

Effacité de la thérapie conjugale dans le traitement de la psychose chez un membre du couple

par

Christine Mc Gowan, T.S, M.Sc

Courriel : cmcgowan.hhlh@ssss.gouv.qc.ca

Impacts de la psychose sur les couples et les familles. Efficacité des thérapies conjugales illustrée par une situation clinique.

Impacts of psychosis on couples and families. The effectiveness of conjugal therapy is explained through a case study.

La psychiatrie est notre champ de pratique professionnelle. Plus précisément, nous sommes rattachée à une équipe traitante multidisciplinaire du programme des troubles psychotiques – volet Premiers épisodes psychotiques (PEP) de l'Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (IUSMM), Louis-Hyppolite Lafontaine (LHL). Dans ce cadre, nous sommes régulièrement confrontée à des patients, hospitalisés ou suivis en clinique externe, dont la vie conjugale et familiale est bouleversée par la survenue d'un trouble psychotique. Nous sommes particulièrement préoccupée par les besoins de soutien des couples dont l'un des membres est atteint de psychose. En vue de mieux répondre aux besoins de ces couples, nous avons fait une recherche sur l'efficacité des thérapies conjugales ou familiales (TCF) dans le traitement de la psychose. Nous avons non seulement fouillé les données probantes sur le sujet, mais conduit également une TCF durant plus de deux ans dans notre milieu de travail afin de montrer comment les principes directeurs qui se dégagent de notre revue des écrits peuvent concrètement s'appliquer dans notre champ de pratique.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 15-25.

Notre exposé suit trois axes de développement. Le premier définit les contours de la psychose et balise la problématique des impacts négatifs de ce trouble mental sévère et persistant sur la vie conjugale et familiale. Le deuxième résume les résultats de recherche sur les meilleures pratiques de traitement de la psychose et fait ressortir de ce vaste champ de recherche l'apport spécifique des TCF, toutes approches thérapeutiques confondues, de façon à orienter la discussion vers les facteurs communs d'efficacité thérapeutique dans ce domaine. Le troisième propose une analyse des moments clés d'évolution d'un cas clinique rencontré dans notre pratique. Nous nous attardons aux facteurs communs d'efficacité thérapeutique qui s'appliquent et aux critères de réussite qui se rapportent au cheminement du patient et de ses proches dans le processus de rétablissement et le processus afférent de réorganisation familiale.

I – Présentation de la problématique

1.1 Psychose ou trouble psychotique, de quoi parle-t-on?

La psychose est définie par l'Association psychiatrique américaine (2004) sous la rubrique *Schizophrénie et autres troubles psychotiques apparentés* à partir de trois grands critères diagnostiques : 1) présence, depuis un mois ou plus, d'au moins deux symptômes psychotiques, 2) diminution ou perte d'au moins un rôle social majeur dans la période de survenue des symptômes ou présence d'un dysfonctionnement social prémorbide et 3) persistance, durant au moins six mois, des signes de perturbation.

Les auteurs s'entendent pour distinguer les symptômes psychotiques positifs, négatifs et cognitifs. Les premiers sont les plus spectaculaires, mais les plus aisément contrôlables par une médication d'antipsychotiques. Entrent dans cette catégorie les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé et différentes formes de délire (de persécution, d'idées de grandeur, de jalousie). Les seconds

se présentent sous l'angle de l'apathie comportementale ou de l'émoussement affectif et sont souvent confondus avec un manque de bonne volonté. Ceux-ci ne répondent guère à l'approche pharmacologique. La recherche tend à démontrer qu'ils offrent une meilleure réponse à l'approche de régulation émotionnelle (Kouri et al., à paraître). Les troisièmes ne répondent pas plus au traitement pharmacologique traditionnel. On fait généralement face ici à un tableau cérébral-frontal de déficits qui altèrent les fonctions mentales exécutives (planification, organisation, résolution de problèmes).

La prévalence des troubles psychotiques se situe entre 1 % et 3 %¹ de la population (Cloutier, 2011; Muesler et Brunette, 2009; Nicole et al., 2009). Des chiffres empruntés à Cloutier (2011) suggèrent une prédisposition héréditaire marquée à développer une schizophrénie lorsqu'un parent (12 %) ou les deux (40 %) en sont atteints. L'incidence des problématiques associées aux troubles psychotiques est préoccupante. En effet, d'après le registre très conservateur des statistiques canadiennes (Nicole et al., 2009 : 129), plus de 25 % des patients psychotiques présentent un trouble comorbide d'abus de substances; plus de 30 % commettent des gestes suicidaires (surtout en début de maladie), dont 4 % à 10 % s'avèrent létaux. Contrairement aux croyances populaires, il n'y a toutefois qu'une faible incidence d'homicides dans cette population. Hélas, les troubles de santé physique y sont surreprésentés et l'espérance de vie réduite.

1.2 Psychose, couple et famille

La psychose touche les femmes autant que les hommes (ratio 1/1) et survient généralement au début de l'âge adulte (entre 16 et 30 ans). Le pronostic est meilleur chez les femmes qui développent les premiers symptômes plus tardivement et qui présentent un profil de rechutes moins fréquentes et moins sévères. La majorité de ces femmes ont des enfants, mais la plupart leur sont retirés par la Protection de la jeunesse (Poulin, 2012). Dans leur revue d'études sur la satisfaction conjugale de patients psychotiques, Muesler et Brunette (2009) constatent que plus de femmes que d'hommes ont des enfants et sont en couple, ces derniers seraient toutefois plus heureux en ménage.

