

## La famille du schizophrène : interférente ou alliée? The family of the schizophrenic : interfering or ally?

Lorraine Boucher and Pierre Lalonde

Volume 7, Number 1, June 1982

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030124ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030124ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

### ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Boucher, L. & Lalonde, P. (1982). La famille du schizophrène : interférente ou alliée? *Santé mentale au Québec*, 7(1), 50–56. <https://doi.org/10.7202/030124ar>

### Article abstract

We have presented an overview of the different studies of the family of the schizophrénie completed in the second half of this century. The first studies, of a more descriptive nature, sought to establish the aetiology of schizophrenia; they identified the family as one of the principal causes of the illness. Subsequently, methodological refinements and the contribution of genetic research have brought researchers to consider the family from a different perspective. From that point on, the family appears as an important factor, but it is linked to subtle and complex environmental factors which remain to be determined. Researchers now tend to favour an approach which permits the family to play an active role in relation to the evolution of the illness. The family is perceived more and more as a potential ally of the affected person and efforts are made to incorporate it in the treatment. This is, at least, the goal sought by proponents of the psycho-educational approach, and the therapeutic results appear to be most encouraging at the present time.

---

## LA FAMILLE DU SCHIZOPHRÈNE : INTERFÉRENTE OU ALLIÉE?

*Lorraine Boucher\**  
*Pierre Lalonde\*\**

---

Nous avons fait un tour d'horizon des différentes études qui, dans la seconde moitié de notre siècle, ont été faites sur la famille du schizophrène. Les premières études, plus descriptives, cherchaient à établir l'étiologie de la schizophrénie; elles identifiaient la famille comme étant une des principales causes de la maladie. Par la suite, le raffinement de la méthodologie et l'apport des études génétiques ont amené les chercheurs à considérer la famille d'un point de vue différent. La famille apparaît désormais comme un facteur important mais elle est liée aux facteurs environnementaux subtils et complexes qui restent encore à déterminer. Les chercheurs tendent maintenant à privilégier une approche qui permette à la famille de jouer un rôle actif face à l'évolution de la maladie. On perçoit de plus en plus la famille comme une alliée potentielle du malade et on s'efforce de l'associer au traitement. C'est du moins le but poursuivi par les tenants de l'approche psycho-éducative, et les résultats thérapeutiques semblent, à l'heure actuelle, des plus encourageants.

Devant une maladie aussi grave et récidivante que la schizophrénie, nous nous voyons très souvent, dans nos interventions d'aide, confrontés à nos limites. Malgré l'énorme progrès des connaissances au cours des deux dernières décennies, dans les domaines de la biochimie, de la neurophysiologie et de la psychopharmacologie, l'étiologie de la schizophrénie soulève encore de nombreuses inconnues.

On a longtemps tenu la famille, et plus particulièrement la mère, responsable de l'apparition et de l'évolution de la schizophrénie. Cette conception a été fortement influencée par le courant psychanalytique qui a prédominé jusqu'à tout récemment. Elle a évolué parallèlement aux récentes découvertes et à l'application d'une méthode scientifique plus rigoureuse. Encore aujourd'hui, les parents portent souvent le blâme, et des concepts comme ceux d'une «mauvaise mère» ou d'une «mère schizophrénogène» sont employés, même dans nos milieux thérapeutiques. Notre impuissance d'intervenant auprès du schizophrène explique probable-

ment une partie de la lenteur à se départir de cette conception culpabilisante des parents.

Cet article dresse un bilan des principales théories qui, dans la seconde moitié de notre siècle, ont été élaborées sur la famille du schizophrène. Il propose ensuite une approche «psycho-éducative» de la famille du schizophrène. De cette façon, la perception d'une famille culpabilisée et interférente pourrait céder la place à celle d'une famille éprouvée et alliée.

### ÉTUDES SUR LES FAMILLES DE SCHIZOPHRÈNES

L'étude des familles de schizophrènes a débuté de façon notable dans les années 30, période où l'on cherchait à établir l'étiologie de la schizophrénie. On étudia le rôle des parents afin d'y découvrir une cause possible de cette grave maladie. La popularité des théories de Freud et de ses successeurs sur les expériences précoces de l'enfant en milieu familial et sur la façon dont elles déterminent son développement a grandement contribué à diriger l'intérêt des chercheurs sur le comportement des parents.

