

Psychologue clinicien,  
Docteur en psychologie,  
Clinique Dupré,  
Fondation Santé  
des étudiants de France,  
30, avenue Franklin  
Roosevelt,  
92333 Sceaux Cedex,  
France.  
[har.alexandre@  
gmail.com](mailto:har.alexandre@gmail.com)

# La construction des alliances thérapeutiques multiples lors du premier épisode d'hospitalisation d'un patient souffrant d'un trouble psychotique émergent

Alexandre HAR

## Résumé

Cet article développe une heuristique de la construction de l'alliance thérapeutique lors de la première hospitalisation d'un patient souffrant de trouble psychotique émergent. Le modèle de l'alliance thérapeutique multiple s'appuie à la fois sur la recherche et la clinique. Il propose de considérer la création et le maintien de l'alliance thérapeutique multiple dans quatre domaines : adolescent, parents, famille, équipes intra et extra-hospitalière, à trois étapes de la coordination des soins : le travail de création de l'ATM en consultation ambulatoire dans la phase de pré-hospitalisation, le travail sur l'ATM pendant le temps de l'hospitalisation, le travail sur l'ATM post-hospitalisation et lors de la poursuite du suivi en ambulatoire.

**Mots clés :** trouble psychotique émergent, première hospitalisation, alliance thérapeutique, alliance thérapeutique multiple.

## *The construction of multiple therapeutic alliances during the first episode of hospitalization of a patient suffering from a psychotic disorder emerges*

### **Abstract**

*An heuristic of the multiple therapeutic alliance's construction during the first hospitalization of a psychotic emergent episode is developed. The proposition of a multiple therapeutic alliance model is based on empirical researches and clinical observation. The model describes how multiple therapeutic alliance is created and maintain in four domains: adolescent/young adult, parents, family, outpatients and inpatients psychiatric teams. The model seeks to describe the evolution of case coordination through three steps: multiple therapeutic alliance's creation during consultation and pre hospitalization, working the multiple therapeutic alliance during hospitalization, and working with the post hospitalization multiple therapeutic alliance.*

**Key words:** emergent psychosis, first hospitalisation, therapeutic alliance, multiple therapeutic alliance.

Comment les résultats des recherches tant empiriques que théoriques sur l'alliance thérapeutique individuelle et familiale peuvent-elles nous aider à améliorer notre pratique dans la clinique de la première hospitalisation d'un patient souffrant d'un trouble psychotique émergent<sup>1</sup> ?

L'objectif de cet article est de passer en revue et d'organiser des connaissances empiriques et cliniques, dans une logique chronologique et multidimensionnelle qui puissent éclairer les interventions thérapeutiques des équipes intra et extra-hospitalière. Notre intention est de détailler le processus aux mouvements complexes de la construction et du maintien des alliances thérapeutiques multiples tant avec le patient qu'avec sa famille lors du premier épisode psychotique nécessitant une hospitalisation.

La recherche dans le domaine de l'alliance thérapeutique existe depuis toujours. Freud (1912, 1913) se questionne sur le paradoxe apparent des patients qui se défendent et collabore à la fois. Zetzel (1956) propose le terme d'alliance thérapeutique et Greenson (1967) enrichit sa définition. Luborsky (1976) suggère deux phases dans l'alliance thérapeutique. Dans la première, le patient investit le thérapeute comme une source d'aide potentielle dans un contexte chaleureux et contenant. Dans la seconde phase, le patient investit le processus thérapeutique qu'il s'approprie. Dans le domaine de la première hospitalisation lors de l'émergence d'un trouble psychotique, la conceptualisation de l'alliance thérapeutique se développe par étapes. Il est d'abord question d'explorer la relation psychothérapeutique psychodynamique avec des patients psychotiques, et par la suite les contextes des différentes modalités d'hospitalisation pour ces patients. La recherche s'oriente vers les dispositifs variés proposés par l'approche systémique (thérapie familiale, thérapie multifamiliale), les groupes psycho-éducatifs, et plus récemment, elle met l'accent sur la pertinence de l'emploi des thérapies cognitivo-comportementales (cf. Group CBT for Psychosis, a guide book for clinicians, Lecompte 2016), dans la prévention du déclenchement d'un état psychotique (McGorry *et al.*, 2002),

1. Selon des appellations différentes : d'un premier épisode psychotique ou une psychose à début récent (recent onset psychosis).

et enfin pendant la période de convalescence et de rétablissement (Brazo *et al.*, 2009).

Afin de développer un modèle de l'alliance thérapeutique multiple, nous procédons d'abord par logique d'emprunt. C'est-à-dire qu'il est question d'opérer un transfert de techniques d'un domaine à un autre, de celui des recherches sur la thérapie individuelle et sur les thérapies familiales, à celui qui nous concerne, les interventions multidimensionnelles des équipes pluridisciplinaires extra et intra-hospitalière.

Cette démarche d'emprunt se complète par l'intégration des connaissances et pratiques à la proposition d'un modèle de l'Alliance thérapeutique multiple ou ATM. Cette démarche est rendue compliquée par la présence de plusieurs obstacles. D'abord, ces recherches sont issues de pays et de culture psychiatrique dans lesquels l'organisation des soins est différente. De nombreuses propositions d'aménagement des soins et de recommandations de pratiques sont issues d'expériences éloignées du contexte Français, qu'il s'agisse des recherches des expériences pionnières Australiennes (cf. Mac Gorry, 2008), ou des travaux effectués en Suisse (cf. Conus, 2018), pour ne citer que ces pays. Un mouvement de changement s'observe néanmoins dans les pratiques en France également.

Un obstacle supplémentaire est le fait que les résultats des recherches ne distinguent pas toujours entre les fonctions professionnelles des intervenants : psychiatre, psychologue, cadre de santé, infirmier, éducateur, intervenants extérieurs. Pourtant, il va de soi, que les enjeux à propos du maintien de l'alliance ne seront pas les mêmes selon que l'intervenant<sup>2</sup> statue du début ou de la fin de l'hospitalisation, de la prescription d'un traitement pharmacologique, du respect des limites lors d'une contention, de la place de la famille, de la venue à un rendez-vous ambulatoire, de la participation à un groupe, de relations avec des soignants ou de stratégies lors d'entretiens psychothérapeutiques.

Tout au long de cet article nous garderons à l'esprit la trame d'une situation clinique particulière impliquant l'histoire « type » (qui n'existe pas) d'un patient/e et de sa famille, suivi/e en ambulatoire et qui nécessite une première hospitalisation. Le rapport à l'al-

2. Nous avons choisi d'alterner l'utilisation des termes soignants et intervenants, tout en spécifiant les fonctions si nécessaires.

liance thérapeutique multiple sera bien entendu très différent, selon que nous fassions référence à un patient en phase aiguë, présentant une sémiologie psychotique, potentiellement dans l'opposition, non coopératif, agité, et manquant d'insight par rapport à son trouble. Ou qu'il s'agisse d'un patient pour lequel, le choix du traitement est mis en place, qui est conscient de ces troubles, coopère, et maintient son insertion. De même, le travail avec la famille pourra varier en fonction de son organisation, de la qualité de sa cohésion, de sa disponibilité, de sa capacité à communiquer, de ces compétences et ressources au sens large.

L'invitation est faite au clinicien soignant de nous accompagner dans le parcours de ce patient imaginé, fruit de la rencontre des nombreux patients souffrants et de leurs familles non moins en difficulté.