Malheureusement, la grande majorité des couples occidentaux ne survivrait pas à la survenue d'une psychose chez l'un des conjoints (Lefley, 2009).

Les travaux de Muesler et Brunette (2009) autorisent à dresser la liste des principaux impacts négatifs de la psychose sur la vie conjugale et familiale. On parle ici de surcharge de responsabilités pour le conjoint non psychotique, de diminution de l'intimité sexuelle souvent liée aux effets secondaires des psychotropes, de perte de complicité conjugale devant les étrangetés et bizarreries psychotiques, d'apparition ou d'augmentation de critiques ou de blâmes devant l'altération du fonctionnement social du patient psychotique, de survenue ou d'amplification de conflits conjugaux ou familiaux ainsi que d'incompétence parentale soupçonnée ou avérée chez le patient psychotique.

Muesler et Brunette (2009) associent ces éléments à la présence d'un trouble relationnel qui est source de détresse conjugale ou familiale et d'incapacité parentale susceptibles, en retour, d'influencer l'évolution de la maladie.

1.3 Stades de rétablissement et de réorganisation familiale

Précisons qu'on ne guérit pas de la psychose. Au demeurant, tous les espoirs de rétablissement sont permis au début du traitement. Un consensus se dégage dans les écrits pour définir le rétablissement en tant que processus de profonde remise en question de soi qui, semblable au deuil, traverse, par mouvements d'avancées et de reculs les cinq stades qui suivent (Andresen et ses collaborateurs, cités par Lecomte et Leclerc, 2009 : 25) :

- Moratoire – Dénier de la maladie, confusion identitaire, retrait social, désespoir;
- Conscience – Conscience qu'un futur meilleur est possible et qu'on peut se définir autrement que par la maladie;
- Préparation – Premiers pas vers le rétablissement – identification des valeurs et des forces, affiliation avec les pairs, développement des habiletés;
- Reconstruction – Formation d'une identité positive, identification de buts à atteindre, prise de responsabilités;

- Croissance – Sens à la vie et vision de soi positive. Résilience et capacité à gérer la maladie malgré les rechutes.

Le parcours du patient dans ce processus nous semble indissociable de celui des proches dans les trois grandes étapes de réorganisation de la vie familiale, qui ont été repérées par des chercheurs d'une école de *nursing* de Baltimore (Walton-Moss, Gurson et Rose, 2005) dans le cadre d'une étude terrain des effets de la maladie mentale chronique sur la qualité de vie familiale. Au cours de la première étape, les familles tiennent le coup (*Hanging on Families*). Leur engagement est intense dans la gestion de la crise familiale provoquée par la survenue de la maladie dont les manifestations sont mal comprises. On est ici aux aguets du risque de rechute et souvent aux prises avec des difficultés économiques importantes. La crainte d'être stigmatisée isole la plupart des familles. La deuxième étape est caractérisée par une certaine stabilité, toute l'énergie familiale est au service du maintien de la nouvelle routine de vie. On commence à accepter la maladie et à développer des compétences dans la gestion de ses manifestations. Les familles qui s'en tirent le mieux (*Doing Well Families*) présentent, dans une troisième étape, de l'ouverture et de la confiance face à l'avenir. La cohésion familiale y est élevée; les attentes sont ajustées envers le patient psychotique. Ce dernier dispose d'un espace d'exercice de son indépendance.

1.4 Modèles explicatifs de la psychose

Le modèle Stress-Vulnérabilité-Compétences domine les écrits dans la recherche sur l'étiologie de la psychose. Ce modèle repose sur le postulat que la psychose est une maladie du cerveau (facteurs de vulnérabilité) particulièrement sensible aux sources de stress (facteurs de risque) qui agissent comme déclencheurs ou amplificateurs de symptômes. Les méfaits de la psychose peuvent être prévenus, atténués ou assez bien contrôlés par la présence de ressources individuelles ou de soutien interpersonnel (facteurs de protection). Le tableau ci-dessous, inspiré des travaux de Lecomte et Leclerc (2009) résume les différents facteurs dont l'interaction est responsable de produire ou au contraire d'amoindrir la production de symptômes psychotiques.

Facteurs de vulnérabilité

Anomalies congénitales
Antécédents psychiatriques familiaux

Facteur de protection

Compétences sociales
Soutien social et familial
Stratégies adaptatives
Gestion du stress
Médication

Facteurs de risque

Cycles développementaux
Hautes émotions exprimées (positives ou négatives)
Pressions à performer
Usages de drogues
Ennuis quotidiens (problèmes financiers, perte d'emploi, décès d'un proche, etc.)

On ne peut passer sous silence le modèle explicatif systémique de la psychose. Les théories systémiques, héritées des années 1960, suggérant qu'un mode de communication dysfonctionnel dans la famille pouvait conduire au développement d'une psychose chez l'un de ses membres. Elles sont aujourd'hui dépassées. Loin de faire porter le blâme aux proches des patients psychotiques, les systémiciens cherchent désormais à les allier aux équipes de soins. Un auteur finlandais, Steirling (2009), se fait le porte-parole de ce nouveau paradigme systémique d'inspiration constructiviste, qui vise à faire émerger le sens du symptôme psychotique au moyen d'un questionnement circulaire entre quatre niveaux de dialogue.

