

La vie familiale face à la schizophrénie : une dynamique particulière.

Family Life in the Context of Schizophrenia: A Unique Dynamic.

Résumé :

L'objectif de cette recherche est de montrer la place de la dynamique familiale dans le soutien et la gestion de la schizophrénie, en mettant en lumière les défis rencontrés par les familles affectées et en soulignant les stratégies efficaces de collaboration et de résilience familiales pour favoriser le bien-être collectif et l'adaptation au sein du foyer.

Cet article se penche sur la schizophrénie et son impact sur les familles au Maroc. Il explore son évolution et sa prise en charge dans le pays, En soulignant les obstacles auxquels les familles font face pendant le parcours de traitement. L'article examine également la stigmatisation persistante associée à la schizophrénie et les effets des rechutes sur la dynamique familiale.

Mots clés : schizophrénie, famille marocaine, maladie mentale, rechute

Abstract:

The objective of this research is to demonstrate the significance of family dynamics in supporting and managing schizophrenia, shedding light on the hurdles encountered by affected families, and emphasizing efficient strategies for family cooperation and resilience to enhance overall well-being and adjustment within the household.

This article delves into schizophrenia and its implications for families in Morocco. It delves into the progressing comprehension and handling of this disorder within the nation, spotlighting the obstacles confronted by families throughout the treatment process. Furthermore, it scrutinizes the enduring stigma surrounding schizophrenia and the repercussions of relapse on familial interactions.

Keywords: schizophrenia, moroccan family, mental illness, relapse

33 **Introduction :**

34 Le rôle de l'environnement familial sur le bien-être mental des individus, notamment ceux aux prises
35 avec des troubles mentaux, est incontestable. Les familles ayant un membre affecté par des troubles
36 mentaux font face à des défis uniques susceptibles d'influencer profondément leur dynamique et
37 leur bien-être global. La présence d'un trouble mental au sein de la famille peut perturber les
38 relations familiales, engendrant des conflits, des tensions et des ajustements dans les rôles et les
39 responsabilités. De surcroît, cela peut altérer la communication et la dynamique familiale dans son
40 ensemble.

41 Cet article explore la place de la schizophrénie au Maroc, mettant en avant l'expérience des familles
42 confrontées à cette maladie. Il examine l'évolution de la compréhension et de la prise en charge de la
43 schizophrénie dans le pays, depuis les pratiques historiques jusqu'aux développements
44 contemporains. En outre, il analyse en détail les défis auxquels sont confrontées les familles,
45 notamment la stigmatisation associée aux troubles mentaux et les conséquences des rechutes sur la
46 vie quotidienne. Une recherche bibliographique a été menée à travers diverses bases de données
47 telles que Cairn, Scopus... afin de comprendre la place qu'occupe la famille dans la prise en charge de
48 la schizophrénie.

49

50 **Développement :**

51 **Introduction**

52 Les recherches principales se sont concentrées sur l'évaluation des effets de la
53 désinstitutionalisation. Plutôt que d'interroger directement le déplacement de la prise en charge, les
54 chercheurs ont observé ce phénomène comme une réalité déjà établie et se sont efforcés à
55 l'analyser en tant que tel. Se focalisant sur l'étude de la famille en tant qu'environnement d'accueil
56 pour le patient, visant à identifier les conditions du transfert de la responsabilité de soin de
57 l'institution vers la famille. C'est pourquoi la recherche s'est principalement concentrée sur le rôle
58 potentiel des familles plutôt que sur la nature et les caractéristiques spécifiques des relations
59 familiales.

60 **1- L'étiologie familiale**

61 **1-1 la famille pathogène :**

62 Avec l'avènement de la thérapie familiale, amorcé dans les années 1950, l'accent a été mis sur la
63 famille du patient schizophrène. Le développement de la schizophrénie chez un enfant est souvent
64 imputé à des distorsions dans les relations du couple parental, ainsi que l'évoquent des notions au
65 succès retentissant telles que celle de schisme conjugal (Limentani, 1956).

66 L'enfant se trouverait piégé dans le système induit par ces distorsions et les recherches tentent donc
67 de spécifier les modes de communication au sein de ces familles en repérant des patterns discursifs
68 susceptibles d'expliquer l'apparition de la schizophrénie.

