

Florence Schmitt,

infirmière spécialisée en psychiatrie, PhD, psychothérapeute de famille et psychothérapeute individuel, Child Psychiatry Clinic, Turku University Hospital, Finlande.

Quand papa perd le tempo !

Cette histoire clinique nous enseigne comment, à partir d'une dynamique familiale bien identifiée, mais surtout particulièrement appropriée, Le thérapeute progresse vers Le cœur du débat : comprendre Les raisons de La rechute.

Le traitement des patients atteints de troubles psychiatriques chroniques, comme la schizophrénie ou les troubles maniaco-dépressifs, vise à les aider à récupérer leurs activités, à minimiser les rechutes et à promouvoir une qualité de vie au quotidien (Harvey, 2006 ; Owen et autres, 2008). Mais l'efficacité du traite-

ment et la prévention des rechutes sont aussi des questions économiques. En effet, les traitements des désordres bipolaires, par exemple, sont coûteux (plus que les traitements d'autres troubles psychiatriques) ce qui représente pour la société une charge importante (Stensland et autres, 2007). L'essentiel, cependant, reste l'immense

souffrance psychique et sociale des patients et de leurs proches. Ces troubles psychiatriques sont en effet souvent accompagnés d'un mode de vie chaotique : instabilité des relations humaines, absence d'un réseau de soutien, alcoolisme ou/et toxicomanie, pauvreté et insécurité. La souffrance des patients et de leur famille - spécialement la

détresse des enfants - reste souvent invisible ou inconnue des soignants.

Si la prévention des rechutes et l'adhésion au traitement sont considérées comme les principaux défis à relever dans le traitement des patients atteints de troubles psychotiques, nous disposons de peu d'éléments sur la façon de construire et de maintenir cette adhésion au traitement. L'expérience clinique montre toutefois que la qualité de l'alliance thérapeutique joue un rôle important dans la gestion du traitement (Strauss et Johnson, 2006).

L'objet de cet article est de décrire comment une psychothérapie familiale, incluant les enfants d'un patient atteint d'un trouble maniaco-dépressif grave et chronique, devient un agent de changement profond et un instrument pour promouvoir l'adhésion au traitement et la continuité des soins.

■ Le contexte du traitement

L'approche thérapeutique en vigueur à la clinique psychiatrique de Turku (Finlande) est enracinée dans le programme national finlandais pour le traitement et la réadaptation des patients schizophrènes (Alanen, 1975, 1997 ; Alanen et al., 1990 ; Alanen et al., 1991). Cette approche est axée sur la psychothérapie dont les formes doivent être spécialement adaptées aux besoins de chaque patient en raison de la nature hétérogène des psychoses. Les traitements des patients sont basés sur les principes suivants :

- les activités thérapeutiques sont planifiées et exécutées avec souplesse et individuellement, de manière à répondre à la réalité et à l'évolution des besoins des patients et de leur famille ;
- l'examen clinique et le traitement sont dominés par une attitude psychothérapeutique ;
- les différentes activités thérapeutiques doivent être intégrées et ne pas nuire les unes aux autres ;
- la qualité du processus est clairement au cœur des préoccupations.

La famille est prise en charge dès l'initiation du traitement, surtout si le patient a des enfants ; la souffrance psychique de l'enfant est donc reconnue (Schmitt, 1996, 1997, 2001).

Dans le cas de familles où un des parents est malade (psychiatrique ou somatique), deux principes fondamentaux orientent l'approche thérapeutique :

- premièrement, l'individuel est déplacé vers le familial, le patient étant perçu d'abord

comme un membre à part entière de sa famille, ayant sa place et ses responsabilités vis-à-vis des autres membres de la famille ;

- deuxièmement, le patient est considéré d'abord comme un parent, père ou mère de ses enfants, plutôt que comme un « schizophrène », un « cancer du sein » ou un « dépressif » (Schmitt, 2007). Un parti pris éthique est à l'origine de ces choix : chaque patient est perçu comme ayant le profond désir d'être un parent « suffisamment bon » pour ses enfants (Winnicott, 1956). La première tâche du psychothérapeute est donc de faire une alliance avec ce désir, un « havre de sécurité » comme le décrit Karl Heinz Brisch (2002).