Enfin, compte tenu de l'intérêt trans-théorique pour ces travaux, nous identifierons les écoles de pensée ou d'appartenance théorique sans parti pris. L'alliance thérapeutique est un élément commun à toutes les formes de psychothérapie et non spécifique de toute rencontre soignant-soigné.

### **1) Éléments d'une définition générale de l'alliance thérapeutique multiple**

#### **1) Origines de l'alliance thérapeutique multiple**

La notion d'alliance thérapeutique multiple est d'origine systémique. Elle est issue de la pratique des Thérapies familiales intégratives. Dans ce contexte, le travail clinique de l'ATM se distingue des approches systémiques qui privilégient la construction de l'alliance thérapeutique en présence de l'ensemble du système familial.

Dans le modèle psychothérapeutique intégré de l'alliance (the integrative psychotherapy alliance), Pinsof & Catherall (1986) conceptualisent trois niveaux interdépendants de rencontre avec la famille : individuel, dyadique et groupal. Il est attendu de l'intervenant qui reçoit une famille qu'il développe simultanément un système multiple d'alliances avec chaque membre de la famille à la fois, vues séparément en sous-systèmes et réunies ensemble.

L'alliance thérapeutique multiple s'est développée en réponse à des situations conflic-

tuels « explosives » entre l'adolescent et les parents, qui ne permettent pas d'accueillir d'emblée l'ensemble de la famille en séance (Freidlander *et al.*, 2006).

Bien que le conflit adolescent/jeune adulte-parents fasse partie du cycle de la vie familiale, au-delà d'un certain niveau d'intensité, il devient un marqueur d'intervention. En effet, lorsque le conflit adolescent/jeune adulte-parents se réitère régulièrement, voire quotidiennement, et qu'il débouche sur une suite de confrontations, le thérapeute va devoir contenir, contrôler, manager, l'hostilité explicite entre les patients (Benitez *et al.*, 2019). En intervenant, le thérapeute ne permet pas que le conflit familial escalade en abus verbaux, menaces ou intimidation dans l'espace de soins. Séparer les membres de la famille devient un levier temporaire qui fait office de contenant et de régulation émotionnelle.

Cette pratique n'est pas sans aléas. En séparant les membres du système, le thérapeute prend le risque de créer un décalage dans le rythme de progression partagée du système thérapeutique. Un membre de la famille peut se sentir isolé (décalé, laissé pour compte) par rapport à un autre. Le déséquilibre ainsi créé augmente le risque d'arrêt de la thérapie (Flicker *et al.*, 2008). Afin de réduire ce décalage entre les différences de points de vue, l'intervenant procède par étape, à l'image d'un ambassadeur qui effectue des navettes entre différents pays en conflit. L'objectif est toujours celui de revenir à la table des négociations, en maintenant au courant chaque participant de la progression générale des échanges et en veillant à garantir une reprise du dialogue par une reconnexion du lien émotionnelle. La segmentation du système facilite les discussions entre les parents et leurs adolescents (jeunes adultes) afin qu'ils puissent expérimenter un autre mode de communication (Phan *et al.*, 2008).

Escudero & Friedlander (2017) proposent un modèle d'observation de l'alliance thérapeutique multiple (System for Observing the Family Therapeutic Alliance, SOFTA). À l'aide de ce modèle, Benitez *et al.* (2019) montrent que la construction de l'ATM ne se limite pas au premier entretien. Elle doit s'appuyer sur la création d'un sentiment de sécurité de chaque patient dans le système thérapeutique. Le modèle met l'accent sur le besoin d'une connexion émotionnelle de chacun avec le thérapeute. Celle-ci facilitera l'engagement dans le processus thérapeutique ainsi que le

sens partagé des objectifs thérapeutiques communs. À l'aide de la SOFTA, Escudero *et al.* (2012) explorent comment s'opèrent et se réparent les ruptures d'alliance.

Ces recherches complètent les travaux de Diamond & Liddle (1996) sur l'impasse relationnelle, lorsque les auteurs recommandent à l'intervenant de transiter (shifting intervention) (l'intervention de réorientation) d'un contenu d'échange communicationnel conflictuel « verrouillé » sur les comportements et le non-aboutissement de la résolution de problèmes (il a fait ceci, j'ai fait cela), pour le faire basculer vers un échange centré sur le vécu émotionnel (je ressens que). Cette forme de recadrage a pour effet de recontextualiser la communication sur le lien d'attachement qui unit les participants.

L'alliance scindée (Split alliance) est définie comme une différence dans le lien individuel ou la connexion émotionnelle, entre plusieurs membres de la famille et le thérapeute (Friedlander *et al.*, 2006). Cette forme d'alliance à deux vitesses peut avoir une incidence sur les objectifs du traitement. Les ruptures d'alliance ou les désaccords du thérapeute avec l'un des membres du système sont fréquentes. Le thérapeute peut ainsi tisser une alliance forte avec un membre de la famille et une relation plus faible avec un autre (Heatherington & Friedlander, 1990). Une majorité de famille abandonnant une thérapie familiale témoigne d'une alliance scindée modérée ou sévère à au moins une séance dans le cours de la thérapie (Muniz de la Pena, Friedlander, Escudero, 2009).

Pour faire face aux dilemmes pratiques posés par le travail sur les alliances thérapeutiques multiples, Kindsvatter & Lara (2012) proposent des modalités de maintien de l'ATM susceptible d'aider les cliniciens. En d'autres termes, comment préserver l'ATM et l'entretenir ? À cet effet, il est attendu du clinicien qu'il maintienne une méta-perspective sur le système à partir de laquelle il puisse évaluer la force ou la faiblesse des différentes alliances entre les membres du système. L'intervenant peut œuvrer à travailler une alliance flexible et conciliante entre les membres de la famille. Ou il peut chercher à orienter la famille avec plus de fermeté et de direction dans les moments de confusion. Enfin, il peut chercher à modérer sa position vers un semblant de neutralité pour temporiser le rythme d'un membre de la famille par rapport à un autre.

L'ATM ne se limite pas aux patients. La dimension institutionnelle de l'alliance est décrite comme une alliance non seulement avec le thérapeute mais aussi avec le système dont il fait partie. Le lien avec l'institution peut parfois compenser les liens faibles ou problématiques avec le thérapeute (Baillaregon, Pinsof, Leduc, 2005). La situation inverse est sans doute aussi fréquente. Le patient investit en particulier un soignant avec lequel la relation passe mieux et se ferme au reste de l'équipe. Cet aspect du travail sur l'ATM sera particulièrement important pendant une période d'hospitalisation.

Une méta-analyse sur 28 études en thérapie familiale centrée sur l'adolescent a montré qu'une alliance thérapeutique forte est un petit indicateur (qui reste significatif) corrélé avec le résultat de la thérapie (Welmers Van de Poll *et al.*, 2018).

## **2) Les domaines des alliances thérapeutiques multiples**

Les intervenants développent un travail de collaboration multidimensionnelle, spécifique à chaque domaine de la progression du parcours de soin. Pour devenir multiple, l'alliance se construit vis-à-vis de chaque sous-système :

- a) l'adolescent ou le jeune adulte,
- b) les parents et/ou la famille,
- c) le groupe de patients,
- d) les équipes hospitalière et extra-hospitalière, les autres partenaires médico-sociaux.