On est ici attentif au niveau du dialogue intrapsychique du patient qui, dans une perspective de questionnement identitaire, cherche à prêter du sens à ses symptômes. Au niveau du dialogue intrafamilial, on s'arrête au questionnement interactif des rôles et des places de tout un chacun dans le système familial qui est en quête de sens face aux symptômes du patient. Le dialogue entre la famille et l'équipe de soins est un autre niveau d'intérêt pour cerner les zones d'inter-influences entre le récit familial et le discours médical qui s'échafaudent pour donner du sens aux symptômes du patient. Enfin, le modèle systémique s'intéresse au

niveau de dialogue entre le patient psychotique, sa famille et l'équipe de soins. Dans le meilleur scénario, le dialogue génère du sens à travers différentes avenues de collaboration et de partenariat. Dans le scénario le plus sombre, il enferme les interlocuteurs dans la confusion des rôles, le clivage et les conflits de loyauté.

II – Meilleures pratiques de traitement

2.1 Supériorité de l'approche multimodale

D'après les résultats d'une récente méta-analyse (Bird et al., 2010) d'efficacité du traitement de la psychose, le modèle Stress-Vulnérabilité-Compétences est à la source du développement de l'approche multimodale qui s'avère la meilleure pratique. Ses principales composantes sont la pharmacothérapie, le « case management », orchestré par un intervenant pivot désigné par l'équipe traitante, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), individuelle ou de groupe, le counselling occupationnel, vocationnel et psychosocial, incluant les services aux couples et aux familles. Son efficacité s'observe dans la diminution des rechutes, des hospitalisations répétées et de la sévérité des symptômes ainsi que dans l'augmentation de l'engagement dans le traitement. Plus le traitement est précoce, plus les résultats sont probants, d'où le déploiement, durant la dernière décennie, des cliniques de traitement des PEP à travers le monde. Les résultats plafonnent passé les trois à cinq premières années de traitement.

2.2 Efficacité de l'approche multimodale à Louis-Hyppolite Lafontaine

En 2007, Nicole et Morin fondent les PEP dans une perspective multimodale de traitement à LHL qui dessert une population montréalaise d'environ 400 000 personnes. Pas loin de 150 nouveaux patients de cette population seront annuellement retenus aux portes des PEP. Un peu plus de 40 % de ces patients devraient connaître une « bonne évolution ». Environ 10 à 15 % risquent d'évoluer vers une impasse thérapeutique. Le pronostic est réservé pour les autres patients. L'ensemble des patients est partagé entre les professionnels des trois équipes multidisciplinaires qui comprennent des psychiatres, des infirmières, des conseillers en orientation, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux, qui sont tous appelés

à des degrés variables d'intensité à desservir la clientèle hospitalisée et suivie en clinique externe. Des services transversaux divers (évaluation neuropsychologique, suivi nutritionniste, services de loisirs, etc.) sont rendus disponibles au besoin.

2.3 Prépondérance des interventions familiales dans l'atteinte des résultats

Les interventions familiales sont prépondérantes dans l'atteinte des résultats aux dires des chefs du programme des troubles psychotiques de LHL (Nicole, Skall et Morin, 2009 : 24) : « Parmi toutes les interventions psychosociales mises de l'avant dans le traitement des troubles psychotiques, ce sont les interventions auprès de la famille qui ont démontré la plus grande efficacité au niveau des données probantes. »

Dans leur revue des résultats de recherche sur l'efficacité des thérapies familiales systémiques (TFS), Pauzé et Touchette (2009) arrivent à des conclusions similaires. Selon eux, les TFS se révèlent supérieures à une hospitalisation pour adultes schizophrènes et elles jouent un rôle central de renforcement de l'efficacité des interventions multimodales de traitement dans ce domaine. Dans un ouvrage récent traitant de l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale auprès des patients psychotiques, Mac Farlane (2009) consacre un chapitre à l'importance d'intégrer la famille dans le traitement pour en bonifier les résultats.

2.4 Efficacité particulière des thérapies conjugales et familiales dans les études

Retenons quatre enseignements de la recension d'études de Gurman (2011) sur l'efficacité particulière des TC. En premier lieu, toutes les TC se révèlent efficaces quel que soit le modèle thérapeutique ou la problématique ciblée. En second lieu, deux modèles de TC dominent les études avec groupe contrôle : celui de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et celui de la thérapie centrée sur les émotions (TCE). En troisième lieu, on relève une percée formidable de la TC dans le champ des troubles mentaux comme la dépression, le trouble post-traumatique, les troubles de dépendance, etc., tendance également observée par d'autres auteurs (Nichols, 2009). Dans une perspective intégrative des résultats de recherche, il importe, en dernier lieu, d'attirer le regard sur trois facteurs communs

d'efficacité : 1) la compétence dans l'utilisation d'approches multiples, 2) l'alliance thérapeutique élargie au couple et 3) la focalisation sur les interactions conjugales.

