

Family Dynamics and Schizophrenia: a Clinical Case Report

<https://doi.org/10.57642/AJOPSY945>

Hind Naji

naji.hind@yahoo.fr

Faculty of Letters and Human Sciences, Mohammed V University-Rabat, Morocco

Received: 28/10/2024

Jamal El-Ouafa

elouafajamal@gmail.com

Faculty of Letters and Human Sciences, Mohammed V University-Rabat, Morocco

Accepted: 23/12/2024

Fatiha Belaid

fatiha_belaid01@hotmail.com

Faculty of Letters and Human Sciences, Mohammed V University-Rabat, Morocco

Published: 31/12/2024

Abstract

This article discusses a case of schizophrenia in a young adult who recently relapsed due to familial tensions and a dysfunctional family environment. The case is analyzed through the use of the Rorschach test, a projective tool that helps explore thought processes, as well as through interviews with the patient and their family. The analysis reveals that the family dynamic plays a key role in the patient's relapse, highlighting conflictual interactions that exacerbate the symptoms of schizophrenia. The patient shows an altered perception of reality, marked by hallucinations and delusions, while family members seem to struggle with understanding and supporting his emotional and psychiatric needs. The conclusion emphasizes the difficulties families face when dealing with the mental illness of a loved one, particularly due to a lack of resources and understanding of the specific challenges associated with schizophrenia. It also underscores the importance of an integrated therapeutic approach that includes both the treatment of the patient and support for the.

Keywords: schizophrenia, family dynamics, relapse

Dynamique Familiale et Schizophrénie: à Propos d'un Cas Clinique

Hind Naji

naji.hind@yahoo.fr

Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V-Rabat, Maroc

Reçu: 28/10/2024

Jamal El-Ouafa

elouafajamal@gmail.com

Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V-Rabat, Maroc

Accepté: 23/12/2024

Fatiha Belaid

fatiha_belaid01@hotmail.com

Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V-Rabat, Maroc

Publié: 31/12/2024

Résumé

Cet article traite d'un cas de schizophrénie chez un jeune adulte ayant récemment rechuté, en lien avec des tensions familiales et un environnement familial dysfonctionnel. Le cas est analysé à travers l'utilisation du test de Rorschach, un outil projectif qui permet d'explorer les mécanismes de pensée, ainsi qu'à travers des entretiens réalisés avec le patient et sa famille. L'analyse révèle que la dynamique familiale joue un rôle clé dans la rechute du jeune, en mettant en évidence des interactions conflictuelles mal adaptées qui exacerbent les symptômes de la schizophrénie. Le patient présente une vision altérée de la réalité, marquée par des hallucinations et des délires, tandis que ses proches semblent avoir des difficultés à comprendre et à soutenir ses besoins émotionnels et psychiatriques. La conclusion met en lumière la difficulté pour les familles de faire face à la maladie mentale d'un proche, notamment à travers le manque de ressources et de compréhension des enjeux spécifiques liés à la schizophrénie. Elle souligne aussi l'importance d'une approche thérapeutique intégrée qui inclut à la fois le traitement du patient et un accompagnement des membres.

Mots-clés: schizophrénie, dynamique familiale, rechute

Introduction

La prévention des rechutes est un défi majeur dans la prise en charge des patients schizophrènes. Le laps de temps entre la perte de bien-être de l'individu et l'instauration du traitement est bien documenté (Helgason, 1990; Wyatt, 1991). Johnstone et al. (1986) ont observé que plus la durée sans traitement est courte, moins le risque de rechute au cours des deux années suivantes est élevé. Reconnaître les signes précoces de la rechute permet aux sujets d'acquiescer un contrôle réel sur un événement qu'ils redoutent.

Une rechute ou une détérioration de l'état mental après une amélioration pèse souvent sur l'équilibre familial. Suite aux contraintes que la maladie impose à long terme, les membres de la famille encourent un risque augmenté de dépression, de deuil compliqué et de conflits conjugaux. Ces familles doivent bénéficier d'un traitement précoce lors de la rechute, d'une information et d'un soutien émotionnel continu, et parfois d'une thérapie familiale spécialisée (Gleeson et al., 1999).

Le trouble schizophrénique entraîne des répercussions importantes sur les interactions sociales, et ce même si les symptômes aigus ont disparu, comme c'est généralement le cas dans le décours de la maladie.

La perte des relations familiales, amicales ou professionnelles conduit à la marginalisation sociale. Il est dès lors impératif d'aider les patients à établir un réseau social de sécurité (Jackson & Edwards, 1992).