Les premières études furent à la fois descriptives et interprétatives. Les chercheurs faisaient leurs observations ou recueillaient les données sans recourir à des critères précis de schizophrénie et sans

---

\* Lorraine Boucher est résidente en psychiatrie à l'hôpital Ste-Justine, Montréal.

\*\* Pierre Lalonde est psychiatre à la Cité de la Santé de Laval et professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal.

faire appel à des «familles contrôles». La plupart de ces études étaient rétrospectives c'est-à-dire qu'elles étaient menées après l'apparition de la maladie.

Ainsi, en 1940, Hadju-Gaines compare les données obtenues par la psychanalyse de quatre patientes schizophrènes. Ces données révèlent une situation parentale identique : la mère est rigide, froide, sadique et agressive tandis que le père est doux, indifférent et passif. Le chercheur conclut que la schizophrénie est causée par un manque de «vrais parents» dans l'enfance du patient.

Dans un article publié en 1948, Fromm-Reichmann avance timidement le concept de «mère schizophrénogène» pour qualifier les mères de patients schizophrènes en traitement analytique avec elle. Ce concept a été récupéré, élargi, et est encore utilisé aujourd'hui malgré son imprécision et son inexactitude.

Par la suite, les études les plus importantes dans le milieu psychiatrique s'inspirèrent également de la psychanalyse. Elles posent toutes a priori que le facteur environnemental ou parental est responsable de l'apparition de la schizophrénie. Les plus influentes de ces études sont celles de Bateson, Lidz et Wynne.

La théorie de la «double contrainte» ou «double bind» a été introduite par Bateson en 1956 dans *Toward a theory of Schizophrenia*. Elle fut reprise par Watzlawick et coll. en 1967. Essentiellement, cette théorie définit la schizophrénie plus comme un mode de communication que comme une maladie de la pensée. Le «double bind» (ou double contrainte) est une expérience répétée, impliquant deux personnes ou plus, au sein de laquelle une de ces personnes est confrontée à deux messages de niveaux différents qui se contredisent l'un l'autre. Le schizophrène, par l'usage d'un langage métaphorique et ambigu, tente de résoudre l'effet inhibiteur et contrôlant du «double bind» (double contrainte).

Malheureusement, aucun des articles traitant de la «double contrainte» n'était fondé sur une véritable approche scientifique. On se contentait d'illustrer la théorie à l'aide d'observations subjectives ou de discussions. Des techniques plus rigoureuses ont été utilisées ultérieurement mais elles n'ont pas réussi à prouver que les interactions du type «double contrainte» sont plus fréquentes dans les familles de schizophrènes que dans d'au-

tres familles. On ne peut donc pas affirmer qu'un individu placé dans un état prolongé de «double contrainte» deviendra schizophrène.

Lidz et le groupe de Yale (1957-58) proposèrent une nouvelle définition de la schizophrénie : ce serait le comportement acquis et inadéquat d'un individu évoluant dans un environnement anormal où le malade devient le bouc émissaire de conflits entre ses parents. Bien que leur étude soit une exploration psychanalytique, portant par biais sélectif sur 17 familles (celles de 9 patients et de 8 patientes), et qu'elle ne comporte ni groupes contrôles ni précaution à double insu, les chercheurs présentent leurs découvertes comme pouvant servir de base à l'établissement d'une théorie de l'étiologie de la schizophrénie (1967).

Ils distinguent, dans l'environnement intrafamilial, deux types de mariages pouvant amener l'apparition de la schizophrénie chez un enfant.

1. *Le schisme conjugal*. Dans ce type de mariage, les conjoints sont en perpétuel conflit. Chacun éprouve des difficultés personnelles et ignore les préoccupations de l'autre. Habituellement, la mère effacée et le père, sévère ou distant, sont en compétition pour recevoir l'affection de l'enfant. Le schisme conjugal se rencontrerait surtout dans les familles de filles schizophrènes qui sont alors «déchirées» entre leurs parents par des attachements et des fidélités inconciliables.
2. *Le biais conjugal (marital skew)*. Dans ce type de mariage, où aucun conflit n'apparaît, les conjoints partagent une sorte de «folie à deux». Un des conjoints est complaisant envers les excentricités ou anormalités de l'autre conjoint, qui domine la famille. Le biais conjugal se rencontrerait surtout dans les familles de garçons schizophrènes où une mère dominatrice est tournée vers son fils pour sa satisfaction émotionnelle, alors qu'un père faible constitue un pauvre modèle masculin.

