

 ISSN NO. 2320-5407	Journal Homepage: -www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI:10.21474/IJAR01/17068 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17068	 INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI:10.21474/IJAR01
---	--	--

RESEARCH ARTICLE

LE ROLE DU BIEN-ETRE AU SEIN DE LA FAMILLE DANS LA RECHUTE CHEZ LE SCHIZOPHRENE : A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

Hind Naji¹, Jamal El Ouafa² and Fatiha Belaid³

1. Doctorante à l'Université Mohammed V-Rabat. Équipe de Recherche en Psychologie Sociale, Clinique et du Travail.
2. Professeur de Psychologie, Université Mohammed V-Rabat. Équipe de Recherche en Psychologie Sociale, Clinique et du Travail.
3. Professeur de Psychologie, Université Mohammed V-Rabat. Équipe de Recherche en Psychologie Sociale, Clinique et du Travail.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 11 April 2023

Final Accepted: 14 May 2023

Published: June 2023

Key words:-

Well-Being, Relapse, Schizophrenia, Familydynamics, Parental Imagos

Abstract

reactions differ according to the patient's situation, his disturbed behavior, the family's situation and the latter's ability to manage this burden. Through this clinical case, we will show how well-being within the family plays a role in the mental health of our patient who is 57 years old, and her duration of remission does not exceed one year without she has another relapse. What we can see that the family of our patient is characterized by very strong emotional emotions, most members of the family show hostility and aggression towards her. The patient felt unwanted and unloved, she even revealed during an interview That she feels more comfortable in the hospital rather than at home, she always has the impression that her family rejects her, it is true that according to his clinical picture, the feeling of persecution is predominant. Thus, in the course of our work, we were led to closely monitor the relationship between the family and the patient's condition through the parental imagos, which comes from the fact that we consider that, when the family is characterized by hyper protection and / or a dominance expressed with regard to the patient, the latter becomes more stressed due, in particular, to the increase in pressure which weighs on him. There follows a notice able reduction in the improvement process which leads him to relapse regularly compared to a patient who lives in a family which is characterized by balanced emotions and behaviors towards the patient.

Cohabitation with the schizophrenic patient is often felt by the family as a burden. This burden is not easy to manage, especially since this is a chronic illness. This charge, which is material and above all moral, provokes reactions in family members. The

Introduction:-

Durant ces 30 dernières années, le regard sur les patients schizophrène et leur entourage a beaucoup changé. Les patients sont aujourd'hui considérés comme des sujets acteurs de leur prise en charge thérapeutique (Noiseaux S, Ricard N. 2008) et la notion d'alliance thérapeutique a été reconnue comme fondamentale dans l'amélioration de l'atout du patient schizophrène (Greenberg J. 2008). L'idée de la considérer comme co-therapeute (Winefield HK. 1996) nous avons choisi d'étudier la rechute parce qu'on considère que 35% des patients schizophrènes présentent un nombre important de rechutes et connaissent ainsi une détérioration progressive et marquée du cours de leur pathologie (Jäger M, Riedel M, Messer T, et al. 2007), notre cas se situe au centre de cette problématique et plus précisément dans le rôle que joue la famille dans la rechute du schizophrène.

Corresponding Author:- Hind Naji

Address:- Doctorante à l'Université Mohammed V-Rabat.

Presentation Du Cas

Il s'agit de Mme B., âgée de 57ans, divorcée sans enfants, fonctionnaire.

L'histoire de la maladie était difficile à retracer auprès de la patiente vu qu'elle a été hospitalisée à plusieurs reprises où le diagnostic de schizophrénie a été posé.

Mme B. a commencé à manifester des comportements bizarres à l'âge de dix huit ans, elle a commencé à faire des mimiques et à crier à n'importe quel moment et présenter des idées délirantes comme le fait que tous les hommes sont des « chitans » c'est-à-dire des diables, et qu'ils doivent disparaître et que dieu l'a envoyé elle, pour éradiquer le mal, qui selon elle est les hommes, sans exception.