Présentation du cas

Il s'agit de Mr Anas âgé de 22 ans, célibataire, sans profession, originaire de Rabat et habitant à Salé.

Anas a été ramené aux urgences de l'hôpital psychiatrique AR-RAZI par son frère, sa tante et son oncle pour une excitation psychomotrice, hétéro agressivité, irritabilité et insomnie.

L'évolution des troubles

En effet le début de la symptomatologie semble remonter à il y a environ deux ans et serait marqué par l'installation brutale, coïncidant avec le début de consommation problématique de substances psycho-actives (tabac, cannabis et Benzodiazépines), d'un trouble de comportement tranchant avec son état antérieur fait d'une tristesse et une hétéro agressivité envers son entourage.

Il serait devenu insomniaque et verbalisant des propos incohérents, ceci aurait amené la famille à consulter à l'hôpital psychiatrique de Meknès d'où sa 1^{ère} hospitalisation où il a été pris en charge pendant une période de 25 jours, et serait sorti bien stabilisé.

L'évolution serait marquée par une bonne amélioration clinique, un suivi et une observance thérapeutique satisfaisante, mais sans retour à l'état prémorbide ni réinsertion socioprofessionnelle selon les dires de la famille.

Six mois après, Anas aurait décidé d'arrêter toute prise médicamenteuse sous prétexte qu'il est guéri, il serait redevenu persécuté contre son entourage, agressif contre eux affichant des rires immotivés, logorrhéique, avec des dépenses exagérées, d'où sa 2^{ème} hospitalisation en septembre 2017, pendant presque un mois, sorti stabilisé sous traitement non précisé.

L'évolution serait marquée avec des épisodes d'accalmie et de réactivation jugulés en ambulatoire, son état serait resté toléré par sa famille jusqu'à il y a vingt jours, Anas aurait commencé à prendre son traitement d'une manière anarchique avec un arrêt définitif il y a presque dix jours, et par conséquent il serait redevenu insomniaque, irritable à la moindre frustration, faisant des va et vient tout le temps à la maison, logorrhéique et agressif vis-à-vis

de son entourage, multipliant les bagarres avec les voisins, avec des dépenses inhabituels, écoutant de la musique à fond notamment au cours de la nuit, ce qui aurait poussé les voisins à menacer la famille de déposer plainte contre leur fils à la police.

Devant cet état, il a été admis à l'hôpital psychiatrique AR-RAZI pour meilleure prise en charge.

Antécédents psychiatriques: Oncle maternel serait psychotique.

Biographie

Anas est issu d'un niveau socioéconomique moyen, d'un père banquier de son vivant, d'une mère femme au foyer, il est le 2^{ème} d'une fratrie de trois garçons. Le développement staturo-pondéral du patient correspond à son âge, on ne note aucun retard au niveau de la croissance : station assise acquise à sept mois, la marche à quatorze mois, le langage et la propreté à deux ans. Son enfance s'est déroulée sans incidents marquants. A l'âge scolaire, il rejoint l'école et ses résultats étaient plutôt assez bons. A l'âge de 15ans, le patient qui aurait été bon élève jusqu'alors, a vu ses résultats devenir de moins en moins bons. En 6^{ème} année secondaire, Anas commence à changer jusqu'à l'apparition de la maladie. Après le décès de son père, il est devenu de plus en plus irritable, il rapporte que lui et son père étaient proches. Quand il était enfant, le père d'Anas prenait beaucoup soin de lui, il l'emmenait avec lui au souk, le guidait, et l'aidait à acquérir son autonomie. Contrairement à son père, la mère d'Anas avait une relation affective discordante avec son fils, tantôt elle affichait une affection envers lui et montrait une hyper protection, tantôt elle était dominante et rigide. Anas a réussi à décrocher son baccalauréat, et a accédé après à l'ISTA, mais il n'aurait pas pu continuer ses études supérieures ni exercer un travail après le début du trouble. Après l'apparition de la maladie, Anas passe son temps à déambuler, s'acheter ses provisions de cannabis par l'argent qu'il arrive toujours à avoir, d'une manière ou d'une autre de sa famille. Son frère le décrit, avant l'apparition de la maladie comme étant sociable et extraverti, ne fournissant pas beaucoup d'efforts pour obtenir ce qu'il voulait car il sait comment manipuler les gens jusqu'à obtenir ce qu'il veut. Après le décès de son père, sa famille a remarqué qu'il tendait à s'isoler dans sa chambre, le surprenait souvent en train de rire ou de pleurer sans motifs apparents, souvent soliloquant, sa chambre était toujours dans un désordre inhabituel avec des mégots de cigarettes partout, ce qui poussa la famille à priver Anas d'avoir une chambre à lui seul, pensant que cela l'empêcherait de tels comportements. Malgré cela Anas ne partageait plus les repas familiaux, sélectionnait les plats qu'il allait prendre et refusait ceux qu'il suspectait d'être empoisonnés. Son agressivité se manifesta surtout contre sa mère, une agressivité qui change rapidement en tendresse exagérée, car la mère d'Anas est atteinte du cancer, et Anas culpabilise et se sent coupable en partie de la souffrance de sa mère.