Le célèbre modèle de la double contrainte, également connu sous le nom de double lien (double bind), élaboré en 1956 par Bateson et l'école de Palo Alto, représente un concept central dans ce domaine. D'après l'hypothèse avancée par Bateson et ses collègues (1956), la schizophrénie découle de l'exposition du sujet à des messages paradoxaux au sein de sa famille. Le processus schizophrénogène découle de séquences répétées de doubles liens, caractérisées par des injonctions contradictoires où le message explicite (injonction primaire) est en opposition avec un niveau de communication non verbale (injonctions secondaires). Cette situation place le sujet dans une impasse, incapable de réagir de manière cohérente ou de s'en échapper. La folie devient alors la seule issue possible, avec la schizophrénie comme réponse inévitable. La présence de la double contrainte implique une relation entre la "victime" et un ou plusieurs membres de la famille, bien que la mère soit souvent mentionnée comme acteur principal en dehors de la "victime".

L'École de Palo Alto a rapidement souligné l'importance de considérer le système familial dans son ensemble plutôt que de se focaliser sur le comportement isolé de ses membres (Hartwell, 1996). La théorie de la double contrainte a permis de mettre en évidence, au niveau des anomalies de communication, l'impact pathogène de la famille, tout en évitant la prolifération de descriptions parfois contradictoires des caractéristiques de la mère schizophrénogène (par exemple, la mère "surprotectrice" ou "rejetante", "dominante" ou "faible") (Jaccard, 2010). Néanmoins, la figure de la mère supposée schizophrénogène est longtemps restée implicite en toile de fond de ces nouveaux paradigmes. Il est intéressant de noter que l'exemple même de double contrainte dans l'analyse initiale de Haley concerne une carte postale écrite par un jeune homme schizophrène à sa mère : "à celle qui fut comme une mère pour moi" (Haley, 1959).

Bien sûr, les thérapies systémiques vont progressivement mettre en avant les ressources familiales et leur attribuer un pouvoir, impliquant ainsi une position humble de la part des thérapeutes. Elles s'efforceront de travailler en permanence avec tous les membres de la famille et non seulement avec celui qui est étiqueté comme étant schizophrène. Toutefois, la notion de "famille à transaction schizophrénique", à laquelle il est nécessaire de faire face, suggère que les modes de communication au sein de la famille sont en partie responsables du comportement du "patient désigné" (Castillo & Plagnol, 2016).

1-2 Le nouveau regard sur les familles

A la fin du XXe siècle, les connaissances ont connu une complexification dans tous les domaines cliniques, en raison des évolutions tant des méthodes que des modèles de compréhension, ainsi que des contextes de pratique médicale ou médico-sociale. La multiplication des données épidémiologiques de grande envergure, facilitée par les outils informatiques, a conduit à une approche plus prudente dans l'élaboration d'hypothèses explicatives concernant le trouble schizophrénique. La notion même de cause des troubles s'est atténuée au profit de celle de facteurs de risque. Des modèles de compréhension multifactoriels ont émergé pour répondre à la nécessité d'intégrer divers domaines de connaissances biologiques, psychologiques ou sociaux, tandis que les conséquences fonctionnelles de la maladie étaient progressivement considérées comme des facteurs aggravants ou mainteneurs du trouble. Ces évolutions ont entraîné des changements profonds dans l'approche des familles des personnes schizophrènes (Castillo & Plagnol, 2016).

À partir de la fin des années 70, les études longitudinales de grande ampleur sur les troubles mentaux, confrontées à la complexité des faits, ont progressivement réorienté les modèles vers l'analyse des facteurs de risque plutôt que vers la recherche de causes. Le modèle "vulnérabilité-stress", proposé par Zubin et Spring(1977), dont l'influence se fait encore sentir aujourd'hui, marque le début d'une série de modèles de plus en plus sophistiqués mettant l'accent sur les interactions entre les facteurs biologiques et environnementaux.