## **3) Chronologie des alliances thérapeutiques multiples**

L'ATM est un processus complexe qui dépend de la progression synergique d'alliances multiples entre différents partenaires à différents moments de la prise en charge. La chronologie du parcours de soins<sup>3</sup> a donc une importance dans le développement de l'alliance thérapeutique multiple.

Dans notre proposition de chronologie, la temporalité du travail sur les alliances thérapeutiques multiples est envisagée sur un continuum en 3 étapes.

3. Thomas *et al.* (2009) distinguent une chronologie des différentes stratégies de gestion et d'encadrement de l'épisode psychotique aigu sur les court (4 premiers jours), moyen (jusqu'à la 4<sup>e</sup> semaine) et long termes. Dans leur séquençage, la position des auteurs se porte sur le choix et l'évolution des stratégies de gestion et des objectifs de soins adaptées aux besoins spécifiques des systèmes et sous-systèmes.

Étape 1 : Le travail de création de l'ATM en consultation ambulatoire dans la phase de pré-hospitalisation (qu'il s'agisse d'une situation de crise, d'un questionnement face à une manière d'être au monde dont la sémiologie pose problème au patient et/ou à l'entourage).

Étape 2 : Le travail sur l'ATM pendant le temps de l'hospitalisation (l'équipe d'hospitalisation peut être différente de celle de la consultation).

Étape 3 : Le travail sur l'ATM post-hospitalisation et lors de la poursuite du suivi en ambulatoire (avec ou sans rechute).

#### 4) Un ou plusieurs intervenants

La question du nombre des intervenants dans la construction de l'alliance thérapeutique multiple est un enjeu étroitement lié à l'organisation du dispositif de soin<sup>4</sup>. Le psychiatre a une fonction médicale et de coordinateur des soins. Il est aidé dans sa tâche par le reste de l'équipe soignante. Il n'existe *a priori* pas d'études ayant cherché à mieux cerner les enjeux de l'alliance thérapeutique en rapport avec les fonctions professionnelles de chacun des membres d'une équipe hospitalière. Ni d'ailleurs ce que sont les incidences et répercussions de conflits entre les membres d'une équipe dans la relation aux patients...

#### 5) L'alliance thérapeutique multiple entre facteurs de risque et facteurs de protection

Le travail de création et de maintien de l'alliance thérapeutique multiple va être tempéré par les facteurs de protection et dégradé par les facteurs de risque (ou de stress). Il s'agit des attributs des personnes, des environnements, des situations et des événements qui vont contribuer à équilibrer positivement ou négativement l'ATM.

La distinction entre ces deux types de facteurs nous permettra de mieux cerner les rouages des processus en cours. Certains facteurs

4. Dans l'expérience Suisse, l'option choisie est celle d'un case manager qui : « qui combine les rôles d'un clinicien, d'un agent de réhabilitation, d'un conseiller, d'un avocat et d'un allié de confiance ». En tenant un rôle central dans les décisions, aussi bien en milieu intra qu'en milieu extra-hospitalier (...), il doit rester impliqué avec le patient et la famille aussi longtemps que dure le traitement dans le programme ou le service concerné (Le manuel du Case Management de la psychose débütante. Traduction Philippe Conus, Agnès Maire, Andrea Polari. Origin Youth Health. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre).

pourront en fonction de critères d'intensité être par moments caractérisés en tant que facteurs de risque et à d'autres moments en tant que facteurs de protection (par exemple : la place de l'adolescent dans le groupe de pairs).

#### 2) Travail de création de l'alliance thérapeutique multiple en consultation ambulatoire et/ou de pré-hospitalisation

Le travail de prise de contact et de rencontre avec un adolescent ou un jeune adulte qui entre dans un processus psychopathologique est lent, hésitant, difficile. Dans ce contexte, le travail sur l'alliance thérapeutique multiple consiste prosaïquement à faire en sorte que le patient et sa famille reviennent régulièrement en consultation. C'est ce que la Thérapie familiale multidimensionnelle appelle la fondation de l'alliance thérapeutique (Liddle, 2002). En pédopsychiatrie, 45 % des patients ne dépasseront pas le premier entretien (Fombonne, 1990). Cet enjeu devient critique alors qu'il est démontré que dans les troubles psychotiques émergents, une prise en charge précoce permet une rémission de meilleure qualité et prévient une chronicisation des troubles ainsi qu'une réinsertion dans les trajectoires de vie (Krebs, Lejuste, Martinez, 2018).

Créer l'alliance implique de joindre/rejoindre (joining) (Minuchin, 1974) l'adolescent/jeune adulte là où il est au moment de la rencontre, de l'appivoiser (Ausloos, 1995), de s'affilier, de découvrir ce qu'est son univers. Dans le contexte de la consultation, il sera question d'aider l'adolescent : à être soutenu dans le bouleversement émotionnel de son monde intérieur et extérieur ; à être accompagné dans l'appréhension des conséquences de la décompensation (que m'arrive-t-il, suis-je en train de perdre la raison, de devenir fou ?) ; à faire face à la peur du vécu psychotique et du morcellement ; à être orienté par une pédagogie claire, dans cette période de perte de repères.

Trois facteurs sont décrits comme ayant une valeur prédictive dans la création de l'alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'un trouble psychotique émergent : 1) les facteurs interpersonnels (préalables) tels que les relations amicales et l'investissement dans les loisirs, 2) les éventuelles consé-

quences liées aux symptômes négatifs qui ont (déjà) réduit l'ouverture et l'intérêt vers l'extérieur, 3) la nature de l'insight, dont l'ouverture, de manière contre intuitive, peut aussi affecter négativement la qualité de l'alliance<sup>5</sup> (Bourdeau, Théroux, Lecompte, 2009).

### **1) Adolescent et/ou jeune adulte**

Un noyau central du processus de l'alliance thérapeutique est la capacité des patients et des professionnels à former, puis à entretenir une relation d'étroite collaboration<sup>6</sup> (Norcross, 2002) puis à co-développer des capacités de négociation (Har & Roche Rabreau, 2010) dans le partage d'objectifs communs et évolutifs à chaque étape du parcours de soins (cf. Intervention familiale collaborative, Fang Pei *et al.* (2014)) en tenant compte de sa dimension multiculturelle (Asnaani & Hofman, 2012).

#### **a.1) Facteurs de protection**

La qualité relationnelle avec le/les intervenants repose sur la contractualisation de la prise en charge : c'est-à-dire énoncer clairement ce que sont les objectifs, étape par étape. La création d'une relation de confiance et d'un objectif commun (Wampold, 2001) ont une incidence sur le devenir et les résultats de la prise en charge psychothérapeutique (Horvath & Symonds, 1991). La relation peut s'établir rapidement ou lentement en fonction du type de thérapie et de l'étape du traitement (Bordin, 1994). La qualité de l'alliance thérapeutique est en perpétuelle tension, elle est un des facteurs de la relation et est reconnue comme un ingrédient central au changement (Bordin, 1979).

5. À partir d'entretien de patients et de soignants, Prince (2009) a montré que la conscience des troubles est plus importante par rapport à une alliance thérapeutique basse pour des patients qui ont été plus souvent hospitalisés.

6. La collaboration signifie [de] travailler avec les gens plutôt que de faire les choses à leur place. L'idée de la collaboration nécessite l'abolition de la relation hiérarchique dans laquelle les professionnels détiennent le pouvoir et les familles jouent un rôle plus passif. La collaboration requiert donc le changement de modèles thérapeutiques, qui auparavant concevaient les familles en termes [pathologiques], pour maintenant les concevoir selon un modèle de compétence qui se concentre sur leurs forces et leurs habiletés (Lacharité, Moreau & Moreau, 1999, p. 298) (cité par Morin, 2015).