■ L'histoire de Tarmo

Tarmo est un homme de 38 ans, musicien, employé à l'orchestre municipal. Il est marié avec Mirja, 37 ans qui travaille comme expert en programmation de logiciels. Ils ont quatre enfants, une première fille Silja de douze ans, un garçon Oskar de dix ans, une petite fille Pinja de huit ans et un petit garçon Vihtori qui a six ans.

Tarmo est adressé au service d'hygiène mentale où je travaille pour un suivi de traitement après une hospitalisation qui a duré tout l'été. C'est le septième épisode successif de psychose. En fait, depuis huit ans, ce patient est hospitalisé chaque été pour une grave décompensation maniaque. À la fin de l'été, il regagne son domicile. Il est plus ou moins profondément dépressif mais recommence le travail dès la reprise des répétitions de l'orchestre. Il est traité par lithium. Les décompensations psychotiques sont décrites comme brutales. Il dépense des sommes astronomiques et endette toute la famille. Il proclame que la fin des temps est proche et se précipite en général dans la classe de sa fille aînée pour la sauver d'une catastrophe imminente. Il se dévêt au milieu de la place du marché et c'est alors l'hospitalisation d'office.

Notre première entrevue se déroule dans le service lors de la réunion de négociation du traitement (1). Je dis clairement au patient que je suis prête à le prendre en charge, mais que pour cela il faudra qu'il vienne avec sa famille. Il est étonné, mais devant mon insistance, ne proteste pas. Nous fixons alors un premier rendez-vous.

• Première séance (septembre)

La famille au complet s'installe. Oskar a apporté une flûte. Parce qu'il y a la flûte et

que le papa joue dans un orchestre, il semble facile de parler musique. J'apprends que tous jouent d'un instrument, sauf la maman qui dit ne pas être « très musicienne ». Après un petit temps d'introduction, je demande brutalement :

- Thérapeute : Dites-moi, si vous jouez ensemble et que l'un de vous joue faux, ou bien perds le rythme, qui d'entre vous s'en rend compte en premier ?

- Oskar : papa bien sûr !

- Thérapeute : et si papa perd le bon rythme, le juste tempo, qu'est ce qu'il se passe ?

- Silja : ben, au printemps souvent, ben papa, il va trop vite... ».

Nous parlons alors de ce que signifie « aller trop vite ». Je fais celle qui ne comprend pas tout à fait de quoi il s'agit et pour finir je demande aux enfants s'ils ont un métronome à la maison et s'ils peuvent l'apporter pour la séance suivante car j'ai besoin de comprendre cette histoire « de perte du tempo et d'aller trop vite ».

• Seconde séance (octobre)

Oskar a apporté le métronome, il se révèle être mon co-thérapeute. Nous écrivons sur un grand tableau fixé au mur de mon bureau des colonnes pour chaque mois : janvier, février, mars, avril... Ensuite, je donne comme instruction aux membres de la famille de définir à l'aide du métronome le tempo de leur famille pour chaque mois. Les parents et les enfants ont une discussion animée, parfois proche du conflit, pour se mettre d'accord. En hiver, le tempo est plutôt lent (*largo - lento*), en avril, d'*andantino* on passe à *allegro*, puis à *allegro vivace*. En mai, on va de *presto* à *prestissimo*, pour finir vers un tempo « *vivacissimamente - pazzo furioso* », dit le père pour clore cet exercice. À ce moment-là, l'ambiance change et les enfants commencent timidement à évoquer la réalité quand papa est « *pazzo furioso* ». Silja dit qu'elle a, à la maison, un disque qu'elle voudrait que j'écoute, comme cela je saurais ce qu'elle ressent. Je dis que sans doute les autres aussi ont un disque qui traduit leurs sentiments quand papa est « *pazzo furioso* ». Nous concluons en prenant rendez-vous pour la prochaine séance au domicile de la famille.