La recherche sur les facteurs communs d'efficacité en TC n'est pas nouvelle. Déjà, en 1998, Baucom et ses collaborateurs en avaient répertorié trois autres dans une recension d'études évaluatives des résultats de la TC appliquée aux couples avec un membre atteint de psychose : 1) l'engagement à long terme dans le traitement (minimum neuf mois), 2) la psychoéducation préventive des rechutes et 3) la diminution des facteurs de stress familiaux (amélioration de la communication, rétablissement des frontières familiales, renforcement du soutien mutuel, etc.). Nous avons récapitulé, sous forme de tableau, les particularités des modèles efficaces de TC recensés par les auteurs : (voir ci-dessous).

2.5 Popularité et efficacité des groupes psychoéducatifs

La popularité et l'efficacité des groupes psychoéducatifs ciblant les proches des patients psychotiques sont incontestables (Lefley, 2009). On notera cependant qu'à l'heure actuelle ces groupes desservent essentiellement les parents de jeunes adultes dont le départ de la maison est complexifié par la survenue de PEP. Les quelques conjoints qui y participent s'y reconnaissent peu. Une rare expérience de groupe, adaptée aux conjoints, a montré, au moyen d'un suivi post-groupe d'un an, le maintien des acquis dans quatre sphères : 1) amélioration de leurs connaissances sur la maladie, 2) diminution de leur détresse, 3) élargissement de leurs stratégies cognitivo-comportementales d'adaptation et 4) réduction des blâmes envers le patient.

Il importe de se rappeler que la psychose fait partie des troubles mentaux sévères et persistants dont le meilleur traitement se limite au contrôle optimum des symptômes. Ceux qui en souffrent et les membres de leur entourage font face à des étapes de grande désorganisation et de remise en question avant de trouver un nouvel équilibre qui ne s'avèrera pas toujours satisfaisant. On s'en souviendra, plus de la moitié des troubles psychotiques connaissent une évolution mitigée. Pour être efficace, le traitement doit être à la fois précoce, intense et multimodal. L'une des clés de réussite du traitement réside dans la capacité des équipes à s'adjoindre la collaboration des proches et à répondre à leurs besoins de soutien concernant les impacts négatifs de la psychose. Les TCF s'imposent de plus en plus comme modalités efficaces de traitement dans le champ des troubles mentaux. C'est de ce côté que la recherche apporte matière à réflexion sur des facteurs communs d'efficacité. Voyons dans la prochaine et dernière section comment intégrer dans la pratique les enseignements qui précèdent.

III – Présentation d'un cas clinique : Nico, Mika et leur fils Valentin

3.1 Format et cadre thérapeutiques

L'amorce de l'évaluation conjugale et familiale remonte au printemps 2010. Au total, 20 entretiens ont été réalisés (quatre en 2010, onze en 2011, cinq en 2012), dont quatre en présence du fils du couple. Ajoutons cinq entretiens individuelles réalisées afin d'établir une alliance de premier contact avec chacun des conjoints et de relancer les époux lors d'absence aux rendez-vous (entretiens téléphoniques).

Dans un cadre multimodal et multidisciplinaire, nous avons travaillé en étroite collaboration

	TCC (4 études, 2 orientations)	Thérapie de soutien (5 études)	Thérapie systémique (1 étude)
Buts	1. Faire du conjoint un aide-thérapeute pour augmenter l'observance au traitement et l'engagement dans le rétablissement. 2. Diminuer la détresse conjugale liée aux impacts négatifs de la pathologie.	Augmenter le potentiel de soutien mutuel au moyen de techniques de jeu de rôles et de résolution de problèmes.	Diminuer l'expressivité émotionnelle (EE), rétablir les frontières, améliorer la communication (etc.)

avec la psychiatre de l'équipe traitante tout au long de la TC et convenu avec elle d'engager les services de counselling du conseiller en orientation de l'équipe auprès du père environ à mi-chemin de parcours.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des membres du système

Niko, le patient, son épouse, Mika, et leur fils, Valentin, sont respectivement âgés de 30 ans, 28 ans et 3 ans au début de la TCF. Nico et Mika sont originaires de Roumanie, où ils se sont mariés en 2000. Le père a immigré au Québec en 2001, parrainé par son beau-père. Son épouse l'a rejoint l'année suivante. À l'exception du père de Mika, qui fait figure d'homme d'affaires prospère au Québec, les membres des deux familles d'origine vivent assez pauvrement en Roumanie. Nico détient un diplôme d'études professionnelles en mécanique auto. Il travaillait presque jour et nuit et il buvait beaucoup de boissons à haute teneur en caféine quand Mika est arrivée au Québec. Il lui a ainsi laissé le loisir d'étudier à temps plein en éducation spécialisée et d'obtenir un diplôme d'études collégiales. Depuis trois ans, la situation de travail de Nico s'est précarisée. Celle de Mika s'est au contraire stabilisée depuis qu'elle travaille au centre de la petite enfance où elle a fait son stage. Valentin fréquente le centre où sa mère travaille.