Elle a ensuite commencé à s'isoler de la famille, ne partage plus les repas familiaux avec eux, et a avoir aussi une hygiène négligée, elle ne veut plus se laver et ne change plus ses vêtements, ne coupe plus ses ongles...

Elle entendait des voix qui l'ordonnaient selon elle, de tuer tout les hommes. La mère de Mme B. s'inquiète pour sa fille, l'emmène chez un FQUIH, qui explique à la famille que la patiente a commis un péché, et elle paie sa dette maintenant envers un djinn qui la possède. Le FQUIH a essayé par ses méthodes traditionnelles de soigner ou plutôt selon lui de calmer et de ressortir le djinn du corps de notre patiente mais sans résultats, aucune amélioration n'a été remarquée.

L'état de santé de Mme B. commence à se dégrader de plus en plus, un jour dans son travail, elle était en état d'agitation ce qui a nécessité son admission aux urgences de l'Hôpital psychiatrique.

Après trois mois d'hospitalisation, elle est sortie et a fait depuis cinq rechutes, nombre qui est trop élevé.

Totalement inconsciente de son état, Mme B. dit qu'elle n'est pas malade mais au contraire que c'est son entourage et même les médecins qui sont malades, elle était même au conflit avec le personnel surtout du sexe masculin, puisque pour elle tous les hommes sont des diables.

Elle ne comprend pas pourquoi elle était hospitalisée car selon elle, elle n'est pas dans un hôpital mais dans une prison. Et elle menaçait tout les professionnels de l'hôpital qu'ils vont aller en enfer.

Pendant mon premier entretien avec la malade, elle refusait de parler et de répondre à mes questions, en disant que je n'allais pas comprendre son cas, que je penserais comme eux (les médecins) aussi, qu'elle n'est pas folle pour répondre à nos questions débiles...

Le deuxième entretien s'est avéré plus riche que le premier, elle a commencé à parler, elle ne répondait pas facilement mais on remarque un progrès...

Biographie

Mme B. est issue d'un niveau socio économique moyen, d'un père menuisier de son vivant et d'une mère cuisinière, 2^{ème} d'une fratrie de six.

L'enfance a été marquée par plusieurs incidents, le père de Mme B. battait toujours la mère, et les enfants assistaient tous aux disputes de leurs parents.

L'adolescence de Mme B. a été marquée par plusieurs relations amoureuses.

Elle a été victime d'un viol avant de passer son baccalauréat, chose qu'elle a caché pendant des années par peur de la juger, mais a créé chez elle un traumatisme profond.

L'année d'après, elle a pu obtenir son baccalauréat et poursuivre ses études supérieures.

Elle a travaillé après comme fonctionnaire à la poste.

En 1989, elle se marie et part pour vivre avec son mari en Portugal, son mariage n'a duré que quelques mois, puis elle est revenue au Maroc après son divorce.

Elle raconte que son mariage était un calvaire pour elle et que la relation conjugale n'a fait que remonter en surface son traumatisme de viol.

Actuellement elle vit avec sa mère et son frère handicapé, la dynamique familiale est très conflictuelle, surtout avec la mère.

En effet la patiente rapporte que c'est à cause de sa mère qu'elle est restée célibataire, que cette dernière lui vole ses amants...

Elle rapporte que sa mère est jalouse d'elle et l'envie, et que c'est à cause de sa relation perturbée qu'elle tombe malade.

Son père est décédé (depuis une vingtaine d'année) à l'âge de 60ans à la suite d'une maladie incurable, il était ouvrier, mais il a arrêté le travail quand il est devenu faible à cause de sa maladie. C'est à ce moment que la mère de Mme B., a commencé à travailler comme cuisinière.

Le frère de Mme B. vit isolé d'eux, il a une chambre dans le toit, et seule la mère prend soin de lui et lui apporte à manger, il a un handicap moteur et apparemment il est psychotique.

L'analyse De La Dynamique Familiale

L'une des remarques qu'on pourrait faire à partir des entretiens que nous avons menés avec la patiente et sa mère est qu'elles se caractérisent par une forte émotion exprimée.

Il faudrait souligner que les interventions de Mme B. et de sa mère sont très fortes et que la charge émotionnelle qu'elles portent dépasse, de loin, l'événement en question.