D'autres études ont tenté de vérifier, en situation contrôlée, l'exactitude des observations de Lidz. Elles ont démontré que les anormalités décrites par Lidz apparaissent aussi dans les groupes contrôles de famille ayant un membre sain ou un membre souffrant d'un problème psychiatrique autre que la schizophrénie. De même, des études d'observation d'interactions familiales avec contrôle des variables démographiques (Ferreira, 1963 ;

Caputo, 1963), n'ont pu vérifier la présence, chez les parents de schizophrènes, des types de domination décrits par Lidz. En 1968, Kohn a fait la revue de toutes les études cherchant à prouver que la schizophrénie est une distorsion de la personnalité causée par des relations interpersonnelles troublées. Il a conclu qu'il n'y a aucune différence substantielle entre les relations dans les familles de schizophrènes et celles des familles de gens normaux appartenant aux classes sociales IV et V (les classes socio-économiques inférieures étant sous-représentées aux États-Unis, en raison des coûts de traitement). Par ailleurs, des analyses de questionnaires démontrent plus de désaccords et plus de conflits conjugaux chez les parents de deux types de schizophrènes : ceux qui ont une pauvre personnalité prémorbide, et ceux qui sont hospitalisés de façon chronique. Ceci suggère que les problèmes des parents seraient plus l'effet que la cause de la maladie chez les schizophrènes (Farina et Holzberg 1967-68, Sharam 1966).

Une autre théorie bien connue, celle de Wynne (1958), a été élaborée à partir de l'observation de seulement quatre familles de schizophrènes, toutes admises dans une unité de soins psychiatriques. Dans cet échantillon restreint de familles, Wynne a constaté qu'on y déploie une énergie considérable afin de maintenir une «pseudo-mutualité» entre les membres. Toute divergence dans les idées ou les sentiments est perçue comme une menace à la stabilité des relations. Le prix payé pour cette «pseudo-mutualité» serait une communication intrafamiliale confuse, fragmentée, voire même «disloquée». Wynne postule un aspect acquis dans le comportement schizophrénique. Chez l'enfant prédisposé génétiquement, la difficulté à maintenir l'attention et à maîtriser la signification de ce qui est dit proviendrait d'une communication anormale entre ses parents; ceux-ci seraient incapables de poursuivre un but cohérent dans leurs propos. Wynne et son associé Singer ont mis douze ans (1958-1970) à établir un protocole d'études fort complexe pour étayer cette théorie de la communication. Les résultats de leurs études (1970) ont montré que les troubles de la communication sont plus fréquents chez les parents de schizophrènes que chez les parents de névrotiques et plus fréquents encore que chez les parents d'enfants normaux.

En Angleterre, Hirsch et Leff (1975) ont répété les dernières expériences de Wynne en utilisant une méthode plus rigoureuse, des critères diagnostiques plus conservateurs (signes schneideriens) et une cueillette de données à double insu (contrôle des variables démographiques, quotient intellectuel, personnalité prémorbide pairée). Ils confirment, avec moins d'éclat, que les parents de schizophrènes ont effectivement une communication peu claire, des propos vagues, tangentiels, confus; cependant, ce type de communication ne leur appartenait pas en propre. D'après leur étude, un tiers des parents de schizophrènes ont peu de «déviations de communication» alors qu'un tiers des parents de névrotiques en ont beaucoup. On entend par «déviation de communication» :

1. toute incapacité de partager un point de vue (discours fragmentaire, contradictoire, trop vague);
2. toute attitude de disqualification (remarque désobligeante ou critique, insensibilité aux remarques d'autrui);
3. tout comportement interférent (juron, remarque tangentielle ou inappropriée, humour, coq-à-l'âne);
4. tout recours à un langage particulier ou à une logique particulière (néologisme, euphémisme, prononciation incorrecte, contamination, condensation).

Les théories que nous avons décrites, basées sur l'étude des familles de schizophrènes, ne peuvent à elles seules expliquer pourquoi un enfant devient schizophrène quand ses frères et sœurs ne le deviennent pas. La double contrainte, le schisme conjugal, le biais conjugal et la pseudo-mutualité souffrent toutes d'un biais rétrospectif, les familles y étant étudiées après l'apparition de la schizophrénie. Elles ne peuvent infirmer l'hypothèse que les troubles de communication observés dans les familles de schizophrènes soient en partie secondaires à la maladie même du patient, ou encore, le signe du partage d'un patrimoine génétique d'expression variable.