• Troisième séance (novembre)

Nous sommes donc au domicile de la famille, installés au salon, pour écouter « *la musique de la maladie de papa* ».

- Silja commence. Elle a choisi l'*Adagio* d'Al-

binoni et la mélodie triste et lente remplit la pièce. Ce morceau est utilisé en Finlande lors des funérailles, comme musique de cortège quand on emporte le cercueil. C'est comme cela que Silja ressent la chose. Elle en veut à son père de la honte qu'il lui a infligé en venant à l'école pendant ses crises. Elle préférerait être morte. Elle est brisée de tristesse.

- Vihtori veut continuer car il ressent les choses différemment. Il choisit l'*Hymne à la Joie* de Beethoven, une version adaptée pour les enfants où des chiens et des chats aboient et miaulent ! Vihtori raconte que papa devient « *rigolo* » et qu'ils font des choses stupides au parc : papa se balance et grimpe aux arbres et c'est très drôle aux yeux de Vihtori. La maman dit qu'elle ne supporte plus cette mélodie, car elle est l'annonce du délire à venir.

- Oskar choisit un disque étonnant pour son âge : il s'agit de la 7^{ème} *Symphonie* de Chostakovitch dite « *Symphonie de Leningrad* » (2). Le premier mouvement commence par un solo de flûte guilleret, apparemment innocent et allègre, mais petit à petit le roulement des tambours à l'arrière-plan se fait de plus en plus insistant, obsédant et le thème change pour devenir menaçant. L'effroi augmente et ce qui semblait drôle et innocent devient soudain effrayant. Ce qui frappe, c'est le crescendo et le passage du gai à l'effroi avant l'éclatement chaotique du troisième mouvement. Quand le disque est fini, nous sommes tous dans un état de stupeur, interdits. Un long silence s'installe, finalement interrompu par le père qui dit alors : « *je ne savais pas que mes enfants ressentaient les choses comme ça !* ».

- Mirja, qui n'avait pas dit grand-chose jusqu'à présent, n'attend pas qu'il est fini sa phrase. Elle prend la parole vivement. « *Ah oui, tu ne savais pas ? Tu ne sais jamais rien des autres. Et comment tu penses qu'on passe l'été, quand j'ai pas d'argent parce que tu dépenses tout ? Tu es à l'hôpital et moi je suis seule avec les enfants. Tu veux que je te fasse entendre ce que je ressens ?* ». Elle va vers l'étagère aux disques, en sort un et le met dans le lecteur. C'est un morceau du groupe de hard rock *Metallica*. Le son remplit avec intensité la pièce.

Nous sommes épuisés, en overdose de musique et de sensations fortes. Cela fait presque trois heures que nous sommes ensemble. Mirja est allée à la cuisine chercher du café. Les enfants prennent un jus de fruit. Nous faisons une pause en silence.

Tarmo, le père, prend alors la parole pour expliquer qu'il voudrait « *être normal* », « *en bonne santé* », « *pas malade* ». Quand en février il se sent en forme, enfin normal, il pense qu'il est guéri, qu'il n'a plus besoin de continuer à prendre son traitement, que les médicaments, c'est fait pour les malades. Quand il a fini de parler, je lui dis simplement : « *alors si je comprends bien, quand le tempo est ok, tu jettes le métronome aux ordures ?* » (3).

Nous parlons encore un peu des médicaments, de leur rôle, d'autres maladies qui requièrent un traitement constant pour rester en bonne santé, puis nous décidons de demander une consultation au psychiatre référent.

