité : plus les mères et les pères jugeaient leur famille apte à l'adaptation, pire était le fonctionnement du patient sur le plan du rôle aux loisirs. De plus, les cotes d'adaptabilité plus élevées accordées par les mères concordaient avec un piètre fonctionnement sur le plan du rôle dans la sphère d'activité et avec un classement inférieur pour ce qui est de l'ajustement social global. L'échelle d'adaptabilité *FACES* pourrait refléter non seulement la flexibilité, mais aussi les attentes, c'est-à-dire que les familles présentant des indices élevés à l'échelle d'adaptabilité, peuvent également être souples au point d'avoir peu d'attentes à l'endroit du patient, ce qui subtilement peut être propice à un moins bon fonctionnement.

Pour déterminer la constance de l'émotion exprimée dans le temps, les coefficients de corrélation au sein d'une même classe de CC et de SIÉ ont été calculés, tant pour les mères que pour les pères. Les coefficients de constance sur neuf mois ont été significatifs pour ce qui est des commentaires critiques exprimés par les mères ($r = 0,61$), mais non pour les pères ($r = 0,14$). La SIÉ est toutefois demeurée significativement constante tant pour les mères ($r = 0,58$) que pour les pères ($r = 0,51$).

Les analyses de cheminement intercroisées ont été conçues pour déterminer à quel point les CC et les SIÉ restaient constants chez les mères et chez les pères lorsque la symptomatologie changeait au cours de la période de suivi. De même, les modèles vérifient l'influence relative du proche sur le patient et du patient sur le proche. Si le modèle testé mettait en jeu des changements sur le plan des symptômes totaux, positifs ou négatifs, les CC et les SIÉ des mères et les SIÉ des pères restaient constants lorsque ces changements de symptômes demeuraient

tels. Lorsque les modèles ont été testés pour ce qui est des indices de gravité des symptômes totaux, les résultats indiquaient que les CC et les SIÉ des mères n'influaient aucunement sur les changements de symptômes perçus au cours de la période de suivi et que ces derniers n'influaient pas sur ces caractéristiques des mères. Lorsque l'on tenait compte des symptômes positifs, toutefois, les résultats indiquaient que l'ÉE des mères n'exerçait aucun effet sur les changements de symptômes et que les mères devenaient de plus en plus critiques lorsque les symptômes positifs s'aggravaient. Lorsque le modèle a été testé avec les symptômes négatifs, les résultats ont donné à penser qu'une SIÉ maternelle plus forte était associée à une aggravation des symptômes négatifs durant le suivi. Ainsi, bien qu'il n'ait semblé y avoir aucune corrélation entre la cohésion et la surimplication émotionnelle, selon nos résultats, ces deux caractéristiques peuvent peut-être créer un stress social auquel les patients schizophrènes répondent par une aggravation de leurs symptômes négatifs.

Le mode de présentation des résultats a quelque peu différé pour les pères. Comme le démontraient les données recueillies auprès des mères, aucun lien significatif entre les CC ou les SIÉ n'a été noté au chapitre des changements ayant affecté les symptômes totaux. Contrairement aux résultats obtenus auprès des mères toutefois, nos observations suggèrent que l'ÉE des pères est influencé par les changements qui affectent les symptômes totaux. Plus précisément, l'aggravation des symptômes totaux durant la période de suivi a été associée à un moins grand nombre de commentaires critiques et à une surimplication émotionnelle atténuée. Lorsque nous avons tenu compte des symptômes positifs dans l'analyse, nous n'avons pas non plus réussi à établir de lien entre l'émotion exprimée par les pères et les changements subséquents des symptômes, mais, comme ce fut le cas pour les mères, un lien significatif a pu être établi entre les changements des symptômes positifs et l'ÉE des pères. Si les mères semblent réagir de façon plus critique à l'expression de symptômes positifs graves, les pères semblent réagir par des commentaires critiques moins nombreux et par une surimplication émotionnelle atténuée. Au cours d'une communication personnelle avec Lyman Wynne (avril 1995), une hypothèse a été avancée à l'effet que ces résultats indiquent plus probablement un détachement émotionnel de la part des pères plutôt qu'un adoucissement de leur attitude à l'endroit du patient plus psychotique. Malheureusement, le CFI n'a pas permis de distinguer entre les proches cotés ÉE faible qui acceptent véritablement le patient et ceux qui se résignent à la situation. Finalement, si l'on tient compte des symptômes négatifs, d'autres différences

apparaissent entre les résultats notés chez les mères et chez les pères. Les commentaires critiques des pères ont été associés à une amélioration subséquente des symptômes négatifs durant la période de suivi qui a alors été reliée à une surimplication émotionnelle des pères plus prononcée.