## ÉTUDES GÉNÉTIQUES

Des études génétiques récentes ont cherché à distinguer la part d'inné et la part d'acquis dans l'apparition de la schizophrénie. Ces études englo-

bent les études dites familiales, les études de jumeaux et les études d'enfants adoptifs. Dans les études familiales, on examine la distribution des individus « atteints » dans les familles de patients schizophrènes.

Ces études n'ont pu distinguer clairement ce qui provient de l'hérédité de ce qui provient du milieu ambiant. Mais la plupart des chercheurs concluent à l'importance des facteurs génétiques, les enfants de parents schizophrènes étant dix fois plus atteints que les enfants de parents normaux (9,5 contre 1). Toutefois, dans ces études, la probabilité est inférieure aux proportions mendéliennes de transmission génétique, ce qui suppose l'intervention d'un autre type de transmission (transmission polygénétique ou caractère dominant à pénétrance variable).

Les études sur les jumeaux montrent avec beaucoup d'évidence l'importance du facteur génétique dans la transmission de la maladie. Les chercheurs ont étudié l'incidence de la schizophrénie chez des jumeaux monozygotes (sosies génétiques) et dizygotes (frères génétiques) évoluant dans leurs familles naturelles. Gottesman et Shields (1966) ont découvert une concordance d'environ 50% chez les jumeaux monozygotes de patients schizophrènes et une concordance de 10% chez les jumeaux dizygotes de patients schizophrènes. Toutefois, l'effet génétique prédisposant ne semble pas exclusif puisque les jumeaux monozygotes (qui ont le même bagage génétique) n'atteignent pas une concordance de 100%. Cette discordance de 50% suppose l'influence de facteurs non génétiques dans l'apparition de la maladie. S'il s'agit de facteurs environnementaux entourant des jumeaux identiques élevés dans la même famille, il y a tout lieu de croire que ces facteurs sont subtils et qu'il ne s'agit pas seulement d'une reproduction de modèle parental ou de type d'éducation. Il pourrait s'agir davantage de facteurs intra-familiaux multiples et en interaction.

D'autres études ont aussi porté sur des jumeaux séparés de leurs familles naturelles et élevés dans des milieux différents. Leur méthodologie et leurs critères diagnostiques ne sont pas suffisamment établis pour que l'on puisse tirer quelque conclusion valable en ce moment.

Enfin, les études sur les enfants adoptifs, abandonnés par leurs parents schizophrènes, ont donné

elles aussi des résultats intéressants. Ainsi, les études d'adoption menées conjointement par les Américains et les Danois (Kety, Rosenthal et Wender 1975) ont montré que les enfants de parents schizophrènes adoptés par des parents normaux sont plus souvent atteints de schizophrénie que :

1. les enfants de parents biologiques normaux et adoptés par des parents normaux ;
2. les enfants de parents biologiques normaux et adoptés par des parents qui ont manifesté ultérieurement des symptômes de schizophrénie.

On a remarqué, dans le deuxième cas, que les enfants qui n'ont pas de bagage génétique de schizophrénie ne semblent pas subir l'influence des troubles schizophréniformes de leurs parents adoptifs.

En conclusion, toutes ces études suggèrent que le taux d'incidence de la schizophrénie est influencé par le facteur génétique, indépendamment de variables environnementales telles que la schizophrénie des parents éducateurs ou les divers milieux d'éducation. Néanmoins, certains facteurs environnementaux exercent également une influence, quoiqu'on n'ait pas réussi encore à déterminer lesquels. Aucune étude ne nous permet actuellement d'affirmer qu'un type précis d'environnement familial favorise l'apparition de la maladie mais on ne peut certainement plus utiliser candidement le qualificatif «schizophrénogène» pour désigner la famille, la mère ou le père d'un individu atteint de schizophrénie.

## **FACTEURS FAMILIAUX PRÉDISPOSANT AUX RECHUTES**

Dans la dernière décennie, des chercheurs, britanniques pour la plupart, ont étudié l'influence qu'exerce la famille non pas sur l'apparition mais plutôt sur l'évolution de la schizophrénie.