L'intolérance de la patiente à l'égard de sa mère :

Lors d'un entretien, nous avons demandé à la mère comment elle doit se comporter selon elle avec sa fille, elle a répondu qu'elle a tout essayé, que sa fille ne fait qu'à sa tête, qu'elle est peut-être possédée et qu'elle restera toujours comme ça. Cette discussion a fait réagir notre patiente qui a dit que les questions doivent être adressées à elle et non pas à sa mère, que sa mère est la cause de tous ses problèmes...

Cet affront verbal est déclenché par l'intervention de la mère qui a dit explicitement qu'il n'est nul besoin de fournir tant d'efforts avec Mme B. Elle prétend-elle, folle ou bien possédée. Une telle attitude traduit un réel désespoir quand à la possibilité de rétablissement du malade. La famille se trouve dès lors non impliquée dans ce qui lui arrive.

La mère intervient après et essaie de calmer sa fille mais en vain, Mme B. est tellement en colère contre qu'elle refuse de lui parler et me demande de me parler seule sans la présence de sa mère

La famille est donc incapable d'absorber le sentiment de pression auquel est soumis le malade, elle contribue continuellement et grandement à rendre son établissement encore plus difficile d'où les rechutes répétées.

Tout cela montre qu'il y avait une perturbation chez la famille au niveau de sa communication avec la malade. Déjà, quand on observe le milieu de cette famille, on comprendra que c'est un milieu favorable pour l'apparition des symptômes de Mme B.

Ce qui est à souligner aussi c'est que dans cette famille il y a plusieurs dysfonctionnement, on note le fait que pendant l'enfance, la mère de Mme B. était battue à plusieurs reprises de la part du père en présence des enfants, aussi le frère actuellement handicapé qui est quasi rejeté et vit seul dans une chambre au toit, a énormément de conflits avec sa sœur, seule la mère s'occupe de lui.

Lors de nos entretiens lorsque la mère de Mme B. nous parle d'elle avant qu'elle tombe malade, elle raconte que c'était une charmante fille et qu'elle était très attirante, et qu'elle prévoyait un avenir plein d'espoir pour sa fille. Donc on comprend que la mère vit une déception puisqu'elle attendait que Mme B. réussisse sa vie et alimente et nourri son narcissisme à elle. Donc à chaque fois que la patiente tombe malade ou rechute la mère a une reviviscence de ses propres blessures narcissiques à elle.

Nous remarquons alors que chez cette famille presque tous les membres ne sont pas autonomes et donc Mme B. ne reçoit pas les soins suffisants et l'environnement adéquat pour l'amélioration de son état, mais au contraire, elle vit dans un milieu pathologique qui exige d'elle, certaines choses qu'elle n'est pas en mesure de faire.

Analyse Du Test « Rorschach »

Les réponses de Mme B. :

Planche IV : « c'est un homme courageux, il a beaucoup de muscles, ses pieds sont grands »

Planche VII : « poumons d'un être humain »

L'imga paternelle chez Mme B. :

On a remarqué que dès le premier contact avec la planche IV la patiente s'est rapprochée de la planche pour voir de près, et la regardait avec admiration.

L'imga paternel chez Mme est très valorisé et cela du fait qu'elle voit un « homme courageux », c'est-à-dire, qu'elle voit son père comme un héros et comme un idéal tout puissant.

Aussi elle représente son père comme étant quelqu'un de musclé et de fort ; ici on remarque l'aspect de la dominance et de la virilité. Et du fait que la patiente assisté aux disputes entre son père et sa mère et où cette dernière était battue.

Donc pour la patiente son père est fort car il était un père dur et un père envahisseur.

La planche IV ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps. Elle est plutôt évocatrice d'images de puissance. Mais il faut bien remarquer que ces images de puissance seront plus ou moins bien organisées selon qu'elles rendent compte ou non de l'intégration d'une construction corporelle délimitée et bien définie. On accordera donc une valeur positive aux réponses qu'a données notre patiente du fait qu'elles reprennent perceptivement la combinaison structurante d'un corps humain ou anthropomorphe. L'exemple de Mme B. s'inscrit dans le registre de la problématique de puissance mais renvoient aussi à des représentations symboliques du corps.