#### **a.2) Facteurs de risque**

Les fluctuations de l'alliance thérapeutique multiple entre les rencontres avec les soignants nécessitent une évaluation régulière ainsi qu'un ensemble de réponses adaptées. Le travail sur la motivation et la remobilisation du patient sont à cet égard, un des garants du maintien du dispositif de soins (Horvath *et al.*, 2011). L'alliance n'est donc pas acquise une fois pour toute. Elle peut traverser des moments de rupture qui nécessiteront réparation (Eubanks, Safran, Muran, 2019). Souvent ces ruptures ou micro-ruptures vont passer inaperçues et ne seront pas relevées par le patient ou même identifiées par les intervenants. Le patient, la famille, masquent ces petits événements que sont les blessures relationnelles (par exemple le cumul de vécus de honte ou de gêne). Les adolescents/jeunes adultes ayant une histoire pauvre en termes de qualité d'attachement prétraitement auront besoin d'une attention particulière de la part des intervenants, dans la construction, le maintien et la réparation de ces blessures d'alliance (Zack *et al.*, 2015). Un climat de sécurité, la disponibilité et l'accessibilité du soutien, la chaleur, une attitude de non-jugement (Obegi, 2008), la réassurance, contribuent à renforcer un climat propice au travail sur la relation.

### **b) Parents, Famille**

#### **b.1) Facteurs de protection**

L'engagement précoce auprès des patients et de leurs familles est identifié comme une priorité. Assurer la continuité des soins dans le rapprochement dès le début de la prise en charge est susceptible de favoriser la confiance, de réduire les tensions et de potentiellement réduire et prévenir la dimension traumatique (Petrakis *et al.*, 2010 ; Manliwicz, O'leary & Collier, 2018). Dans la grande majeure partie des situations, les proches du patient doivent être associés aux processus de soins car ils ont un rôle de médiateur dans l'alliance thérapeutique (Benoit *et al.*, 2012). Investi de ce rôle, d'un rôle, la famille peut (re)trouver une initiative, redevenir agent, dans le tourment du processus psychopathologique qui lui échappe.

La validation empathique et le soutien du fardeau parental contribuent à modérer l'inquiétude partagée par les membres de la famille.

Contenir le fardeau parental<sup>7</sup> implique la reconnaissance du parcours et des efforts effectués par les membres de la famille. La reconnaissance de la souffrance familiale peut avoir un effet d'apaisement et contribue à l'alliance thérapeutique.

Le travail pédagogique sur les pratiques parentales, le partage des informations sur la/les pathologies, les explications des logiques diagnostiques, de comorbidités et celle du processus de diagnostic (de la difficulté ou de l'hésitation à le poser, des raisons qui rendent cet acte complexe) ainsi que les logiques échelonnées des traitements à venir (CATTP, hospitalisation de jour, hospitalisation, traitements pharmacologiques) balisent de repères le parcours du patient et de sa famille.

### **b.2) Facteurs de risque**

L'incompréhension des enjeux, les effets de sidération ou de non-reconnaissance des événements de la réalité en cours, contribuent à créer des situations de malentendu et de conflit entre les parents/familles avec les équipes de soins. Le vécu de désignation et parfois son amplification, associé à la culpabilisation (sentiment de ne pas avoir été à la hauteur en tant que parent, de ne pas avoir vu, compris, fait suffisamment...) sont autant d'obstacles qui risquent d'entraver ou de freiner les initiatives de soins et d'alliance avec l'équipe.

Dans une étude prospective sur 20 ans, Cechniki *et al.* (2012) montrent que les patients de familles dites à « haut niveau d'expression émotionnelle » ont une probabilité accrue de rechute, de réhospitalisation et d'intensification de la symptomatologie positive. L'indicateur d'expression émotionnelle familiale serait un bon facteur de prédiction sur les courts et longs termes. En effet, les interactions familiales se caractérisent chez le patient par une augmentation de comportements anxieux, agités, et inhabituels lorsqu'il rentre en rela-

tion avec les membres de sa famille. Notamment, lorsqu'il est question d'attitudes de sur-implication par hyperprotection. Ces résultats montrent une incidence complexe et bidirectionnelle du niveau émotionnel élevée (Woo *et al.*, 2004). Le travail sur la réduction des processus en escalade symétrique, les critiques négatives, l'hostilité, ainsi que l'apaisement du climat émotionnel négatif au sein de la famille contribuent à réduire le niveau d'expression émotionnelle et ces conséquences directes et indirectes sur le processus psychopathologique.

## **c) Équipe hospitalière et extra-hospitalière**

### **c.1) Facteurs de protection**

Les pratiques concernant l'évaluation, la détection précoce des risques de psychose émergente, la prise en charge des patients, sont en évolution et se distinguent d'un pays à un autre, voire d'une région à une autre. Le développement d'un travail de coordination en réseau de soin est fonction des moyens des pôles concernés. Certains services ont privilégié des actions comportant des interventions à domicile d'équipes mobiles. Les professionnels prodiguant les soins devraient pouvoir être formés à mieux monitorer les signes avant-coureurs de l'émergence d'un épisode psychotique (Conus, 2018).

Dans ce contexte institutionnel très différent d'un pôle de psychiatrie à un autre, la création et l'entretien de l'ATM dépendra du niveau d'investissement de chaque membre de l'équipe soignante et de la cohésion de l'équipe dans le système thérapeutique.

### **c.2) Facteurs de risque**

Les théories des équipes soignantes ne sont pas forcément celles partagées par la famille. Prendre un temps pour mieux cerner ce que la famille (et parfois son cercle élargi) observe et pense de l'événement et de l'histoire des troubles permet d'appréhender voire de désamorcer des obstacles potentiels à la prise en charge. Baliser les objectifs et le parcours de soins nécessite de préparer le patient et les parents/membres de la famille à la progression crescendo des soins. Comment l'hospitalisation va-t-elle se dérouler ? Qu'est-il possible d'attendre ? Qu'est-ce qui est souhaitable, qu'est-ce qui ne l'est pas ? L'évaluation des attentes s'accompagne d'une déconstruction ou d'une meilleure compréhension des mythes familiaux.

7. Le fardeau parental est le terme adopté dans la littérature scientifique (parental burden et caregivers burden) pour définir le vécu subjectif d'un parent et les tâches objectives dans une position aidante. Le fardeau rend compte du vécu parental lors d'une maladie somatique, d'un trouble psychiatrique, des difficultés psychosociales, et/ou socioéconomiques. Il peut aussi s'agir d'un dramatique cumul de plusieurs situations. Nous limiterons l'emploi de ce terme au vécu subjectif psychique du ou des parents. L'incidence du fardeau peut varier en fonction de qui le porte, de la possibilité de se répartir la tâche avec son conjoint, de ce qui le définit de manière plus spécifique.