Dans un tel cadre conceptuel, la schizophrénie chez un individu résulte d'interactions toujours uniques entre une vulnérabilité neuropsychologique (ou diathèse/prédisposition) et des facteurs de stress socio-environnementaux (tels que des événements de vie ou le contexte familial), qui peuvent, dans certaines circonstances spécifiques, perturber l'équilibre interne. Cependant, des facteurs de protection ou de résilience peuvent limiter ce risque de décompensation. Dans cette perspective, la multifactorialité devient cruciale pour comprendre les troubles, et la causalité est envisagée de manière circulaire : l'état du patient, notamment, peut à son tour influencer les facteurs de stress, et aucun niveau d'explication privilégié n'est généralement attribué (Scotto & Bougerol, 1997). Ainsi, un modèle de ce type ne considère pas l'environnement familial comme la cause de la schizophrénie, même chez un individu donné : un contexte familial perturbé est simplement un facteur de "stress" parmi d'autres, et l'état de la personne schizophrène peut également influencer cet environnement en retour.

2- Recherche sur les familles ayant un membre schizophrène

2.1. Les émotions exprimées dans la famille :

Dans les années 1960, Brown a noté une corrélation entre les émotions présentes dans l'environnement familial et le risque de rechute chez les patients (Brown et al., 1962). Lorsque les patients quittaient l'hôpital pour revenir dans un foyer où les émotions étaient très intenses, une détérioration significativement plus importante du comportement était observée par rapport à ceux retournant dans un environnement plus calme. Brown et son équipe ont établi un lien entre le climat émotionnel familial, évalué par un indice d'expressivité émotionnelle, et le taux de rechute des patients.

Les émotions exprimées désignent le nombre de commentaires critiques et le niveau d'inquiétude anxieuse que les membres de la famille éprouvent à l'égard du patient. L'indice des émotions comporte trois éléments :

- Le nombre de remarques critiques de la famille concernant le patient et sa maladie,
- L'hostilité de la famille envers le patient,
- L'engagement émotionnel excessif du patient lui-même.

Dans cette optique, les chercheurs font une distinction entre les familles à forte expression émotive (EE) et celles à faible expression émotive (ee). Le taux de rechute des patients est quatre fois plus élevé dans le premier groupe. De plus, les chercheurs ont noté qu'une diminution des interactions "face à face" entre le patient et sa famille peut offrir une certaine protection au patient. Ils préconisent ainsi un seuil de "35 heures de contacts en face à face par semaine" (Boucher & Lalonde, 2006).

Selon Naji et al. (2023), il semble exister une corrélation entre les symptômes pathologiques et la dynamique familiale, à tel point qu'il est possible de conclure que le comportement de la famille peut aggraver ces symptômes et renforcer le sentiment de persécution chez le patient.

Vaughn et Leff (1976) soulignent, de leur côté, que l'importance de maintenir une distance sociale et physique entre les patients schizophrènes et leur famille afin de réduire les interactions en face à face, cela permet au patient d'être moins exposé aux sentiments hostiles exprimés par sa famille. Ceci est en relation avec la question de la cohabitation familiale, un sujet abordé dans cette recherche.

2.2. La vulnérabilité des frères et sœurs :

Des chercheurs ont analysé l'impact de la schizophrénie sur les jumeaux monozygotes et dizygotes. Dans une étude menée par Gottesman et Shields(1972), une concordance de 58% a été observée chez les jumeaux monozygotes de patients schizophrènes, tandis qu'une concordance de seulement 12% a été constatée chez les jumeaux dizygotes de patients schizophrènes (jumeaux non identiques génétiquement). Ces résultats suggèrent l'influence de facteurs génétiques dans le développement de la schizophrénie. Cependant, la discordance d'environ 50% entre les jumeaux suggère également l'importance de facteurs non génétiques. Des éléments environnementaux ou psychologiques sont donc susceptibles d'exercer une forte influence, bien qu'il soit actuellement difficile de les déterminer avec précision (Boucher & Lalonde, 2006).