L'analyse de la dynamique familiale

D'après les entretiens, il ressort que les membres de la famille ne dégagent pas beaucoup d'hostilité ou de reproches au patient.

Ceci montre que les membres de cette famille n'éprouvent pas de répulsion vis-à-vis du malade et ne se sentent pas trop dérangés du fait qu'ils le côtoient constamment. Les quelques reproches qu'ils lui font sont indirects : ils ne concernent pas le comportement du malade, ils prennent une forme plutôt générale en rapport avec la maladie ou ayant trait à la période d'avant l'hospitalisation. Cela veut dire qu'Anas n'est pas soumis à une pression forte et directe.

En ce qui concerne l'hyper protection, l'on constate qu'elle est relativement importante surtout chez la mère, ce qui implique que la famille est assez préoccupée par l'état du malade.

Durant notre étude de cas, nous n'avons noté aucune intrusion hostile et directe de la part des membres de la famille à l'égard de leur parent malade. Cela montre au moins que cette famille n'intervient pas fortement et directement face aux comportements déviants du patient et dispose d'une capacité de maîtrise des émotions lors de sa communication avec le malade.

Les interventions intrafamiliales sont en majorité équilibrées et calmes. Il n'en demeure pas moins vrai que cette famille se préoccupe considérablement de l'état du malade.

Ce malade vit donc dans un climat affectif relativement équilibré, ce qui participe de l'absorption et, donc, de l'atténuation de la pression qui pèse sur lui.

Malgré cela, on décèle dans cette famille une différence relative entre les membres au niveau de l'exercice du pouvoir. En effet la mère représente relativement le centre du pouvoir dans l'enceinte familiale, et cela même avant le décès du père, ses interventions sont respectées par tous et ses prises de position deviennent facilement celles des autres ; le père au contraire était dépourvu presque de tout pouvoir ; et Anas était plus proche de son père que de sa mère.

Cependant, chacun des membres essaye de surmonter ses différents avec les autres pour la consolidation de l'union familiale pour contrecarrer les problèmes qui viennent de l'extérieur.

Une sorte de compromis se réalise donc à l'intérieur de la famille. Les différentes positions sont rapprochées, les normes fixées par le groupe se trouvent alors respectées.

C'est ainsi qu'on comprend mieux, la difficulté qu'a trouvée la famille et surtout la mère, à se séparer du patient. Nous avons relevé que l'atmosphère familiale devient tendue lors des hospitalisations du patient. Et la mère ne cesse de réclamer la présence de son fils et dit que la maison devient insupportable sans Anas, qu'elle n'éprouve aucune envie, que la séparation est inconcevable car c'est sa "chaire et son sang".

Pour elle donc Anas fait partie de son "être" ; cette mère est donc incapable d'établir une frontière entre le self et le patient, car elle ne peut identifier le patient en tant qu'entité séparée.

Elle utilise le patient ainsi pour son propre accomplissement dans un cadre égocentrique. Pour elle, le patient est sensé lui fournir les apports narcissiques dont elle a besoin.

La mère a besoin du patient parce que sans lui, elle croit qu'elle ne peut plus exister. La relation qu'elle établit avec son fils est une relation d'objet narcissique. Le patient doit rester auprès d'elle mais passif et transparent, c'est-à-dire qu'il doit être tenu de lire même dans ses pensées et pour cela il ne doit pas changer ou plutôt doit penser et réagir comme elle, parce que toute différence provoque en elle une crainte qui est ici comme une défense contre l'angoisse d'anéantissement. Cette relation narcissique surtout entre la mère et le patient entrave l'amélioration de l'état de ce dernier.