Discussion

Ces résultats concordent avec les objectifs énumérés précédemment. Le premier objectif portait sur la capacité des échelles de CFI individuelles à expliquer la variance dans les diverses dimensions de l'évolution de la maladie. Pour ce qui est de la rechute, nos travaux ont démontré les dimensions individuelles de l'ÉE et leur indéniable et significative association avec la rechute et il semble que le meilleur facteur de prévisibilité, soit les SIÉ des mères et les CC des pères, bien que la variable ÉE dichotomique traditionnelle soit toujours un facteur de prévisibilité puissant, même si la CFI est effectuée alors que le patient est hors de l'hôpital et stabilisé.

Malgré la grande valeur prédictive de la CFI à l'égard de la rechute, les résultats sont nettement plus faibles en ce qui a trait à la gravité réelle des symptômes. Le seul lien significatif entre l'ÉE et les symptômes a été observé entre les CC des mères et le type de symptôme selon les résultats de l'analyse de cheminement, ce qui donne à penser que les CC maternels plus nombreux sont associés à une prépondérance des symptômes positifs neuf mois plus tard. Toutefois, les analyses intercroisées clarifient ce lien. Il semble que ce soient les mères qui réagissent aux symptômes positifs des patients plutôt que les patients qui réagissent aux critiques maternelles. De façon globale, les résultats touchant la gravité réelle des symptômes, par opposition aux rechutes, nous forcent à mettre en doute l'hypothèse selon laquelle un degré d'ÉE élevée *provoque* une détérioration clinique chez les patients schizophrènes.

Nos études sont les premières à porter sur l'ajustement social en tant que fonction de l'émotion exprimée et suggèrent que la surimplication émotionnelle est associée à un meilleur ajustement social dans différents rôles. En juxtaposition avec les résultats notés au sujet de la rechute, ces observations suggèrent que la SIÉ puissent être un facteur de risque de rechute, particulièrement dans le cas de la SIÉ maternelle, mais qu'elle soit un facteur de protection au chapitre de l'ajustement social.

Notre deuxième objectif portait sur la capacité du *Circumplex Model of Family Systems* à expliquer la variabilité de l'émotion expri-

mée. Selon nos résultats, le concept d'adaptabilité est particulièrement utile comme source de variation de l'émotion exprimée, mais semble porter une connotation différente selon qu'elle est observée par le père ou par la mère.

En réponse à nos troisième, quatrième et cinquième objectifs, l'ensemble de nos résultats soulignent l'utilité d'analyser les CC et la SIÉ séparément et en continu et d'analyser les données séparément pour les mères et pour les pères. Cela peut être particulièrement important si l'on tient compte de populations de patients schizophrènes plus jeunes, dont les familles subissent le stress de l'accession des enfants à l'autonomie. Selon Jill Hooley, qui étudie la schizophrénie et la dépression, à Harvard, il n'y aurait aucune différence parentale sur le plan des liens avec l'émotion exprimée au sein de ses échantillons de patients plus chroniques et âgés (communication personnelle, 1996).

Nos analyses intercroisées ont bien servi nos objectifs 6 et 7 qui étaient de comprendre la constance de l'ÉE au cours de périodes non critiques et comparables de la vie du patient et la direction de l'influence exercée entre les patients et leurs familles. Bien que ce type d'analyse ne puisse se substituer aux modèles expérimentaux et ni être utilisée pour conclure à l'existence de liens de cause à effet unidirectionnels formels, les résultats peuvent appuyer certaines hypothèses causales préliminaires. En effet, nos résultats suggèrent que les attitudes critiques et la surimplication émotionnelle sont relativement constantes dans le temps, peu importe les changements de symptomatologie du patient. Simultanément, la symptomatologie du patient est assez constante, peu importe le degré d'émotion exprimée à la maison. Finalement, lorsqu'il y a des effets intercroisés significatifs, la tendance serait que le patient influe sur les parents et non le contraire. Ces résultats concordent avec un nombre croissant de données tirées de la littérature sur la génétique comportementale selon laquelle l'influence réelle de la famille sur la pathologie des enfants est relativement limitée (voir Rowe, 1994).

Au Centre de recherche de l'hôpital Douglas, nos travaux se poursuivent sur l'émotion exprimée. Nous travaillons à l'heure actuelle à la reproduction à grande échelle de nos études sur la schizophrénie, avec témoins normaux appariés. Cette étude se penche, entre autre, sur l'hypothèse selon laquelle la sensibilité d'un individu à la critique parentale puisse dépendre, dans une certaine mesure, de la culture de la famille, de l'estime de soi de la jeune personne et de l'importance relative accordée par le sujet à la famille, au travail et à la vie sociale. Avec Michael Dixon, nous procédons également à des expériences neurocognitives afin de déterminer à quel degré les proches ayant des

cotes ÉE élevée et faible font pression sur les sujets schizophrènes et sur les témoins normaux. Finalement, nous amorcerons sous peu une nouvelle étude en vue de déterminer à quel point l'émotion exprimée peut être considérée comme un trait de personnalité des proches. Les lecteurs que nos travaux intéressent peuvent communiquer avec nous pour plus de renseignements.