Deal et al. (1995) ont mené une étude portant sur 15 frères et sœurs d'adolescents hospitalisés en psychiatrie pour des troubles du comportement et des troubles de l'humeur. Dans chaque fratrie, un seul frère ou sœur a été interrogé, celui qui était le plus proche en âge du jeune présentant des troubles. Les résultats ont montré qu'en comparaison avec un groupe témoin, les frères et sœurs des adolescents souffrant de troubles mentaux présentaient significativement plus de troubles anxieux et des difficultés accrues dans les relations sociales. De plus, les auteurs ont rapporté que les parents accordaient une attention plus marquée à leur frère ou sœur malade, ce qui différait significativement par rapport au groupe témoin.

3- La rechute en schizophrénie :

3.1. Les signes avant-coureurs d'une rechute :

Plusieurs recherches indiquent qu'une rechute de schizophrénie est précédée de changements comportementaux et émotionnels, à la fois psychotiques et non psychotiques. La plupart des études suggèrent que ces changements suivent une progression, avec des symptômes non spécifiques cédant la place aux symptômes spécifiques à la maladie (Docherty et al., 1978).

En effet, cinq stades de décompensation dans la schizophrénie ont été identifiés par Docherty et al. (1978) :

- La surtension : caractérisée par une sensation d'être submergé.
- La restriction de la conscience : marquée par l'apparition de divers phénomènes mentaux, semblant limiter la capacité de pensée de la personne.
- La désinhibition : se manifestant par une expression relativement non régulée des impulsions, ressemblant à l'hypomanie.
- La désorganisation psychotique : impliquant une déstructuration de la représentation du monde extérieur et de soi.
- La résolution psychotique : marquée par une réduction de l'anxiété et une réorganisation psychotique, soit par l'élaboration d'un système délirant, soit par le déni massif des affects ou des responsabilités pénibles.

D'après Herz et Melville (1980), les symptômes les plus courants qui constituent les "signes psychotiques précoces" sont les suivants, avec leur fréquence respective :

- Hallucinations auditives : 60 %
- Désorganisation du discours : 76 %
- Exacerbation des pensées religieuses : 48 %
- Syndrome d'influence : 39 %

Le premier stade, largement décrit par de nombreux auteurs, se caractérise par un sentiment de perte de contrôle sur les processus cognitifs et perceptifs. On observe souvent les manifestations suivantes :

- Une activité mentale accrue et une créativité, associées à un sentiment de bien-être (Freedman & Chapman, 1973).
- Des épisodes d'euphorie (Birchwood, 1999).
- Une impression de sur-stimulation et une difficulté à empêcher les événements internes ou externes d'envahir la conscience (Chapman, 1966)
- Des distorsions proprioceptives, temporelles et visuelles, voire des illusions visuelles.
- Une multiplication des sensations de déréalisation et de dépersonnalisation, sans que le sujet puisse les distinguer des processus plus cohérents (Donlon & Blacker, 1975).

Au deuxième stade, l'apparition de symptômes de type dépressif est fréquemment évoquée et certains auteurs la considèrent comme une réaction psychologique à la détérioration des processus

mentaux. Ces symptômes incluent la dégradation de l'humeur, la diminution de l'estime de soi, des signes végétatifs, un isolement social accru (Donlon&Blacker, 1975), ainsi que des ruminations morbides.

Certains chercheurs décrivent par la suite un troisième stade où l'impulsivité prédomine : une amplification des émotions habituelles et une incapacité à réguler l'expression de ses pensées personnelles (Docherty et al., 1978).

3.2. La prévention des rechutes :

La psychose exerce une influence significative sur l'identité du patient. Cette condition peut affecter tous les aspects de sa vie, mettant en péril sa sécurité personnelle, compromettant sa santé physique et altérant profondément ses relations avec sa famille, ses amis et son entourage. De plus, étant donné que les patients en proie à un premier épisode de psychose sont souvent jeunes et aspirent à des objectifs relationnels, sociaux et professionnels importants, la maladie peut entraver leur quête d'indépendance vis-à-vis de leur famille.

Lorsqu'un premier épisode psychotique aigu survient, le risque de rechute est élevé (Hogarty et al., 1986), même avec une combinaison optimale d'interventions pharmacologiques et psychosociales. Après cinq ans depuis la fin du premier épisode, le taux cumulatif de première rechute atteint 82 %, et celui de seconde rechute 78 %. Selon Robinson et al. (1999), quatre ans après une seconde rechute, le taux de survenue d'une troisième rechute est de 86 %.