L'imga maternelle chez Mme B. :

Contrairement à l'imga paternelle, l'imga maternelle chez Mme B. est très défailante.

La patiente n'arrive pas à avoir une représentation de la figure maternelle et cela est dû à un défaut de symbolisation de l'imga maternelle qui nous renvoie à comprendre que la qualité de la relation d'objet était médiocre au point que la patiente n'a pas pu projeter à la planche une identification féminine.

La patiente n'a même pas pu nous donner une réponse humaine à la planche, mais à la place, elle a vu des poumons, ce qui montre que l'imga maternelle est non seulement morcelée mais aussi il y'a un effondrement du moi.

Analyse Psychopathologique

Mme B. depuis son jeune âge, elle se bagarrait constamment avec les autres de son âge, sa nervosité était comme un mécanisme de défense contre la sensation d'infériorité et de l'envahissement de l'autre, d'une part, son frère et mère la néglige, et d'autre part, son père la choyée et marquait un excès de protection à son égard. Cela renforce son complexe d'infériorité.

La colère qu'elle affichait est devenue, à la longue, une constante qui serait à l'origine de sa méfiance et persécution aux autres. Sa famille après le décès de son père, ne laissait échapper aucune occasion pour la rappeler qu'elle était naïve et inexpérimentée. Ce qui a rendu la vie au sein de la famille pour Mme B. insupportable. L'isolement était la seule issue pour éviter, selon elle, les regards agressifs et menaçants et moqueurs de l'entourage.

Ce qui ressort de tout ceci, c'est que Mme B. était très sensible aux regards et aux dires des autres. Elle les interprétait continuellement comme une sorte de complicité contre elle.

Cette peur de l'autre a grandi surtout après la mort du père, pour elle tout le monde l'observe et la guette, puisque maintenant elle n'a plus personne à la protéger.

On peut parler ici d'une provocation d'un instinct primitif (Bergeret, 1984) qui correspondrait à une 'pulsion de vie' dont Freud (Freud 1986) a parlé dans 'métapsychologie' un instinct brutal et traumatisant, déclenché par la peur de l'autre. Ceci rend traumatique et dramatique l'idée de proximité de l'autre.

L'angoisse de la patiente ici, assure pour elle une sorte de préparation de son Moi au danger et lui permet le déploiement d'un certain nombre de ripostes face à ce danger. Parmi ces ripostes, on peut trouver le contre-investissement, l'évitement ou la claustration.

Sa situation devenait d'autant plus délicate qu'elle s'enfermait et se repliait. Elle ne quittait plus sa chambre et se méfiait même de sa famille. Elle évitait de les fréquenter et commençait à se douter de ce qu'on lui présentait comme nutrition.

La malade est devenue incapable de maîtriser ses émotions et ses pensées. Cette régression est dû au fait qu'elle n'a pas appris à faire attendre, métabolisées et renvoyées quand il est nécessaire. L'ensemble de cette matrice symbolique se trouve ainsi forclos dans un statut pathogène. Chose qui a entravé, chez la patiente, durant son enfance, l'accès à la castration et lui a poussé à livrer son existence à l'omnipotence parentale, d'où son sentiment de persécution.

Les hallucinations de Mme B, seraient dues à une lésion des limites entre le monde intérieur et le monde réel. Cela revient au fait que son père qui était très protecteur n'a pas pu jouer correctement son rôle, il avait adopté une relation narcissique à son égard, chose qui n'a pas permis au patiente d'avoir un cadre et un sens à son vécu et de délimiter l'espace psychique de l'univers où elle vit.

L'ambiguïté que présentent ces voix est rendue pareillement par un langage ambigu.

Mme B. utilise un néologisme chaque fois qu'elle parlait des hallucinations et, donc, la dissociation devient d'autant plus complexe qu'elle englobe l'isolement, les hallucinations auditives, le délire et le néologisme.