C'est comme si cette mère, essayait de faire de son fils son prolongement. Pour ce faire elle exerce ou plutôt essaye d'exercer sur lui une emprise complète jusqu'à se fondre en lui et le pousser à se fondre en elle.

Cette mère traite donc le patient comme s'il était un tout petit enfant ou plutôt une partie d'elle-même.

A l'opposé de ce comportement narcissique de la mère avec le malade, l'on trouve que le père affichait à l'égard du patient un comportement plutôt positif, il le traitait comme un sujet à part entière dans la mesure où il le poussait vers l'autonomie et lui donnait des tâches à faire...actuellement le frère aussi l'estime et le respecte et essaie de faire de son mieux pour son frère.

Cela a donné au patient un soutien face à l'invasion de la mère et lui a laissé une certaine marge de liberté pour qu'il puisse prévaloir l'investissement libidinal dans sa relation aux autres.

L'analyse du test "Rorschach"

Les réponses d'Anas

Planche IV: "je ne sais pas ce que c'est, c'est un volcan"

Planche VII: "c'est une maison vide"

L'imago paternelle chez Anas

Selon la réponse du patient, nous avons relevé une forte angoisse liée à l'imago paternelle, ce n'est pas une angoisse de castration que l'on retrouve chez le névrotique, mais c'est une angoisse de danger, un danger réel qui a conduit au morcellement du moi.

Le patient n'a pas pu établir une représentation fantasmatique du père, la réponse du patient évoque une forte angoisse flottante, prête à s'attacher à n'importe quelle représentation : ici le danger est partout, la sécurité nulle part.

Les défenses mises en place sont pour lutter contre la menace d'éclatement identitaire.

L'imago maternelle chez Anas

Selon la réponse d'Anas, l'imago maternelle est effacé et absente, car non seulement il n'a pas pu nous donner une réponse humaine, mais à la place il a aperçu "une maison vide", le contenu renvoie à une intégrité corporelle non intégrée, à une angoisse d'anéantissement, qui se manifeste par le "vide".

Cette planche permet au patient de régresser à un stade primaire et archaïque, pour revivre la première relation d'objet, et de nous renvoyer à l'image du corps.

La réponse manifeste de notre patient nous a permis de découvrir un contenu latent qui traduit une insécurité et une forte angoisse liée à l'image maternelle qui hyper protectrice « maison », mais cette protection n'est pas de bonne qualité et n'est pas sincère selon Anas, qui pour lui n'est qu'une enveloppe envahissant absent d'affect "vide".

Analyse Psychopathologique

Si l'on considère quelques symptômes que présente ce patient tels la méfiance, la réticence et le refus de contact, l'on conclue à une tendance au refus de l'autre et surtout, à une indisposition à la communication, même lorsque cet autre est la famille. La problématique de ce patient réside, ainsi, dans ses conflits avec le monde extérieur: cela rejoint la remarque suivante de Freud: "...la psychose, elle est l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le moi et le monde extérieur" (Freud, 1973).

L'autre constitue, aux yeux du malade, une source de danger.

Dans le service, il ne réclamait rien et n'entreprend pas de relations avec les autres patients. Il ne regardait pas en face les personnes qui lui parlent.

Son évitement du regard de l'interlocuteur témoigne du danger qu'il craignait et dont la source serait l'œil. L'œil symbolise ici la méchanceté qui tente de l'anéantir. Selon lui, elle est l'organe qui l'attire pour l'absorber et le vider de l'intérieur.

Après deux entretiens, Anas a parlé plus aisément de sa maladie, il a expliqué les voix qu'il entendait constamment, il a dit qu'elles signifiaient :

- "que je ne suis pas un homme"

- "que je ne suis qu'une pourriture".

Il ressort de là un sentiment très fort de persécution et d'infériorité. Cette infériorité et cette persécution que ressent le patient trouve son origine dans sa relation avec sa mère. Cependant, l'on ne possède pas de données suffisantes qui puissent prouver un dysfonctionnement au niveau de la prime enfance. Il n'en demeure pas moins vrai que certains indices sont toujours là pour le dénoncer.

Anas nous raconte que lorsque la mère se rapprochait de lui en s'asseyant à ses cotés et en lui demandant de s'approcher davantage, il était dérangé et rapporte comme un sentiment d'envahissement, comme si elle cherchait par là à l'intérioriser, outre le fait qu'elle le touchait pour exprimer son amour et son affection.

Cette réponse négative du patient au fantasme de séduction de sa mère, symbolise, selon nous, son refus à cette position parce qu'il ne peut plus se représenter soi-même en acceptant cette possession que lui inflige sa mère.