3.3 Profils développementaux des époux

On trouve dans l'histoire de Nico des traumatismes importants. Sa mère, dite psychotique par période, n'aurait pas été disponible pour lui entre 3 ans et 5 ans. Ses grands-parents, qui vivaient dans le voisinage, veillaient à distance sur lui et sa sœur, Valentine, d'un an son aînée. Nico subira un greffon de deux doigts, coupés par accident, à l'âge de 8 ans. Son père, un marin, s'absentait souvent et longtemps (jusqu'à neuf mois d'affilée). En l'occurrence, il confiait à Nico la responsabilité de veiller sur sa mère et sa sœur. Le décès par accident de la route de Valentine (1980-1998) a précipité Nico en vie de couple. La présence de Mika, croyait-il, consolerait ses parents endeuillés. En 2008, Nico a reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde lors de sa première hospitalisation dans notre établissement. Les symptômes positifs d'un délire de persécution par son beau-

père dominaient le paysage. Nico réclamait un test d'ADN pour prouver que son beau-père était le père biologique de Valentin, dont c'était le premier anniversaire. Il sera réhospitalisé dans un contexte similaire aux alentours du deuxième et du troisième anniversaire de son fils.

L'histoire de Mika montre qu'elle a, elle aussi, joué un rôle parental dans son enfance. Elle aurait grandi dans un climat de disputes parentales perpétuelles. Aînée de la famille, elle a pris soin de sa mère, qui se posait en victime dans la vie, et de ses trois jeunes sœurs. Elle idolâtrait son père, un autre marin souvent absent. Durant l'adolescence de Mika, sa mère, lassée d'attendre que son mari aboutisse dans un projet de réunification de sa famille en Amérique, s'est mise en couple avec un alcoolique. Au début de l'âge adulte, Mika accepte le contrat implicite de remplacer Valentine auprès de ses beaux-parents endeuillés pendant que son père et Nico préparent le terrain à leur immigration. Son apparente réussite sociale actuelle fait l'envie de ses sœurs et de sa mère qui passent souvent par elle pour soutirer de l'argent à son père.

3.4 Détresse conjugale initiale

La plupart des impacts négatifs de la psychose sont présents. L'intimité sexuelle du couple est diminuée par la baisse de libido du père qui est d'ailleurs à la source de l'arrêt de médication, arrêt qui l'a ramené à l'hôpital. La complicité conjugale est altérée par la perplexité de Mika qui ne reconnaît plus l'homme qu'elle a épousé. L'engagement dans le projet d'un deuxième enfant est freiné par Mika qui soupçonne son époux d'incompétence parentale. Son anxiété est si grande sur ce point qu'elle le menace de recourir à la Protection de la jeunesse s'il cesse de nouveau son traitement. Chaque fois que Nico est au chômage, Mika fait pression pour qu'il retourne travailler avec son beau-père qui devient de plus en plus rejetant et méprisant à son endroit. Malgré les fins de mois difficiles et une dette de plus de 30 000 \$, le couple continue d'envoyer de l'argent aux membres de la famille en Roumanie.

3.5 Formulation dynamique

Nous sommes donc devant deux jeunes adultes, qui ont assumé un rôle de parent en

bas âge et ont été précipités dans une vie de couple. Leur union s'est fondée sur un projet d'immigration pouvant symboliquement représenter une tentative de mise à distance des misères, des conflits et des deuils inachevés des familles d'origine. Ce projet d'émancipation des familles et du pays d'origine a toutefois échoué comme en témoignent la position de dépendance financière du couple envers le père de Mika et le prix payé (l'endettement du couple) pour entretenir l'image de la réussite sociale face à ceux qui restent en Roumanie. L'arrivée du premier enfant dans le couple révèle la vulnérabilité psychotique de Nico. Des auteurs (Bartholomew et Horowitz, 1991), nous autorisent à qualifier d'*inséculaires* les styles d'attachement des époux et à présumer qu'en l'occurrence ils sont à risque de se contaminer l'un l'autre dans leurs doutes respectifs d'être de bons parents.

3.6 Moments clés d'évolution de la démarche thérapeutique

Voyons comment ce couple a évolué dans les étapes du rétablissement et de réorganisation familiale.

❖ *Début de la démarche – Le couple tient le coup au stade post-moratoire du rétablissement*

D'entrée de jeu, nous avons refusé de faire alliance avec Mika qui souhaitait notre appui concernant ses menaces de recourir à la Protection de la jeunesse si son époux cessait son traitement. Nous avons sollicité une entrevue familiale pour jeter les bases d'une alliance élargie au couple et évaluer les compétences parentales des époux et leur potentiel de soutien mutuel dans ce domaine. Ainsi, nous avons constaté *in vivo* que les deux époux étaient attentionnés et tendres envers leur fils. Mika faisait preuve d'introspection au sujet de sa colère qu'elle croyait avoir communiquée à son fils contre son père quand il était hospitalisé. Pour sa part, Nico reconnaissait avoir fait une « grosse erreur » en cessant ses médicaments. Il s'en remettrait désormais à sa psychiatre pour ajuster au besoin le traitement. Mika soutenait Nico à distance quand il était seul avec l'enfant. Écoutons-le à ce propos : « Elle m'appelle deux fois, trois fois... pour voir qu'est-ce qu'on fait... Est-ce que l'enfant

a mangé?... Comment l'enfant se sent? Est-ce qu'on est concentré pour faire quelque chose? Est-ce que l'enfant joue?... Donc tout le temps elle fait des check up². »

La mère était sur le qui-vive et dans l'attente anxieuse du Jour J, une journée pédagogique où elle laisserait son fils toute la journée à son père. Ce dernier a relevé le défi haut la main et il ne fut plus question, par la suite, de son incompétence parentale. La vie conjugale reprenait un cours à peu près normal. Nico avait réintégré un emploi saisonnier à sa sortie de l'hôpital. Il rangeait la maison et préparait le souper dans l'attente que son épouse et son fils rentrent vers les 18 heures.