La difficulté de communiquer, nous l'avons relevée chez la patiente au cours des entretiens. Ses interventions, notamment dans les premières entrevues se caractérisent par une froideur frappante : elle ne prenait jamais l'initiative de la parole, refusait même au départ de parler, et lorsqu'elle intervient, elle le fait de manière trop concise et ambiguë. S'ajoute à cela le fait qu'elle salue toujours la dernière et qu'elle ne regarde pas son interlocuteur au moment de la poignée de la main. Cela traduit fort probablement sa peur d'être envahie par l'autre.

L'organisation de la structure schizophrénique se caractérise avant tout par un échec des mécanismes d'identification, laissant place à des modes de relation primitifs et fusionnels à l'objet. Il en résulte une carence des processus d'individualisation responsable de cette absence des limites du soi qu'expriment les manifestations paranoïdes. Parmi les modalités d'aménagement de la relation d'objet qui constituent des défenses contre le déclenchement d'un fonctionnement psychotique il ya : relation d'emprise, relation fétichique à l'objet (E.Kestemberg 1978), variantes des images du soi d'E.Jacobson (1975 :245). Différentes formes de la paradoxalité, de l'omnipotence et de l'anti conflictualité du schizophrène (Racamier, 1979)

Jeammet (1990 :29-30) a aussi distingué, le fonctionnement psychotique du fonctionnement psychogène et des potentialités psychotiques. Selon ce chercheur, « les potentialités psychotiques sont le fait d'organisation vulnérable à l'éclosion des deux autres modalités. Disons schématiquement qu'elles témoignent d'une défaillance des ressources narcissiques internes, favorisant la possible émergence d'un antagonisme entre relation d'objet et sauvegarde narcissique d'où un effet anti-narcissique de la lutte anti-objectale.

Synthese Et Conclusion:-

Dans notre étude, on a pu constater combien le bien-être ou le mal être au sein de la famille joue un rôle important dans l'état psychique du malade et cela a été remarqué dans notre étude de cas présenté ici et aussi dans les autres entretiens qu'on n'a pas pu les publier tous.

La diminution des temps d'hospitalisations (Nuechterlein KH, Miklowitz DJ, Ventura J, et al. 2004) mais aussi la difficulté à disposer de structures adaptées pour les patients atteints de schizophrénie placent la famille au premier plan de la prise en charge de leur enfant au sortir de l'hôpital (Van Meijel B, Van der Gaag M, Kahn RS, et al. 2002)

Les familles ayant des membres schizophrènes perçoivent l'environnement comme hostile et confus ; leurs perceptions de l'environnement sont non seulement déformées, mais utilisées comme une stratégie de défense et de protection. (Salem, 2005)

La famille de notre patiente est caractérisée par une forte dominance à l'égard du malade.

Nous avons remarqué que Mme B. explique la forte tension qu'exerce la famille envers elle, comme étant un refus totale de sa personne. Pour elle le fait de la placer dans un hôpital est une forme de punition et de rejet à son égard.

Il y a donc une relation entre les symptômes pathologiques et la situation familiale, il y a même à conclure que le comportement de la famille accroît ces symptômes et renforce son sentiment de persécution.

La relation entre Mme B. et sa famille se caractérise par une charge affective forte et un lien négatif, surtout la mère qui semble avoir une personnalité pathologique mais hélas n'a jamais été suivi ni par un psychiatre ni par un psychologue, durant nos entretiens avec Mme B, nous avons essayé de travailler aussi sur les symptômes de sa mère qui touchent directement l'amélioration de l'état de notre patiente.

Les rechutes répétées de Mme B, sont la plupart du temps survenus suite à un suivi anarchique du traitement, mais lorsque nous avons creusé l'histoire, nous avons découvert que la patiente décide d'arrêter le traitement à chaque fois qu'il y'a des conflits au sein de la famille, et qu'elle perd sa stabilité mentale et n'arrive plus à vivre au sein d'un milieu régné par un mal-être insupportable pour elle.

Ajoutons à cela l'altération de la qualité de vie des patients schizophrènes avec l'avancée de l'âge, touchant en particulier la santé psychologique et physique (Charfi et al., 2019)

Freud et ses prédécesseurs ont insisté (dans le cadre de la psychopathologie) sur l'importance du rôle de la perturbation du climat familial dans l'apparition de la schizophrénie.