• Séances suivantes

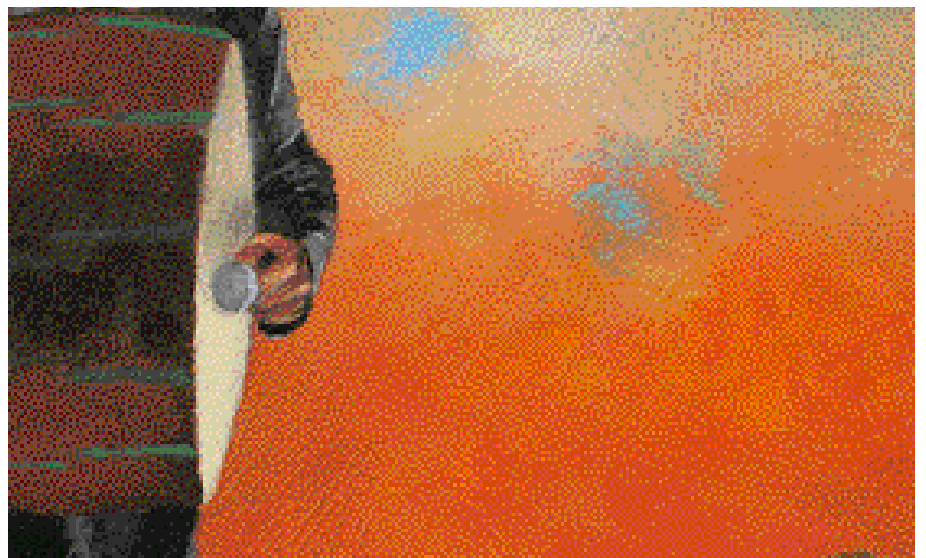
La séance suivante se déroule en décembre au centre d'hygiène mentale. Toute la famille est au complet et nous avons invité le psychiatre qui ne connaît le patient que pour avoir lu sa lettre de sortie. Dès l'arrivée, c'est Pinja la petite fille de 8 ans qui prend en charge l'entretien. Elle explique avec animation au médecin que le problème de leur famille est que quand « *papa perd le tempo, tout va de travers, et s'il perd le juste rythme, c'est parce qu'il jette le métronome par la fenêtre* ». Comme Pinja s'emmêle un peu, les autres enfants veulent expliquer et tout le monde parle en même temps. Pour finir, le papa explique de quoi il s'agit et pourquoi il pense que les sept hospitalisations successives sont dues à une rupture du traitement. Tout cela est discuté tranquillement et en détail. Pour terminer, nous proposons (le médecin et moi) d'essayer quelque chose de différent des autres fois. Pour Tarmo, en février prochain, il s'agira de se méfier du

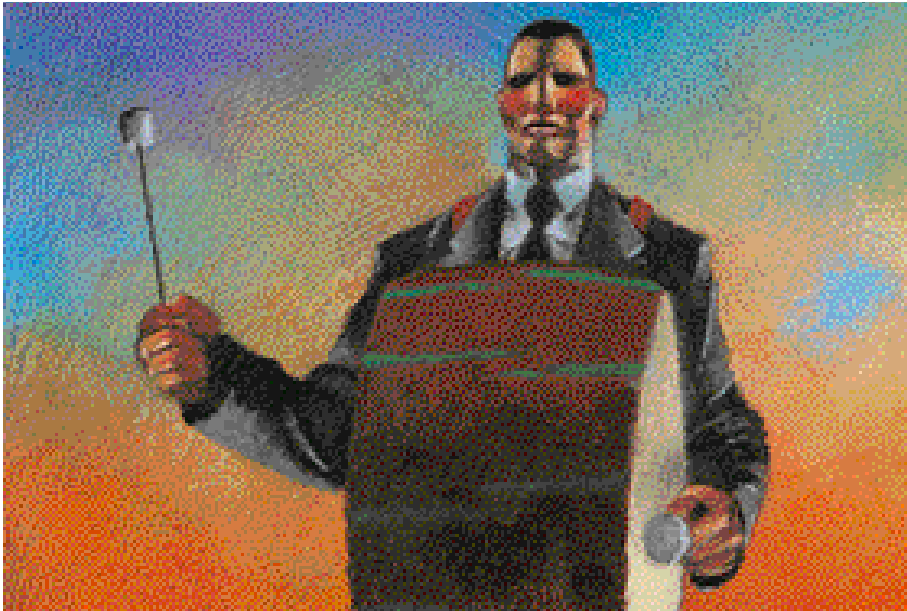
sentiment de « *bonne santé* » et ne pas interrompre le traitement. Nous ne lui faisons pas de sermons, nous lui demandons juste d'observer ce qui se passe. Tarmo promet d'essayer. Nous avons une cinquième séance familiale pour toute la famille en janvier, puis une sixième en février, une septième en été pour parler avec la famille de ce qu'ils vont faire maintenant que papa n'est pas à l'hôpital, puis une huitième séance l'année suivante pour voir si tout va bien. Je verrai la famille durant les huit années suivantes une fois par an.