❖ *Un an après – Le couple avance et recule au stade de préparation du rétablissement*

L'anxiété a refait surface en force dans le couple quand Nico a manqué de travail. Nous nous sommes alors concertées avec la psychiatre pour faire intervenir le conseiller en orientation de l'équipe. Le but était de s'attaquer à la précarité d'emploi de Nico qui le mettait à risque de devoir travailler pour son beau-père et de subir une récurrence des symptômes psychotiques. Il était doué en informatique et désireux de faire une formation dans ce domaine, une piste allait être explorée de ce côté. Un rendez-vous manqué avec le conseiller en orientation mit en évidence la colère culpabilisante de Mika et les sentiments dépressifs de Nico qui faisaient obstacle au projet de développement professionnel. Mika admet qu'elle ne laisse aucune marge d'erreur à Nico. Elle a « bien le droit d'être déçue (...) c'est pas la belle vie qu'on avait prévue! » Nico exprime son humiliation récente ressentie en entendant Mika dire à leur fils, qui regardait avec elle des photos d'amis en vacances : « Regarde, son papa est capable! ... Il travaille... Il a amené son épouse à Cuba... » Repentante, Mika reconnaît les faits : « C'est vrai, je l'ai fait exprès! » Nico s'autorise à évoquer une autre coalition malsaine dans le système familial : « Quand je vais chez ton père, qu'est-ce qu'il me dit?... tu fais spécial, tu fais exprès que t'es malade! »

Un dernier retour malheureux au service de son beau-père sera effectué par Nico avant que le couple réussisse à se dégager de ce *pattern* dysfonctionnel.

❖ *Durant la deuxième année – Acceptation de la maladie et révision des valeurs*

Durant la deuxième année de TCF, le couple s'en tire de mieux en mieux sur le plan pratico-pratique et fait des pas de géant dans l'acceptation et la gestion de la maladie psychiatrique. Nico dira : « j'ai senti moi-même la maladie en moi, je peux dire que je l'ai acceptée, ça m'a pris du temps (...) je sais moi-même c'est quoi, c'est comment. » En d'autres termes, Nico se déclarait compétent dans la compréhension et la gestion des signes avant-coureurs d'une rechute. Mika fut plus explicite sur le processus émotif sous-jacent à l'œuvre dans l'acceptation de la maladie et sur le caractère interactif du processus en cause :

« J'étais comme enragée, en colère... Je n'avais personne à qui parler. Je trouvais ça gênant... J'ai quelques amis, mais là (silence et pleurs)... Je m'excuse (de ne pas retenir ses larmes)... Juste le fait de se sentir compréhensive (comprise) par quelqu'un (parlant de la thérapeute), de voir aussi l'évolution de mon mari, qu'il accepte aussi, parce que je pense que j'ai accepté (la maladie) en même temps que lui. »

Ce cheminement a entraîné la remise en question de deux valeurs importantes dans le couple : ses aspirations à la richesse et sa perception des rapports hommes-femmes. Le couple a remis en question certaines dépenses. Soutenu par Mika, Nico ne se sentait plus dans l'obligation de faire des heures supplémentaires pour payer des cours de tennis à son fils. Les mandats pour la Roumanie se faisaient plus rares. Nico devenait admiratif envers Mika qui a pris sur elle de faire vivre la famille quand il est tombé malade :

- « J'ai pensé que les femmes sont un peu sensibles... (Nico)
- Elles sont sensibles, mais il y a des points forts aussi. (Mika)
- Oui, c'est ça il y a des points vraiment, vraiment forts. (Nico)
- En Roumanie, les rôles hommes-femmes sont peut-être plus traditionnels... (thérapeute)
- Même aujourd'hui, mon père il va appeler et il va dire : Nico c'est toi la tête de la maison! » (Nico)

❖ *Durant la deuxième année – Deuil inachevé derrière l'apparence d'une récurrence de symptômes*

Lors d'un séjour de quelques semaines au domicile du couple de la plus jeune sœur de Mika, celle-ci constate que son mari redevient possessif et suspicieux à son endroit. Elle craint une récurrence de symptômes et nous demande de maintenir un rendez-vous que nous allions annuler parce que le couple avait une bonne demi-heure de retard. De fait, le comportement de Nico étonne : il s'oppose à ce que Mika donne ou prête des vêtements à sa jeune sœur. Se pourrait-il que les retrouvailles entre les sœurs, qui ne se sont pas vues depuis l'immigration de Mika, ravivent chez Nico le deuil inachevé de sa sœur Valentine? Nous l'interrogeons sur ce qu'il est advenu des vêtements de sa sœur défunte :

« Ma mère, elle a tout donné... Elle a rien gardé... Chaque fois que je vais passer à côté de ses vêtements, je vais voir ma fille (aurait dit sa mère), donc il faut qu'ils disparaissent... il faut qu'on avance dans la vie, on ne recule pas... »

Nous avons tout de même invité Nico à revenir sur la mort de sa sœur. Des liens ont été suggérés entre son mariage hâtif avec Mika et sa peur irréprouvable de la perdre comme il avait jadis perdu Valentine. « Oui, oui, oui, a-t-il admis, j'avais tout le temps peur de ça! » C'est pour quoi « il a parfois tendance à m'étouffer, à m'envahir... », a compris Mika.