## 6) Travail sur l'alliance pendant l'hospitalisation

L'univers de l'hospitalisation psychiatrique est souvent vécu comme inquiétant, désorientant, et reste stigmatisant. En même temps, l'hôpital peut aussi rassurer et contenir le vécu de confusion et de profondes angoisses traversées par un patient en grande détresse. L'hospitalisation est un pas supplémentaire, la mesure ultime de l'arsenal thérapeutique, parfois attendue avec espoir. Dans la majeure partie des situations, l'hospitalisation marque l'entrée dans une phase aiguë et signale le début de la mise sous traitement pharmacologique. L'hospitalisation a pour fonction : la protection, l'évaluation, l'observation, la mise à distance des parents et du contexte quotidien de l'adolescent/jeune adulte au sens large. Indirectement, la contention hospitalière a également un effet de temporisation, de ralentissement avec en même temps, et ce n'est pas le moindre paradoxe, un effet d'accélération, de condensation des rencontres avec les autres patients et avec l'équipe soignante. Le temps est ralenti pour sortir de l'urgence, le temps est suspendu par l'attente, le temps est condensé dans les rencontres avec l'équipe (Har & Roche Rabreau, 2010).

La spécificité de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge des troubles psychotiques émergents (schizophrénie, troubles bipolaires) se décline également à l'adhésion thérapeutique aux traitements pharmacologiques. Celle-ci se définit comme le suivi effectif et précis par le patient des prescriptions médicales (Charpentier *et al.*, 2009). Elle se construit dès les premiers moments de la rencontre. Elle va avoir une incidence sur la mise en place et l'adhésion au traitement pharmacologique. L'adhésion aux traitements est corrélée (et réciproquement) à l'alliance thérapeutique. Bien qu'il ne soit pas de notre ressort de développer plus en amont cette question, il est souhaitable que le patient et sa famille soient informés des effets secondaires potentiels et conseillés sur la manière dont ceux-ci peuvent être évités ou gérés. L'objectif, à ce stade, est de transiter vers une phase de maintenance (Thomas *et al.*, 2009).

### 3.a) Adolescent et/ou jeune adulte

#### 3.a.1) Facteurs de protection

Dans une étude rétrospective questionnant ce qui motive l'engagement des adolescents et de

leurs familles dans les soins, pendant et après un premier épisode psychotique, Goldberg & Aggett (1998) proposent d'appeler l'événement, une crise ! Face à la rupture induite par la crise, les auteurs recommandent de rester dans le concret et de planifier la suite en aidant le système thérapeutique à maintenir un sens du contrôle face à l'effondrement. À l'image de la première étape, la qualité de la relation doit être évaluée au quotidien, dans l'ici et maintenant afin de jauger l'alliance thérapeutique. Maintenir un lien engagé avec le patient est essentiel, il a pour objet de réduire les niveaux de tension, de résoudre les problèmes du moment, en pensant à la réduction des risques de rechute (futur) et de s'occuper des tâches du cycle de vie familiale que traverse l'adolescent/jeune adulte.

L'accueil de l'adolescent/jeune adulte en hospitalisation est aussi celui de sa rencontre avec d'autres patients. Il marque son entrée au sein du groupe des autres patients hospitalisés et sa participation aux activités thérapeutiques de médiations diverses encadrées par l'équipe. Le groupe de pair avec ces effets miroirs peut avoir une fonction tant protectrice (soutien) que d'amplification du risque (par exemple, lors de l'amorce d'une consommation de substances).

#### 3.a.2) Facteurs de risque

Les jeunes patients ont tendance à utiliser le déni comme stratégie pour faire face et rejettent/évitent souvent les soins dans un mouvement d'indépendance et d'émancipation qui entre en conflit avec l'intervention des soignants (Conus, 2018). Le déni et la non-reconnaissance des troubles peuvent mener à une incompréhension des raisons de l'hospitalisation et à une cascade de réactions d'isolement, d'agression, et de vécu arbitraire ou abandonnique. Il n'est pas rare que la situation d'hospitalisation puisse avoir des conséquences traumatiques, d'exposition à la violence de l'institution, à l'isolement.

Les facteurs de risque augmentent en fonction des conditions de l'hospitalisation (contrainte et subie vs. libre et acceptée). L'absence de préparation et d'accord donné par le patient, le choix du moment de l'hospitalisation dans la vie du patient et de l'histoire de la famille, colorent négativement ou pas, la suite de la trajectoire de soins.

L'accès différé aux soins du fait d'une compréhension limitée des bénéfices possible et du peu d'attentes positives, risque d'entacher



la mise en place des soins et par conséquent la création de l'alliance. La difficulté d'évaluation du processus psychopathologique en cours ainsi que les co-morbidités psychopathologiques : consommation et abus de substances, dépression et risque suicidaire amplifient les facteurs de risque.

L'alliance thérapeutique ne pourra s'établir/rétablir que si le patient est moins agité, réceptif et coopératif (Thomas *et al.*, 2009). À défaut, il devra être porté par le système thérapeutique.

### 3.b) Parents, famille

#### 3.b.1) Facteurs de protection

Le dispositif d'hospitalisation laisse généralement une place à un ou à plusieurs entretiens familiaux. La logique qui sous-tend les entretiens familiaux n'est donc pas celle d'une thérapie familiale au sens strict mais en adopte certaines des caractéristiques. Le modèle de l'intervention de crise peut être privilégié et se focalise sur des thématiques spécifiques à l'histoire du patient et de sa famille. Les objectifs sont de poursuivre le travail de soutien tout en développant des stratégies adaptées pour faire face aux difficultés tout en réduisant les moments de détresse. Il peut être question d'expliquer les décisions médicales (par ex. : à quoi sert la période de séparation, pour quelles raisons est-elle mise en place, quels recours face aux épisode(s) de contention ou de poursuivre le travail sur le fardeau familial).

#### 3.b.2) Facteurs de risque

Des conflits d'intérêts entre l'équipe d'hospitalisation et les parents lors de désaccord par exemple à propos de la prescription ou du maintien de l'hospitalisation peuvent venir se surajouter. L'incompréhension du processus de soins peut être suivie d'un isolement accompagné d'un vécu de honte pour les parents dans le milieu élargie de la famille.

### 3.c) Équipe hospitalière et extra-hospitalière

#### 3.c.1) Facteurs de protection

L'hôpital est une institution au fonctionnement pyramidal médico-centré. L'adoption d'une position basse « ne pas savoir », de la reconnaissance des limites du pouvoir médical, psychologique et infirmier, Bennett & Bennett (1984) contribuent à renforcer la dynamique de collaboration : « ensemble nous allons ». La discussion sur la possible reconnaissance d'erreurs est à envisager comme un

élément du développement d'une relation de collaboration dans la création de l'alliance thérapeutique (Spencer *et al.*, 2019).

Le temps de l'hospitalisation est limité. Il importe de rester focalisé et de reporter à plus tard les thèmes qui interfèrent (Goldberg & Aggett, 1998). La préparation de la transition post-hospitalisation s'inscrit dans un souci de continuité de la prise en charge. Il implique de ritualiser le processus de sortie par un travail de séparation en vue de la reprise du travail avec l'équipe extra-hospitalière.

Le soutien n'est pas toujours formalisé. Les moments de rencontre informelle sont ces temps de rencontre du quotidien qui ne sont pas organisés, et dont les patients se souviennent et qui parfois font la différence, même si dans l'après-coup (cf. Les travaux du Boston study change group sur la question du changement en psychothérapie).

Enfin il existe également les précieux recours aux soutiens associatifs des familles de patients (UNAFAM, [https://www.unafam.org/et son service d'écoute téléphonique : écoute famille](https://www.unafam.org/et-son-service-d-ecoute-telophonique-ecoute-famille)).