Dans le même sens, Brown(1988 :693) insiste dans l'une de ses recherches que 92% de rechutes schizophréniques résultent de l'existence au sein de la famille de personnes s'exprimant avec véhémence et négativité excessives comme le sentiment d'abhorraisons, de revanche...

Des aménagements dysfonctionnels des interactions affectives sont identifiables dans certaines familles, particulièrement lorsque la tension émotionnelle est forte. Les familles de schizophrènes se distinguent souvent par une extrême pauvreté affective des échanges et par une distribution inadéquate des rôles affectifs. C'est là un terrain propice à l'élaboration d'une mythologie défensives stéréotypées et factices : « l'entente cordiale », l'harmonie-à-tout-prix, ou au contraire, des pseudo-conflits ayant surtout pour effet de détourner l'attention des vrais problèmes. (Salem, 2005)

C'est ainsi que l'environnement familial du malade schizophrène apparaît tranquille pour la première fois, pourrait s'avérer, après étude approfondie, figé quant à l'aspect affectif qui y règne, et incapable d'établir des relations affectives positives et complètes, ou même des dialogues intimes, c'est-à-dire que cette famille souffre de difficultés relationnelles.

Bibliographie :-

- BERGERET J., (1984), *la violence fondamentale*, Dunod
- Boucher L, Lalonde P. (1982), *La famille du schizophrène :interférenteoualliée ?*SanteMent Québec.
- BROWN G., (1988), cité par Vincelette F, *La schizophrénie expliquée*, Gaëtan Morin, pp. 693
- Charfi, N., Hajbi, K., Maâlej-Bouali, M., Omri, S., Feki, R., Zouari, N., Zouari, L., Ben Thabet, J., &Maâlej, M (2019). The impact of ageing on quality of life in schizophrenia : A comparative studyaccording to age. *NPG Neurologie- Psychiatrie- Geriatrie*, 19(110), 91-98. Scopus.
- Chue P. (2006), *The relationship between patient satisfaction andtreatment outcomes in schizophrenia*. J Psychopharmacolpp:38—56.
- FREUD S., (1986), *Métapsychologie*, Gallimard
- Greenberg JS, Knudsen KJ, Aschbrenner KA. (2006), *Prosocialfamilyprocesses and the quality of life of persons with schizophrenia*.Psychiatr Serv.
- JACOBSON E., (1975), *Le soi et le monde objectale*, Puf, 245 p.
- Jäger M, Riedel M, Messer T, et al.(2007), *Psychopathological characteristicsand treatment response of first episode compared withmultiple episode schizophrenic disorders*. Eur Arch PsychiatryClinNeurosci pp:47—53.
- JEAMMET P., (1990), « Interrogations sur le fonctionnement psychotique », In LADAME F., GUTTON P., KALOGERAKIS M. (Dir), *Psychoses et adolescence*, Masson, pp. 29-30
- KESTEMBERG E., (2001), «La relation fétichique à l'objet », In Kestemberg E (Dir), *La psychose froide*, Editions PUF, pp. 77-101.
- Noiseux S, Ricard N. (2008) *Recovery as perceived by people withschizophrenia, family members and health professionals: agrounded theory*. Int J NursStud.
- Nuechterlein KH, Miklowitz DJ, Ventura J, et al. (2004), *Classifying episodes in schizophrenia and bipolar disorder: criteria for relapse and remission applied to recent-onset samples*. Psychiatry Respp : 144:153.
- RACAMIER P., (1979), *De psychanalyse en psychiatrie : études psychopathologiques travaux réunis*, Payot.
- GERARD S, (2005), *L'approche thérapeutique de la famille*, MASSON, 90-98 p.
- Van Meijel B, Van der Gaag M, Kahn RS, et al. (2002), *The practice of early recognition and early intervention to preventpsychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratorystudy*. J Psychiatr Mental Health Nurs.
- Winefield HR. (1996), *Barriers to an alliance between family and professionalcaregivers in chronic schizophrenia*. J Ment Health.