❖ *Durant la deuxième année – Redéfinition des places et frontières familiales*

Toujours durant la deuxième année de TCF, les époux ont relevé le défi de faire sortir leur fils du lit de sa mère où il avait établi ses quartiers lors de la dernière hospitalisation de son père. « Il (Valentin) s'est accroché à moi et moi j'ai encouragé ça... Papa, ça le dérangeait pas de dormir dans le salon... » Pendant que Mika prononçait ces paroles, Valentin, qui était présent à l'entrevue, devint bruyant avec les blocs de construction avec lesquels il s'amuse. Nico a pris la parole quand nous avons demandé au couple comment il avait réalisé cet exploit. « Il a fallu ruser, installer un téléviseur dans la chambre de Valentin, le lui retirer parce que ça retardait l'heure du dodo. » (Mika) Nico a utilisé sur un ton bon enfant le terme de chantage

pour décrire la stratégie qui s'est au bout du compte avérée efficace. Tout souhait exprimé par Valentin devenait conditionnel à ce qu'il dorme dans son lit. Les époux étaient complices et solidaires. L'enfant a compris.

❖ *Dernière entrevue – Stade de consolidation du rétablissement de la psychose et de croissance de la vie conjugale*

Nico a montré une fidélité au traitement psychiatrique sans faille durant les deux années de TCF. Le *pattern* de décompensation aux anniversaires de son fils a été rompu. Nico a regagné sa place dans le lit conjugal. Il a renoncé à un projet de retour aux études à la suite du départ imprévu et non remplacé du conseiller en orientation de notre équipe. Il n'est toutefois pas retourné travailler pour son beau-père, il s'agit donc d'un autre *pattern* dysfonctionnel rompu. Soutenu par Mika, il s'est trouvé de lui-même un nouvel emploi qu'il occupait depuis près d'un an quand la TCF a pris fin au printemps 2012. La dette du couple diminuait. La planification de l'arrivée d'un deuxième enfant devenait possible et souhaitable pour les époux qui y voyaient un « bon timing » avec l'entrée à l'école de Valentin, prévue à l'automne 2012. En fait, au moment où nous écrivons ces lignes, nous tenons de la psychiatre que Mika est enceinte.

À ce stade de consolidation du rétablissement de la psychose et de croissance de la vie conjugale, nous étions autorisée à planifier une dernière entrevue avec le couple. Lors de celle-ci, nous avons amplifié un moment clé d'intégration de la démarche de travail sur les frontières familiales qui prêtaient à confusion dans le système en cause. Mika était rentrée attristée d'une visite chez son père où elle avait appris qu'on avait fêté son 50^e anniversaire en famille : « Nous, on était pas invités (pleurs silencieux)! » Pour la première fois en entrevue, Mika était critique envers son père, dont le masque tombait. Le regard de Nico sur son beau-père se modifiait : « Le grand coq! C'est moi le boss! C'est moi le boss! cédait le pas à Ton père il a un certain âge... » Le couple était à la fois plus solidaire et plus réaliste dans sa recherche de compromis visant à préserver un rôle significatif aux grands-parents de leur enfant. Ce travail, espérons-le, se poursuivra avec l'arrivée apparemment imminente des

parents de Nico qui viennent s'installer au Québec pour connaître leurs petits-enfants et offrir des moments de répit au couple parental.

Conclusion

Retenons pour conclure que le succès de la TCF auprès de Nico et Mika repose sur une combinaison de facteurs de réussite. Parmi ceux-là, le travail d'étroite collaboration avec le psychiatre et le conseiller en orientation de l'équipe est d'une grande importance. La force de l'approche multimodale qui fut en cause ici a permis d'élargir l'alliance thérapeutique du couple au système d'intervenants et de multiplier les sources d'enseignement psychoéducatif de prévention ou de gestion des signes de rechutes psychotiques. Le traitement de la psychose aurait sans doute été plus rapidement efficace si l'offre d'une TCF avait été faite dès la première hospitalisation de Nico. Cela dit, nous étions encore dans un délai raisonnable d'intervention précoce et Nico était dans de bonnes dispositions (au stade post-moratoire du rétablissement) pour entreprendre des changements. Il faut dire que Mika ne lui laissait plus beaucoup le choix. Elle était au bord de l'épuisement, fort inquiète pour la sécurité de son fils et en conflit de loyauté entre son père et son mari. Ce qui laisse croire que l'enjeu de rupture conjugale s'est avéré ici un puissant levier de motivation au changement.

Faut-il le souligner, les époux disposaient de ressources personnelles d'influence dans la réussite du projet thérapeutique. Tous deux possédaient un bon potentiel d'introspection et de soutien mutuel. De surcroît, le cheminement de Nico dans les étapes du rétablissement a montré que la maladie psychiatrique n'avait pas trop altéré ses capacités de fonctionnement autonome, organisationnel et relationnel (peu affecté par les symptômes négatifs et cognitifs de la psychose).