RÉFÉRENCES

- BARRELET, L., PELLIZZER, G., AMMANN, L., 1988, Family expressed emotion and outcome of schizophrenics: A study in a French cultural environment, *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 139, 27-34.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.K., 1972, Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- BROWN, G.W., MONCK, E.M., CARSTAIRS, G.M., WING, J.K., 1962, Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- BROWN, G.W., RUTTER, M., 1966, The measurement of family activities and relationships, A methodological study, *Human Relations*, 19, 241-263.
- COZOLINO, M., GOLDSTEIN, J., NUECHTERLEIN, K., WEST, K., SNYDER, K., 1988, The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion, *Schizophrenia Bulletin*, 14, 4, 675-687.
- FALLOON, I.R.H., 1983, Relapse in schizophrenia: A review of the concept and its definitions, *Psychological Medicine*, 13, 469-477.
- GOLDSTEIN, M., MIKLOWITZ, D., STRACHAN, A., DOANE, J., NUECHTERLEIN, K., FEINGOLD, D., 1989, Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterize the families of recent onset schizophrenics, *British Journal of Psychiatry*, 155, 107-111.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J., GREENWALD, D.P., JAVNA, C.D., MADONIA, M.J., 1986, Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- HOGARTY, G.E., MCEVOY, J.P., MUNETZ, M., DIBARRY, A.L., BARTONE, P., CATHER, R., COOLEY, S.J., ULRICH, R.F., CARTER, M., MADONIA, M.J., 1988, Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia: Results of a two-year controlled study, *Archives of General Psychiatry*, 45, 797-805.
- HOOLEY, J.M., 1986, An introduction to EE measurement and research, in *Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention*, Goldstein, M.J., Hand, I., Hahlweg, K., (Eds.), Berlin, Springer-Verlag, 25-34.

- KARNO, M., JENKINS, J.H., DE LA SELVA, A., SANTANA, F., TELLES, C., LOPEZ, S., MINTZ, J., 1987, Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143-151.
- KING, S., 1993a, *The Stability of Expressed Emotion in Families with a Schizophrenic Young Adult Living at Home*, No. Final report (CQRS#RS-1815 1 091), Gouvernement du Québec.
- KING, S., 1993b, *Testing a Causal Model of Functioning in Schizophrenic Young Adults: The influence of expressed emotion and family dynamics*, No. Final report (NHRDP #6605-3327-63), Santé et Bien-être social Canada.
- KING, S., DIXON, M. 1996, The Influence of EE, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults, *Archives of General Psychiatry*.
- KING, S., DIXON, M.J., 1995a, Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults, *Schizophrenia Research*, 14, 121-132.
- KING, S., DIXON, M.J., 1995b, The longitudinal stability and symptom sensitivity of expressed emotion in mothers and fathers, *International Congress on Schizophrenia Research*, Hot Springs, Virginie.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN, R., STURGEON, D., 1982, A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- LEFF, J., WIG, N.N., BEDI, H., MENON, D.K., KUIPERS, L., KORTER, A., ERNBERG, G., DAY, R., SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., 1990, Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: A two-year follow-up of a first-contact sample, *British Journal of Psychiatry*, 156, 351-356.
- LUKOFF, D., NUCHESTERLEIN, K.H., VENTURA, J., 1986, Appendix A: Manual for the expanded BPRS, In Lukoff, D., Liberman, R.P., and Nuechterlein, K.H. Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- OLSON, D.H., PORTNER, J., LAVEE, Y., 1985, *FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, St. Paul, University of Minnesota.
- OLSON, D.H., RUSSELL, C.S., SPRENKLE, D.H., 1979, Circumplex model of marital and family systems, II: Empirical studies and clinical intervention. In J. Vincent (Ed.), *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory*, Greenwich, JAI, 128-176.
- PARKER, G., HADZI-PAVLOVIC, D., 1990, Expressed emotion as predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data, *Psychological Medicine*, 20, 961-965.

- PARKER, G., JOHNSON, P., 1987, Parenting and schizophrenia: An Australian study of expressed emotion, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 60-66.
- ROWE, D.C., 1994, *The Limits of Family Influence: Genes, Experience, and Behavior*, Guilford, New York.
- VAUGHN, C., LEFF, J., 1976a, The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P., 1976b, The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- VAUGHN, C.E., SNYDER, K.S., JONES, S., FREEMAN, W.B., FALLOON, I.R.H., 1984, Family factors in schizophrenic relapse, Replication in California of British research on expressed emotion, *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- WEISSMAN, M.M., BOTHWELL, S., 1976, Assessment of social adjustment by patient self-report, *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.

ABSTRACT

The role of expressed emotions in the course of schizophrenia

In a decade dedicated to the brain, one particular line of research has been demonstrating the value of considering psychosocial factors in the course of schizophrenia. The purpose of this article is to briefly describe the concept of «expressed emotion» which has been shown repeatedly to predict relapse in a variety of severe mental disorders. We will, as well, describe a research program undertaken at the Douglas Hospital Research Centre which has been developed to deepen our understanding of the association between the family and outcome in schizophrenia. Selected results will be presented that highlight the complexity of the family process in mental illness.