#### 3.c.2) Facteurs de risque

La construction d'alliance thérapeutique de qualité avec des patients souffrant de schizophrénie est une entreprise difficile compte tenu de la présentation clinique de la maladie. Le manque de formation des équipes hospitalières, l'absence de moyens et leur constante réduction<sup>8</sup> (Winefield, 1996) en France sont autant d'obstacles au maintien dans la continuité d'un travail de suivi du patient et de sa famille.

L'absence de reconnaissance du travail effectuée par les équipes hospitalières (Winefield, 1996) est identifié comme un facteur de risque.

## 4) Travail sur l'alliance thérapeutique post-hospitalisation

La sortie d'une période d'hospitalisation et le retour dans le quotidien est une transition critique. Le patient rentre au domicile après la crise dans un contexte délicat de fragilité et de vulnérabilité psychique. La famille doit réorganiser son quotidien en fonction des nouveaux besoins d'un de ces membres. Le retour

8. Il s'agit des résultats d'une étude qualitative réalisée par l'auteur sur les barrières entre les familles et les professionnelles dans la prise en charge des troubles schizophréniques.

à la vie « comme avant » n'est pas garanti ou n'est plus possible, et le retour à la vie « comme après » n'est pas encore rodé. La transition qui s'enclenche vient tester une nouvelle organisation relationnelle familiale. À moins que celle-ci n'ait pas ou peu changé. Pour la famille, de nombreux sujets peuvent ne pas avoir été abordés. Ils restent dramatiquement ouverts, incompris. Du côté soignants, la logique est souvent celle de la temporisation : « le temps doit passer » même si l'essentiel n'a pas été intégré, il faut continuer.

#### **4.a) Adolescent et/ou jeune adulte**

##### **4.a.1) Facteurs de protection**

À ce stade, le travail sur le maintien de la prise en charge dans la continuité sera le garant de la prévention de la rupture des soins et de la rechute.

Le travail de réintégration dans la communauté (scolarité, activités professionnelles, réseau de connaissances, d'amis) va prendre une place déterminante dans la phase de guérison/rémission/rétablissement.

L'engagement du patient dans une prise en charge psychothérapeutique va dépendre de la qualité de l'alliance. Dans les situations de faible alliance avec le thérapeute, il est préférable de l'interrompre (Goldsmith *et al.*, 2015). Quitte à l'envisager dans un second temps.

##### **4.a.2) Facteurs de risque**

Le patient peut traverser un vécu d'anxiété et de peur lié au retour à la vie quotidienne et à la honte de porter l'étiquette de la maladie mentale, avec les conséquences réelles et fantasmées de ce vécu.

L'abrasement de la sphère émotionnelle, l'érosion des fonctions cognitives liés tant à l'émergence des troubles qu'aux effets secondaires des traitements pharmacologiques inscrivent le patient dans un vécu phénoménologique particulier.

#### **4.b) Parents, Famille**

##### **4.b.1) Facteurs de protection**

Lorsqu'une famille développe une alliance de qualité, plusieurs développements positifs sont observés : les membres de la famille sont moins enclins à « rejeter » le patient, le vécu de fardeau est perçu comme moins important, les patients montrent moins de signe prodromal de rechute et les temps de ré-hospitalisation sont moins importants sur une période de 2 ans (Smerud *et al.*, 2011).

Bien que nous ayons évoqué principalement le noyau parental des aidants, les fratries ont besoin d'être écoutées et accompagnées spécifiquement et pas uniquement comme satellites de la famille. Ils ont besoin que la dimension traumatique soit prise en compte au-delà des critères stricts du trouble de stress post-traumatiques (Noiriel, 2018). Les fratries témoignent d'un processus de deuil dans la relation à leur frère ou à leurs sœurs (Sin *et al.*, 2008).

La tenue de groupes psycho-éducatifs destinés aux proches a un effet validé sur l'acquisition des connaissances à propos du 1<sup>er</sup> épisode psychotique<sup>9</sup> (McWilliams *et al.*, 2010). En France, une étude sur le programme ETP (Éducation thérapeutique) montre un impact indubitable sur la qualité de vie objective, le bien-être psychologique et la compliance médicamenteuse (Sauvanaud *et al.*, 2019). Au-delà de la transmission d'informations, la psycho-éducation vise à développer des stratégies favorisant la gestion du stress par tous les membres de la famille grâce à l'amélioration de la communication et de la résolution de problème (Brazo *et al.*, 2009). Cependant, une méta-analyse des études sur les groupes psycho-éducatifs de familles dont un membre souffre d'une schizophrénie, obtient des résultats moins optimistes. En effet, si l'inclusion des parents dans les protocoles psycho-éducatifs lors d'un épisode aigu obtient à court terme une incidence sur la probabilité de rechutes, sur les moyen et long termes, les résultats du travail effectués dans ces groupes ne se maintiendraient pas suffisamment. De plus, il n'existerait pas de preuve concernant des effets de la psycho-éducation des familles sur la compliance ou l'adhésion aux traitements (Petretto *et al.*, 2017). La tenue des groupes psycho-éducatifs fait partie des recommandations (Haute Autorité de Santé, Guide ALD 23 Schizophrénies, 2007) (NICE, UK ; Conférence de consensus 2003).

Les groupes de thérapie multifamiliaux, développés par Laquer dans les années 60, et repris par l'équipe de McFarlane dans les années 80, contribuent à entretenir l'alliance thérapeutique multiple. Le dispositif associe deux cliniciens à un ensemble de 6 familles en présence des patients. Chaque semaine, une famille présente une difficulté comme par exemple : la baisse de motivation ou une difficulté d'adhé-

9. Et cela même dans un dispositif de type vrai monde (real world) en Italie (Magliano *et al.*, 2006).

sion aux traitements. Le groupe répond en formulant des stratégies centrées sur la recherche de solutions (Dyck, Hendryx, Short, Voss & McFarlane, 2002).

#### 4.b.2) Facteurs de risque

Le fardeau parental augmente avec les rechutes, les menaces suicidaires, les tentatives de suicide et les troubles liés à la consommation de substances (Jones, Roth, Jones, 1995). Les symptômes de désorganisation ainsi que les conséquences de la pathologie sur la vie familiale se surajoutent au fardeau familial.

La sortie de crise ne veut pas dire guérir et le retour au domicile marque une possible transition vers le rétablissement ou le spectre d'une pathologie chronique. Les parents ont besoin d'être soutenus dans le processus de deuil qu'ils traversent (Noiriel, 2018). Le vécu de perte des parents et des proches est décrit au niveau personnel comme une perte de soi, d'opportunités. Il importe d'aider la famille à garder espoir dans les possibilités d'évolution positive du patient en évitant que la perte liée à la maladie ne soit vécue comme inéluctable ou définitive (Brazzo *et al.*, 2009).

### 4.c) Hospitalière et extra-hospitalière

#### 4.c.1) Facteurs de protection

Le travail de rencontre et de partage des expériences avec l'équipe extra-hospitalière peut se poursuivre au-delà des groupes psycho-éducatifs. Des initiatives peuvent favoriser les rencontres soignants-parents comme par exemple le groupe mensuel d'information et d'échange mis en place à partir de thématiques choisis par les familles (cf. Lucas, 2011).

#### 4.c.2) Facteurs de risque

Comme nous l'avons décrit plus haut, le travail en post-hospitalisation confronte les équipes à la reprise du quotidien et aux événements qui ont marqué l'hospitalisation. Le retour en consultation implique la reprise d'un suivi régulier, et le travail sur l'adhésion aux traitements pharmacologiques. Pour certains patients ce retour est pénible et peut s'illustrer par la discontinuité du suivi, la possibilité de décrochage ponctuel ou de perdu de vue.