En plus des répercussions sur l'individu, les rechutes entraînent également un fardeau financier à long terme pour la société. La schizophrénie, en particulier, représente la maladie la plus coûteuse traitée par les psychiatres (Andreasen, 1991).

Une récurrence ou une aggravation de l'état mental après une période d'amélioration peut souvent déséquilibrer la dynamique familiale. En raison des contraintes à long terme imposées par la maladie, les membres de la famille sont plus susceptibles de souffrir de dépression, de faire face à un deuil difficile et à des tensions conjugales accrues. Ces familles ont besoin d'un accès rapide à un traitement lors d'une rechute, ainsi que d'une information et d'un soutien émotionnel continu. Parfois, une thérapie familiale spécialisée peut également s'avérer nécessaire (Gleeson et al., 1999).

4- La maladie mentale au Maroc

4.1. L'évolution de la prise en charge au Maroc

Les origines de la médecine maghrébine remontent à des pratiques magico-religieuses de la préhistoire, conçues pour solliciter les bénédictions divines, apaiser les douleurs et repousser les malédictions. L'évolution des conceptions de la folie et des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux dépendra des idéologies dominantes, du progrès des connaissances et de l'équilibre fluctuant entre rationalité et croyances mythiques (Sekkat & Belbachir, 2009).

L'Islam est né à l'intersection des grandes civilisations et religions qui l'ont précédé. Pendant des siècles, il a été le moteur d'un formidable essor dans les domaines des sciences, des lettres et des arts, s'étendant des rives de l'Indus jusqu'à celles de l'océan Atlantique.

249 Les érudits arabes ont embrassé toutes les disciplines du savoir, accordant une importance constante
250 et prédominante aux domaines intellectuels dans la vie et le destin des individus.

251 Depuis longtemps, l'Islam a influencé la gestion des biens des personnes atteintes de maladies
252 mentales, encourageant explicitement leur placement et leur traitement. La psychiatrie a su puiser
253 dans les valeurs islamiques telles que la charité, la bienveillance, la miséricorde et la solidarité entre
254 humains, renforçant ainsi la patience, l'acceptation sereine des épreuves, la détermination et le
255 courage.

256 Les dynasties des Almoravides, des Almohades et des Mérinides se sont succédé, œuvrant pour un
257 royaume ouvert aux avancées de la science. Des bibliothèques ont été érigées, des rencontres
258 scientifiques ont été organisées avec l'approbation, voire la participation, des souverains. Des
259 bîmâristâns, des hôpitaux répondant à des normes idéales, ont été construits, souvent au cœur des
260 villes, offrant des espaces aérés et ensoleillés, dotés de bibliothèques et de pharmacies, et
261 introduisant une innovation remarquable : la spécialisation. Certains de ces établissements offraient
262 déjà des services destinés spécifiquement aux personnes atteintes de troubles mentaux. Certains
263 auteurs avancent même qu'une maison dédiée au soin des malades mentaux existait à Fès dès le VIIe
264 siècle. On y pratiquait des traitements tels que la lecture du Coran, la récitation de poèmes, la
265 musicothérapie et l'ergothérapie (Benmansour, 2013).

266 La psychiatrie marocaine a connu un développement sous le protectorat grâce à deux éminents
267 psychiatres français, Lwoff et Sérieux, chargés d'établir un diagnostic et de proposer un plan d'action
268 pour améliorer la santé mentale (Benmansour, 2013). Ils ont constaté que les bîmâristâns étaient
269 souvent en mauvais état, sans encadrement médical, où se trouvaient mélangés mendiants,
270 personnes fiévreuses, malades contagieux et aliénés, souvent attachés et maltraités. (Raynaud,
271 1902)

272 Le premier hôpital psychiatrique a été érigé à Berrechid, mais il ne disposait que d'une section
273 réservée aux maladies mentales, exclusivement destinée aux Français. Ce n'est qu'en 1963 qu'un
274 dahir a transformé cet hôpital en établissement neuropsychiatrique accueillant aussi bien des
275 Marocains que des étrangers.