L'évolution favorable du suivi conjugal s'est appuyée sur la plupart des facteurs communs d'efficacité mentionnés précédemment. Nous avons notamment misé sur le facteur temps dans le cadre d'une TCF qui s'est étirée sur près de deux ans. Nous avons ainsi laissé le temps aux processus de rétablissement et de réorganisation familiale d'opérer. Ces processus, qui s'apparentent à celui du deuil, on l'oublie trop

souvent, prennent du temps. L'adoption d'une perspective résolument intégrative des meilleures approches en santé mentale a servi de base, non seulement à l'identification et à l'élaboration des stades développementaux ou des pertes non résolus (deuil de la sœur de Nico, blocage de l'émancipation du couple des familles d'origine, adaptation à l'arrivée du premier enfant, etc.), mais aussi à la focalisation sur les interactions conjugales dans l'ici et maintenant de manière à diminuer les facteurs stressants internes au fonctionnement conjugal (retour au travail chez le beau-père, installation du fils dans le lit conjugal, etc.)

On aura remarqué finalement que le travail d'équipe rend possible de faire de la TCF sur une base bimensuelle, voire mensuelle. Ce qui n'est pas négligeable quand on pense à toute l'importance qu'accordent les bâilleurs de fonds au coût d'un traitement. Souhaitons qu'il y ait davantage d'expériences qui viendront valider l'efficacité de la TCF dans le traitement de la psychose et que la recherche se poursuive dans ce domaine.

Liste des abréviations

Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (IUSMM)

Louis-Hyppolite Lafontaine (LHL)

Premiers épisodes psychotiques (PEP)

Thérapie centrée sur les émotions (TCE)

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Thérapies conjugales (TC)

Thérapies conjugales systémiques (TCS)

Thérapies conjugales ou familiales (TCF)

Thérapies familiales (TF)

Thérapies familiales systémiques (TFS)

Descripteurs :

Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (IUSMM). Louis Hippolyte Lafontaine (Montréal, Québec). Programme des troubles psychotiques // Thérapie conjugale // Psychoses - Traitement // Psychoses

Marital psychotherapy // Psychoses - Treatment // Psychoses

Notes

1 Tous les pourcentages sont arrondis.

2 On excusera les erreurs syntaxiques nombreuses dans les citations rapportées. Rappelons le, Nico et Mika sont d'origine roumaine, ils ne maîtrisent pas complètement l'usage du français.

Références

- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-R, Critères diagnostiques*. Paris : Masson.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendel, K., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
- Baucom, D. H., Daiuto, A. D., Mueser, K. T., Stickle, T. R., & Varda, S. (1998). Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 53-88.
- Bartholomew, K., et Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Cloutier, R. (2011). Psychiatre aux premiers épisodes psychotiques du programme des troubles psychotiques de Louis-H. Lafontaine, Institut psychiatrique universitaire. *Rôle du psychiatre dans le traitement*. Présentation au groupe psychoéducatif destiné aux proches des patients de la clinique. Montréal.
- Gurman, A. (2011). Couple Therapy Research and the Practice of Couple Therapy: Can We Talk? *Family Process*, 50 (3), 280-292.
- Kouri, B., Lecomte, T., et Lalonde, P. (à paraître). Chapitre 24 : *Régulation émotionnelle et troubles psychotiques*. Abrégé d'une thèse de doctorat. (Développement et validation préliminaire d'une intervention de groupe basée sur la régulation émotionnelle auprès de personnes en début de psychose. Montréal : Université de Montréal.
- Lecomte, T., et Leclerc, C. (2009). *Groupe psychoéducatif destiné aux personnes en relation AVEC une personne recevant des services de santé mentale*. Cahier du participant : AVEC TCC, 8 rencontres. Montréal.
- Lefley, H. P. (2009). *Family Psychoeducation for Serious Mental Illness*. Oxford: University Press, Evidence Based Practices Series.

- Mac Farlane, W. (2009). Chapter 14 - Integrating the family in the treatment of psychotic disorders (193-205). In D. Turkington, B. Torkil & R. W. Grawe. *CBT for Psychosis: A Symptom-Based Approach*. London & New York: Gilford Press.
- Mueser, K. T., & Brunette, M. F. (2009). Chapitre 6 : Schizophrenia-Spectrum. In D. K. Snyder & M. A. Whisman. *Treating Difficult Couples. Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders: 137-159*. New York London: The Gilford Press.
- Nichols, W. C. (2009). Family Therapy and Serious Mental Disorders: A Retrospective and Prospective View, *Journal of Family Psychotherapy*, 20, 344-359.
- Nicole, L., Skall, L., et Morin, C. (2009). Le programme des troubles psychotiques de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, dans P. Lalonde et N. Lesage. *La psychiatrie en question* : 126-148. Les presses de l'Université de Montréal.
- Pauzé, R., et Touchette, L. (2009). Le développement de la recherche chez les cliniciens: d'abord questionner la pratique clinique. *Thérapie familiale* : 30 (2), 133-146.
- Poulin, M.-J. (10 avril 2012). Chef de programmes : psychiatrie périnatale, service « Action-Santé », Institut universitaire en santé mentale de Québec. *Maternité et schizophrénie*, conférence présentée à la Société québécoise de schizophrénie, Montréal.
- Stierlin, H. (2009). Chapter 17 – The family in schizophrenic disorder. Systemic Approaches. In Y. O. Alenen, M. Gonzalez de Chavez, A.-L. S. Silver & M. Martindale Routledge. *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses: 233-250*. London & New York.
- Walton-Moss, B., Gerson, L., & Rose, L. (2005). Effects of Mental Illness on Family Quality of Life, *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 625-642.