Dans la relation patient-famille-soignant, les membres des équipes soignantes peuvent être amenés à se protéger en se détachant et en développant des contre-attitudes (contre-transfert ou résonance négative) dans le système thérapeutique vis-à-vis des patients, des

membres de la famille ou d'autres membres de l'équipe.

La recherche et l'expérience clinique montrent comment l'alliance thérapeutique soignant/soigné est influencée par la vie privée de l'intervenant et ses propres expériences de vie et de détresse. En effet, les patients sont particulièrement sensibles à ce qu'ils observent du bien-être du thérapeute (Nissen-lie *et al.*, 2013). Le risque de basculer dans des problématiques de contre-transfert dit chronique (Reich, 1951) peut être traité selon l'habileté des intervenants et des équipes à développer des habiletés de gestion contre-transférentielles (Gelso & Hayes, 2002) adéquates.

Une étude sur le regard porté par la dyade patient-thérapeute sur la qualité de l'alliance qui les unit montre que les patients auraient tendance à mieux coter l'alliance voire à la sur-évaluer alors que les thérapeutes auraient tendance à moins bien l'évaluer (Tryon *et al.*, 2007). Au vu de ce résultat, on ne peut qu'encourager les soignants à ouvertement parler de la qualité de l'alliance avec le patient, les parents, entre eux ! (Comment va la relation entre nous aujourd'hui ?)

Les travaux sur les réparations de ruptures d'alliance attirent notre attention sur la dimension de mutualité réciproque et de reconnaissance de ces moments d'hostilité, de retrait, d'évitements, d'insatisfaction, dans la relation thérapeutique. Inviter les patients à se questionner sur leurs détresses et leurs responsabilités passe par l'exploration et la reconnaissance de la responsabilité de chacun des membres des équipes, des ressentis négatifs, potentiel passage à l'acte, ambivalence, incompétence, petites lâchetés et consommation de substances.

La présentation de ce modèle de l'alliance thérapeutique multiple nous a conduits à intégrer des données et conseils pratiques émanant de la clinique et de la recherche. La méthode pour aboutir à ce modèle a bien entendu ces limites. À la lecture, le soignant, quelle que soit sa fonction, aura peut-être l'impression que la description des alliances thérapeutiques multiples fait abstraction du flux tendu de la « réalité vraie » d'un service d'hospitalisation. Peut-être d'ailleurs n'aurait-il pas complètement tort de questionner, voire de se méfier de certaines de nos propositions/recommandations.

Au-delà des questionnements à propos de la pratique personnelle, ces propositions/recommandations impliquent des changements par petits pas, ou des choix de philosophie de tra-

vail d'équipe, d'institution et bien sûr de priorités de politique de soins et de budgets adéquats. ■

### Remerciements

Merci au Dr Danièle Roche-Rabreau pour la relecture de ce texte, ainsi que pour son invitation à participer à ce travail de groupe sur les « Recommandations familles ». Je pense également au Dr Patrick Bantman ainsi qu'à l'ensemble des participants.

### LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Asnaani A., Hofmann S.G. (2012). *Collaboration in multicultural therapy : establishing a strong therapeutic alliance across cultural lines*. *Journal of clinical psychology : in session*, 68, 2, 187-197.

Ausloos G. (1995). *La compétence des familles*. Érès, Ramonville Saint-Agne.

Baillaregon P., Pinsof W.M., Leduc A. (2005). *Modèle systémique de l'alliance thérapeutique*. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55, 3, 137-143.

Benitez J.L., Abascal A., Garrido M., Escudero V. (2019). *Building an expanded therapeutic alliance : a task analysis with families trapped in parental adolescent conflict*. *Family Process*.

Benoît M., Bellivier F., Ilorca P.M., Millet B., Passamar M., Schwan R., Marty L., Cailhol L., Giordan B., Naudet F., Samalin L., Tadri M., Yon L., Hacques E., Moreau-Mallet V. (2012). *L'initiation thérapeutique dans les épisodes psychotiques et maniaques : recueil des attitudes françaises par Focus Group*. *L'encéphale*, 38, 266-273.

Bennett M.I., Bennett M.B. (1984). *The uses of hopelessness*. *American Journal of Psychiatry*, 141, 559-562.

Bourdeau G., Thérout L., Lecomte T. (2009). *Predictors of therapeutic alliance in early psychosis, early intervention in psychiatry*, 3, 4, 300-303.

Bordin E.S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance : new directions*. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance : Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York : Wiley.

Bordin E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy : theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.

Brazo P., Simonet M., Dollfus S. (2009). *Approche cognitive comportementale des patients présentant un premier épisode psychotique*. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 158-166.

Charpentier A., Goudemand M., Thomas P. (2009). *L'alliance thérapeutique, un enjeu la schizophrénie*. *L'encéphale*, 35, 80-89.

Cechinicki A., Bielanska A., Hanuszkiewicz I., Daren A. (2012). *The predictive validity of expressed emotions in schizophrenia. A 20 years prospective study*. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 2, 208-214.

Conus P. (2018). *Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ? L'information psychiatrique*, 94, 4, 301-306.

Dyck D.G., Hendryx M.S., Short R.A., Voss W.D., McFadane W.R. (2002). *Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment*. *Psychiatric Services*, 53, 749-754.

Diamond G.S., Liddle H.A. (1999). *Transforming negative parent-adolescent interactions : from Impasse to Dialogue*. *Family Process*, 38, 5-26.

Escudero V., Boogmans E., Loots G., Friedlander M.L. (2012). *Alliance rupture and repair in conjoint family therapy : an exploratory study*. *Psychotherapy*, 49, 1, 26-37.

Escudero V., Friedlander M.L. (2017). *Therapeutic Alliances with families : empowering clients in challenging cases*. Springer.

Eubanks C., Muran J., Safran J. (2019). *Repairing Alliance Ruptures In Psychotherapy relationships that work*, Chap. 16, 549-579.

Fang Pei C., Gearing R.E., Devylder J.E., Oh H. (2014). *Pathway model of parental help seeking for adolescents experiencing first-episode psychosis*. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 2, 122-128.

Flicker S.M., Waldron H.B., Turner C.W., Brody J.L., Hops H. (2008). *Ethnic Matching and Treatment Outcome With Hispanic and Anglo Substance-Abusing Adolescents in Family Therapy*. *Journal of Family Psychology*, 22, 3, 439-447.

Fombonne E. (1990). *Les ruptures en psychiatrie infantile*. *Sciences sociales et santé*, 7, 73-83.

Freud S. (1912). *La dynamique du transfert*. La technique psychanalytique, trad. fr. A. Berman. Paris ; PUF, 1953.

Freud S. (1913). *Le début du traitement*. La technique psychanalytique, trad. fr. A. Berman. Paris ; PUF, 1981.

Friedlander M.L., Horvath A.O., Cabero A.S., Escudero V., Heatherington L., Martens M.P. (2006). *System for observing family therapy alliances : a tool for research and practice*. *Journal of Counseling Psychology* 53 (2) : 214-225.

Gelso C.J., Hayes, J.A. (2002). *The management of countertransference*. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY : Erlbaum, 267-283.

Goldsmith L.P., Lewis S.W., Dunn G., Bentall R.P. (2015). *Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance : an instrumental variable analysis*. *Psychological medicine*, 45, 2365-2373.