■ Discussion

En huit séances de psychothérapie familiale, dont cinq en cinq mois, nous parvenons à briser un cycle infernal de rechutes. On note plusieurs moments clés au cours de cette intervention. Passer de l'individuel au familial, donner la parole aux enfants du patient, positionner Tarmo comme un père et non comme un malade avec ses symptômes sont les principes généraux de ce travail, mais aussi faire confiance, confronter avec une certaine sévérité le père à la réalité, et pour finir être pragmatique.

Dans cette histoire, nous pouvons observer comment, dès la première séance, Oskar qui n'a pourtant que dix ans, se présente comme un co-thérapeute qui me guide vers le cœur du débat. En raison du caractère répétitif de la maladie, une hypothèse avait été posée, à savoir que le patient interrompait son traitement, sans doute en janvier ou février. Comment aborder cette question sans culpabiliser, condamner et juger ? Comment vérifier l'hypothèse d'une manière à la fois délicate et ferme ? Com-





ment intégrer les enfants dans le processus thérapeutique ?

Oskar vient avec une flûte et cette flûte va servir de métaphore au langage parlé dans cette famille : la musique. Chaque famille a son langage propre et un des défis les plus sérieux en psychothérapie est de reconnaître le langage du patient et d'apprendre patiemment à le parler. La musique, c'est aussi le langage privilégié du père et les enfants le savent bien.

Le thérapeute doit posséder une large culture générale. Il doit aussi comprendre les traits spécifiques, le cours et les risques de la maladie maniaco-dépressive. Le thérapeute va donc faire appel à une métaphore qui permettra en toute sécurité, d'une manière ludique et sans parti pris, d'explorer les symptômes du père. Le métronome va devenir la métaphore des médicaments, même si les significations ne sont pas dévoilées tout de suite. Il faut ajouter que rien de ce qui fut dit et fait n'était prévu à l'avance. Au contraire, nous sommes en pleine improvisation, à l'écoute des signaux émis par les membres de la famille et par les intuitions qui surgissent de l'inconscient.

Les enfants participent avec enthousiasme et ce sont eux qui entraînent le thérapeute et les parents à explorer les significations et les sentiments que la maladie du père fait surgir. La séance à domicile, longue et intense, permet à tout le monde, sans grandes explications, de « communier ». Elle permet surtout au père de prendre soudain conscience de ce que vivent ses enfants et sa femme et comment ils le vivent alors que lui, comme beaucoup de patients psychiatriques, a tendance à être plutôt égocen-

trique. Le métronome qui donne le tempo est la métaphore du rythme de la famille reçoit sa signification ultime ; « *quand le tempo est ok, tu jettes le métronome* ».

En même temps, on peut expliquer comment certaines maladies requièrent une constante médication pour ne pas souffrir des symptômes et avoir une vie normale dans une démarche psycho-éducative.

Pour finir, nous faisons appel à une technique empruntée aux psychothérapies courtes dites « *problem-solving psychotherapy* » : faire une exception, faire une seule fois quelque chose de différent et voir ce qui se passe. Le père pourra y parvenir, soutenu par une séance de thérapie familiale qui aura lieu en février pour l'aider à passer le cap du printemps. Nous savons en effet que pour beaucoup de patients maniaco-dépressifs un cap difficile est d'endurer qu'il ne se passe rien et que la vie est finalement assez plate et monotone. C'est pourquoi proposer une séance, à ce moment-là, permet de mettre des mots là où il n'y a que de l'ennui et de prévenir le passage à l'acte qui consiste à interrompre le traitement.