276 Malgré les efforts déployés par les autorités publiques au fil des décennies, la santé mentale
277 demeure aujourd'hui un défi majeur. En effet, les ressources humaines et matérielles restent
278 insuffisantes, l'accès aux traitements est limité et les structures hospitalières ne répondent pas
279 toujours aux normes requises. Actuellement, l'offre de soins en psychiatrie est assurée par cinq
280 centres psychiatriques universitaires, cinq hôpitaux régionaux spécialisés en psychiatrie et vingt
281 services de psychiatrie intégrés dans les hôpitaux généraux, avec une capacité d'accueil nationale de
282 seulement 2115 lits (Asouab et al., 2005).

283

284 **4.2. La stigmatisation de la maladie mentale**

285 La schizophrénie, ainsi que les maladies mentales en général, demeurent parmi les affections les plus
286 stigmatisées en médecine. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques déclarent que la
287 stigmatisation a un impact émotionnel et psychologique dévastateur (Kadri et al., 2004). Parmi les

288 différentes définitions de la stigmatisation, l'une d'elles la décrit comme la dévalorisation d'un
289 individu en raison d'un trait personnel, entraînant potentiellement des sentiments de honte, de
290 disgrâce et d'isolement social (Crisp et al., 2000).

291 En conséquence, les personnes atteintes de maladie mentale doivent relever deux défis majeurs :
292 d'une part, elles doivent faire face aux symptômes et aux handicaps inhérents à leur condition, et
293 d'autre part, elles doivent lutter contre les stéréotypes et les préjugés découlant de fausses
294 perceptions sur les troubles mentaux. Par conséquent, les patients psychiatriques se voient souvent
295 privés de nombreuses opportunités qui contribuent à une meilleure qualité de vie, telles que des
296 emplois satisfaisants, un logement sûr, un accès adéquat aux soins de santé, et des relations saines
297 avec leur entourage. (CORRIGAN & WATSON, 2002)

298

299 **Conclusion :**

300 Vivre avec un proche souffrant de schizophrénie est souvent perçu comme un fardeau par la famille,
301 en raison de la nature chronique de la maladie. Ce fardeau peut être à la fois matériel et émotionnel,
302 peut susciter des réactions diverses au sein de la famille. Comprendre la dynamique familiale des
303 personnes atteintes de troubles mentaux est essentielle pour améliorer la prise en charge globale de
304 la santé mentale et promouvoir le bien-être familial au sein de la société.

305 Le soutien de la famille et des proches, lorsqu'il est possible, apparaît nettement corrélé de façon
306 positive à de multiples indicateurs : diminution des rechutes, augmentation du temps entre les
307 hospitalisations et diminution des situations de crise (Zubin&Spring, 1977), amélioration de
308 l'observance thérapeutique ; enfin et surtout amélioration de la qualité de vie de la personne
309 schizophrène (Haley, 1959).

310 Le soutien familial est désormais largement reconnu comme un facteur crucial de protection et de
311 résilience, capable d'influer favorablement sur l'évolution d'un trouble schizophrénique. Ce
312 changement de perspective s'avère plus dynamique pour les parents que le simple fait d'être exclus
313 des soins.