Goldberg D., Aggett P. (1998). *On the engagement of psychotic Adolescents and their families*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 3 (2), 183-197.

- Greenson R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Har & Roche Rabreau (2010). Vers une approche intégrative et multisystémique de l'adolescent suicidant et de sa famille. *Thérapie familiale*, 2, 31, 133-149.
- Heatherington L., Friedlander M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales : empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16 (3), 299-306.
- Horvath A.O., Symonds B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath A.O., Del Re A.C., Flückiger C., Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 1, 9-16.
- Jones S.L., Roth D., Jones P.K. (1995). Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 46, 2, 141-145.
- Kindsvatter A., Lara T.M. (2012). The facilitation and maintenance of the therapeutic alliance in family therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 235-242.
- Krebs M.O., Lejuste F., Martinez G. (2018). Prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques. *L'encéphale*, 44, 6.
- Lacharité C., Moreau J., Moreau M.-L. (1999). *Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie*. Comprendre la Famille, Acte du 5<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille, p. 298.
- Lecomte T., Leclerc T., Leclerc C. (2016). *Group CBT for psychosis, a guide book for clinician*. Oxford University Press.
- Liddle H.A. (2002). *Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for adolescent cannabis users*. Substance abuse and mental health services administration, Rockville MD.
- Luborsky L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed.). *Successful psychotherapy*. New York : Brunner/Mazel, 92-116.
- Lucas S. (2011). Des tables rondes avec les proches au CMP. *Santé mentale*, 159, 60-62.
- Manliewicz O'Leary & Collier (2018). « That hour served me better than any hour I have ever had before » : Service users' experiences of CBTp in first episode psychosis. *Counselling Psychology Review*, 33, 2, 4-16.
- McGorry P.D., Killackey E., Yung A. (2008). Early intervention in psychosis : concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA*, 7, 148-156.
- McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., Francey S., Cosgrave E.M., et al. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-8.
- Malia A., Lyer S., Mc Gorry P., Cannon M., Coughlan H., Singh S., Jones P., Joober R. (2016). From early intervention in psychosis to youth mental health reform : a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 3, 319-326.
- Magliano L., Fiorollo A., Malangone C., Maj M., and the family intervention group (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, Dec, 57, 12, 1784-1791.
- Mc Williams S., Egan P., Jackson D., Renwick L., Foley S., Behan C., Fitzgerald E., Fetherston A., Turner N., Kinsella A., O'Callaghan E. (2010). Caregiver psychoeducation for first episode psychosis. *European Psychiatry*, 25, 33-38.
- Minuchin S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Muniz de la Pena C., Friedlander M., Escudero V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances : how observable are they ? *Psychotherapy Research*, 19, 2, 133-142.
- Morin M.H. (2015). *S'adapter lors du premier épisode psychotique d'un jeune adulte : perspectives nouvelles pour l'intervention familiale et les pratiques collaboratives dans le domaine social en santé mentale*. Thèse de doctorat en service social, Université de Laval.
- Nissen-Lie H.A., Havik O.E., Hoglend P.A., Monsen J.T., Ronnestad M.H. (2013). The contribution of the quality of therapists personal lives to the development of the working alliance. *Journal of counseling psychology*, 60, 4, 483-495.
- Noiriel A. (2018). *Perspectives croisées sur le vécu du premier épisode psychotique : une méta-synthèse*. Thèse de médecine, Université de Paris 13.
- Norcross J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York : Oxford University Press.
- Orygen Youth Health, *Le case management dans la psychose débutante. Un manuel*. EPIC, Traduit : Conus P., Maire A., Polari A., Petrakis M., Hamilton B., Renoon S., Selvendra A., Laxton S., Doidge G., Svenson M., Castle D. (2010). Fidelity to clinical guidelines using a care pathway in the treatment of first episode psychosis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 722-728.
- Petretto D.R., Lussu C., Zuddas C., Pstis I., Piras P., Preti A., Masala C. (2017). *Meta review of systematic and meta analytic reviews on family psychoeducation for schizophrenia*. *Ausin Journal of clinical Neurology*, 4 (2), 1107.
- Pinsof W.M., Catherall D. (1986). *The integrative psychotherapy alliance : family, couple, and individual therapy scales*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Prince J.D. (2007). Therapeutic alliance, illness awareness, and number of hospitalizations for schizophrenia. *The Journal Of Nervous and Mental disease*, 195, 2, 170-175.

Phan O., Bonnaire C., Bastard N., Jouanne C. (2008). Le projet Incant. *Psychotropes*, 14, 3-4, 137-156.

Reich A. (1951). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25-1.

Sauvanaud F., Kebir O., Vlasie M., Doste V., Amado I., Krebs M.-O. (2017). Bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique agréé sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de sujets souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale : Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 43 (3), 235-240.

Sin J.N., Moone P., Harris (2008). Siblings of individuals with first-episode psychosis : understanding their experiences and needs. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv*, 46, 33-40.

Smerud P.E., Rosenfarb I.S. (2011). The Therapeutic Alliance and Family Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia : An Exploratory Prospective Change Process Study. *Couple and Family Psychology : Research and Practice*, 1 (S), 85-91.

Spencer J., Goode J., Penix E.A., Trusty W., Swift J.K. (2019). Developing a collaborative relationship with clients during the initial sessions of psychotherapy. *Psychotherapy*, 56, 1, 7-10.

Thomas P., Alptekin K., Gheorghe M., Mauri M., Olivares J.M., Iedl M. (2009). Management of patients presenting with acute psychotic episodes of schizophrenia. *CNS Drug*, 23, 3, 193-212.

Tryon S.G., Blackwell C.S., Felleman Hammel E. (2007). A meta analytic examination of client therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17, 6, 629-642.

Wampold B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates : Mahwah, NJ.

Welmers van de Poll M.J., Roest J.J., Van der Stouwe T., Van den Akker A.L., Stams G.J.J.M., Escudero V., Overbeek G.J., De Swart W.J.J. (2018). Alliance and treatment outcome in Family involved treatment for youth problems : A three level meta analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 146-170.

Winefield H. (1996). Barriers to an alliance between family and professional caregivers in chronic schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 5 (3), 223-232.

Woo S.M., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. (2004). Relatives affective style and the expression of subclinical psychopathology in patients with schizophrenia. *Family Process*, 43, 2, 233-247.

Zack S.E., Castonguay L.G., Boswell J.F., Mcleavey A.A., Adelman R., Kraus D.R., Pate G.A. (2015). Attachment history as a moderator of the alliance outcome relationship in adolescents. *Psychotherapy*, 52, 2, 258-267.

Zetzel E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

## Communiqué

### **6<sup>es</sup> RENCONTRES SOIGNANTES EN PSYCHIATRIE** **« Gère tes émotions ! » : quelle implication pour quels soins ?**

**13 octobre 2020**  
**Cité des Sciences et de l'Industrie**  
**La Vilette - Paris**

Organisées par Santé mentale : le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

Programmes et inscriptions :  
[www.rencontressoignantesenpsychiatrie.fr](http://www.rencontressoignantesenpsychiatrie.fr)  
[santementale@wanadoo.fr](mailto:santementale@wanadoo.fr) - Tél. : 01 42 77 52 77

**Abonnez-vous à**  
**Perspectives Psy**  
**La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné**  
Voir Bulletin d'abonnement page 100 de ce numéro