En été, une nouvelle séance va aider la famille à faire face sans trop d'angoisse au fait qu'ils seront tous ensemble pour les vacances. En effet, sept ans durant, il n'y a pas eu de vacances communes et même si la mère a exprimé sa colère, il reste néanmoins qu'être tous ensemble pose problème et demande un effort. Pour la famille, il est alors important que le thérapeute soit toujours là car interrompre le suivi reviendrait en effet à « jeter le métronome ».

■ Pour conclure

Si intégrer les enfants des patients dans le traitement exige beaucoup de savoir-faire et de souplesse cela requiert avant tout de l'audace. Il faut une grande maîtrise théorique (développement des enfants, des familles, théorie du comportement des systèmes, psychiatrie, psychopharmacologie...) et faire preuve de créativité mais cette approche semble efficace pour encourager les patients à suivre leur traitement. ✨

1- Pour ce concept de « réunion de négociation du traitement » voir Schmitt, 1997. Les réunions de négociation du traitement sont hebdomadaires et rassemblent le patient, sa famille, l'infirmière référente et d'autres infirmières de l'équipe ainsi que le médecin traitant. Pendant ces colloques, l'ensemble des participants délibèrent sur la marche du traitement et les diverses stratégies thérapeutiques

2- Pendant la seconde guerre mondiale en 1941, l'Allemagne nazie attaque l'Union Soviétique. Leningrad (aujourd'hui Saint-Petersbourg) est encerclée et, pendant le siège, Chostakovitch compose la 7^{ème} symphonie. En octobre 1941, le compositeur et sa famille s'échappent de la ville et se réfugient à Kuibysév où Chostakovitch finira la composition de cette œuvre. Cette symphonie sera interprétée en Union Soviétique comme figurant la résistance héroïque du pays contre le nazisme. D'autres lectures ont été faites de cette œuvre. On peut l'écouter aussi comme figurant la montée du pouvoir dictatorial de Staline.

3- En Finlande tout le monde se tutoie, du professeur à la femme de ménage.

● Bibliographie

- ▶ Brisch K.H. (2002). Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy. New-York. Guilford Press.
- ▶ Harvey PD. Outcomes to monitor when treating bipolar disorder or schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2006 Aug ; 67 (8)
- ▶ Owen GS, David AS, Richardson G, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients : a cross-sectional study. Psychol Med. 2008 Oct 22:1-10.
- ▶ Schmitt, F. (1996) : Lettre de Finlande. L' Information Psychiatrique. 1996 : 72 (1) : 3-4
- ▶ Schmitt, F. (1997) : La prise en charge des patients psychiatriques en psychiatrie de secteur à Turku (Finlande) Journal de Psychiatrie et Système Nerveux Central. Synapse. 1997: 135 : 43-49.
- ▶ Schmitt, F., Piha, J. (2001) : La psychiatrie en Finlande. L' Information Psychiatrique, 2001: 77 (2) : 165-172.
- ▶ Schmitt F., Manninen H., Santalahti P, Savonlahti E., Pyrhönen S., Romer G., Piha J. (2007). Children of parents with cancer: A collaborative project between a Child Psychiatry Clinic, and an Adult Oncology Clinic. Clinical Child Psychology and Psychiatry 12 (3), 421-436.
- ▶ Stensland MD, Jacobson JG, Nyhuis A. Service utilization and associated direct costs for bipolar disorder in 2004: an analysis in managed care. J Affect Disord. 2007 Aug ; 101 (1-3) :187-93.
- ▶ Winicott DW. (1956). Primary maternal preoccupation, pp. 300-305 dans Through Pediatrics to Psychoanalysis. New-York. Basic Books.