314

315

316

317 **Bibliographie :**

- 318 Andreasen, N. C. (1991). Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schizophrenia*
319 *Bulletin*, 17(3), 475-481. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.3.475>
- 320 Asouab, F., Agoub, M., Kadri, N., Moussaoui, D., Rachidi, S., & Toufiq, J. (2005).
321 *PREVALENCES DES TROUBLES MENTAUX DANS LA POPULATION GENERALE*
322 *MAROCAINE*.
- 323 Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of
324 schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- 325 Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006).
326 Psychoeducation : A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia
327 and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl_1), S1-S9.
328 <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- 329 Benmansour, S. (2013). *Histoire de la psychiatrie au Maroc* [Doctorat de médecine,
330 Université Mohammed V-Rabat]. <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/26908>
- 331 Birchwood, M. (1999). Psychological and social treatments : Course and outcome. *Current*
332 *Opinion in Psychiatry*, 12(1), 61.
- 333 Boucher, L., & Lalonde, P. (2006). La famille du schizophrène : Interférente ou alliée? *Santé*
334 *mentale au Québec*, 7(1), 50-56. <https://doi.org/10.7202/030124ar>
- 335 Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of Family
336 Life on the Course of Schizophrenic Illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*,
337 16(2), 55-68.
- 338 Castillo, M.-C., & Plagnol, A. (2016). Le regard sur les familles de personnes schizophrènes :
339 Histoire et perspectives. *PSN*, 14(1), 53-67. <https://doi.org/10.3917/psn.141.0053>
- 340 Chapman, J. (1966). The early symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*:
341 *The Journal of Mental Science*, 112(484), 225-251. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.484.225>
- 342 CORRIGAN, P. W., & WATSON, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on
343 people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- 344 Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation
345 of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental*
346 *Science*, 177, 4-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- 347 Deal, S. N., & MacLean, W. E. (1995). Disrupted lives : Siblings of disturbed adolescents. *The*
348 *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), 274-281. <https://doi.org/10.1037/h0079616>
- 349 Docherty, J. P., Van Kammen, D. P., Siris, S. G., & Marder, S. R. (1978). Stages of onset of
350 schizophrenic psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 135(4), 420-426.
351 <https://doi.org/10.1176/ajp.135.4.420>

- Donlon, P. T., & Blacker, K. H. (1975). Clinical recognition of
early schizophrenic decompensation. *Diseases of the Nervous System*, 36(6), 323-327.
- Freedman, B., & Chapman, L. J. (1973). Early subjective experiences in
schizophrenic episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 46-54.
<https://doi.org/10.1037/h0034952>
- Gleeson, J., Jackson, H. J., Stavely, H., & Burnett, P. (1999). Family intervention in
early psychosis. In *The recognition and management of early psychosis : A preventive approach*
(p. 376-406). Cambridge University Press.
- Gottesman, I. I., & Shields, J. (1972). *Schizophrenia and genetics : A twin study advantage point*
(p. xviii, 433). Academic Press.
- Haley, J. (1959). The family of the schizophrenic : A model system. *Journal of Nervous and*
Mental Disease, 129, 357-374. <https://doi.org/10.1097/00005053-195910000-00003>
- Hartwell, C. E. (1996). The Schizophrenogenic Mother Concept in American Psychiatry.
Psychiatry, 59(3), 274-297. <https://doi.org/10.1080/00332747.1996.11024768>
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *The American Journal of*
Psychiatry, 137(7), 801-805. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.7.801>
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D.,
& Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance
chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a
controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7),
633-642. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800070019003>
- Jaccard, R. (2010). L'exil intérieur. In *L'Exil intérieur* (1-1, p. 77-89). Presses Universitaires
de France. <https://www.cairn.info/l-exil-interieur--9782130585114-p-77.htm>
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2004). Kadri N, Manoudi F, Berrada S,
Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian*
journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 49, 625-629.
- Limentani, D. (1956). Symbiotic Identification in Schizophrenia. *Psychiatry*, 19(3), 231-236.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1956.11023050>
- Naji, H., El Ouafa, J., & Belaid, F. (2023). LE ROLE DU BIEN-ETRE AU SEIN DE LA
FAMILLE DANS LA RECHUTE CHEZ LE SCHIZOPHRENE : A PROPOS DUN CAS
CLINIQUE. *International Journal of Advanced Research*, 11(06), 230-236.
<https://doi.org/10.21474/IJAR01/17068>
- Raynaud, L. (1902). *Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc : Suivie d'une notice sur la*
climatologie des principales villes de l'Empire. Léon.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. Ma. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koren,
A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. A. (1999). Predictors of

- 388 Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or
389 Schizoaffective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
390 <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.3.241>
- 391 Scotto, J. C., & Bougerol, T. (1997). *LES SCHIZOPHRENIES. : Aspects actuels*. Médecine
392 Sciences Publications.
- 393 Sekkat, F.-Z., & Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis.
394 *L'information psychiatrique*, 85(7), 605-610. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0515>
- 395 Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of
396 psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15(2), 157-165.
397 <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x>
- 398 Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability : A new view of schizophrenia. *Journal of*
399 *Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

400

401