Pasche (1988) nous précise qu'il est impossible de se représenter un objet et soi-même à la fois pénétrant et pénétré dans une combinaison totale.

C'en est là un exemple qui montre l'attachement très fort de la mère à son fils à tel point que ce dernier se sent inférieur, dépendant, voire même enfant. L'excès de gestes d'affectivité comme la caresse des cheveux et du visage symbolisent, aux yeux du malade, l'autorité et la pression qui contrecarrent toute volonté d'émancipation.

L'isolement devient de ce fait la seule issue possible et la seule voie de libération de l'emprise maternelle. Le délire est l'expression d'une transcendance virtuelle par rapport à l'autre qui constitue désormais une source de persécution.

Actuellement la mère est malade d'un cancer chose qui préoccupe le patient et se sent inconsciemment coupable de sa maladie, il explique que sa mère a tout sacrifié pour lui, et a souffert à cause de sa maladie, maintenant c'est à son tour de s'occuper d'elle. On comprend que le patient ressent de la culpabilité et se sent redevable envers sa mère surtout que cette dernière maintient avec lui une relation d'objet narcissique.

Lors de notre dernier entretien avec le malade, il était propre, sa tenue était correcte. Il était calme, il ne faisait plus de néologisme, ses réponses ont été plus adaptées. Le patient dort bien, mange correctement et il est impatient de rentrer chez lui surtout pour rendre visite à sa mère malade.

Quand on lui a demandé ce qu'il faut faire pour éviter une seconde rechute, il nous a répondu qu'il doit toujours prendre ses médicaments à l'heure et rester entourer de ses proches, et éviter toute consommation de substances psycho actives, chose qui montre l'amélioration de son état.

Conclusion

La famille joue un rôle crucial dans la vie des personnes atteintes de schizophrénie. Elle peut offrir un soutien affectif essentiel, ce qui aide à atténuer la solitude et l'angoisse souvent ressenties par les personnes schizophrènes.

Un environnement familial stable peut favoriser une meilleure gestion de la maladie. La prévisibilité et la sécurité à la maison sont bénéfiques pour le bien-être mental.

Un soutien familial actif peut contribuer à identifier et à gérer les signes avant-coureurs de rechutes, facilitant ainsi une intervention précoce

La limite aux capacités de cohabitation est posée comme un échec de la formation et du traitement et non comme une donnée faisant partie intégrante du problème posé par la psychose. Par exemple dans le programme de formation pour l'entourage des patients "Coping with schizophrenia" conçu au centre de recherche en psychiatrie du New Hampshire (Mueser & Gingerich, 2011) la question est abordée dans le dernier module qui s'intitule "cohabiter ou ne pas cohabiter".

La question de la distance entre le patient et ses proches, qui n'est plus portée socialement par la séparation physique d'une institution, est posée aujourd'hui comme une capacité interne des membres de l'entourage du patient qui doivent "assurer leur propre réalisation personnelle malgré la présence du patient schizophrène et la responsabilité de soins et de soutien qui y sont inhérentes" (Cormier, 1991) , elle fait donc appel aux ressources internes des sujets concernés par la situation de cohabitation.

Références

- Cormier, H. (1991). *Profamille : Programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie*. Unité de psychiatrie sociale et préventive, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.
- Freud, S. (1973). *La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose*. In *Névrose, Psychose et Perversion* (P.U.F).
- Gleeson, J., Jackson, H. J., Stavely, H., & Burnett, P. (1999). *Family intervention in early psychosis*. In P. D. McGorry & H. J. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (pp. 376–406). Cambridge University Press.
- Helgason, L. (1990). Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: What could have been prevented? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(3), 231-235. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb06486.x>
- Jackson, H. J., & Edwards, J. (1992). *Social networks and social support in schizophrenia : Correlates and assessment*. In *Schizophrenia* (pp. 275-292). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4457-3_18
- Johnstone, E. C., Crow, T. J., Johnson, A. L., & MacMillan, J. F. (1986). The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 148, 115-120. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.2.115>
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2011). Relapse prevention and recovery in patients with psychosis : The role of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Times*, 28(6), 66-66.
- Pasche, F. (1988). *2-Réalités psychiques et réalité matérielle*. In *Le fil rouge* (pp. 43-54). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/le-sens-de-la-psychanalyse--9782130418757-p.43>
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(2), 325-351. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.2.325>