Brown, Birley et Wing (1972) ont établi une relation directe entre un indice des émotions exprimées par les membres de la famille envers le patient schizophrène au moment de son admission et le taux de rechute de la maladie dans les neuf mois qui suivent le congé du patient. Cet indice des émotions a trois composantes, la première étant la plus importante :

1. le nombre de commentaires critiques de la famille à l'endroit du patient et de sa maladie ;

2. l'hostilité de la famille envers le patient ;
3. le trop grand engagement émotionnel des parents.

De cet indice, on distingua deux sortes de familles de patients schizophrènes : les familles à forte expression émotionnelle (FEE) et les familles à faible expression émotionnelle (fee). On a pu ainsi constater que le taux de rechute est quatre fois plus grand dans les familles à forte expression émotionnelle (FEE) que dans les familles à faible expression émotionnelle (fee) soit 59% contre 16%.

Les chercheurs ont également montré que l'usage des neuroleptiques et la diminution des rencontres «face à face» entre le patient et les membres de la famille à moins de 35 heures par semaine, protègent le patient.

L'étude de Brown, Birley et Wing fut reprise par Vaughn et Leff en 1976. On chercha alors à savoir si des patients souffrant de dépression sévère pouvaient exprimer autant de susceptibilité envers leur milieu familial que des patients schizophrènes. Il est apparu que les patients dépressifs étaient plus sensibles aux commentaires critiques des membres de la famille que les patients schizophrènes; par ailleurs, ils sont moins sensibles à l'hostilité et au trop grand engagement émotionnel que les schizophrènes. Dans cette étude où les déprimés constituaient le groupe contrôle, on mettait en évidence

qu'une protection spécifique était offerte aux schizophrènes vivant dans des familles à forte expression émotionnelle (FEE), par les neuroleptiques et par la réduction des communications face à face.

Vaughn (1980) nota que moins d'un tiers des commentaires critiques de la famille concernaient le comportement symptomatique du patient schizophrène; la majorité d'entre eux concernait les traits de personnalité qui caractérisent le patient depuis longtemps. Elle nota aussi que la relation entre le taux de rechute et la forte expression émotionnelle (FEE) ne dépendait pas du comportement récent du patient ou de ses antécédents de travail.

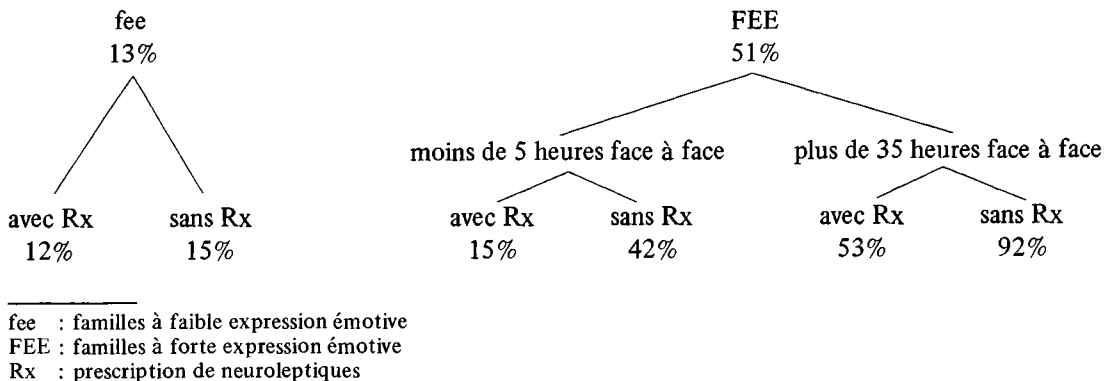
Les études de Vaughn et de ses collaborateurs recourent à un modèle réactionnel plutôt que causal et elles évitent de suggérer que les relations familiales soient à l'origine de l'apparition de la schizophrénie chez le patient.

La méthodologie des études axées sur l'évolution de la schizophrénie semble adéquate. On peut cependant leur reprocher d'ignorer la qualité de vie du schizophrène hors de l'hôpital; elles ne jugent en effet de la valeur de la thérapie et du bien-être du patient qu'à partir des critères de rechute et de réhospitalisation.

La compilation de ces deux études donne les résultats que l'on peut voir au tableau 1.

**TABLEAU 1**  
**Taux de rechute chez les patients schizophrènes**  
(après 9 mois de réinsertion sociale)

Total 128 patients



On remarque, dans ce tableau, que les neuroleptiques sont peu utiles aux patients faisant partie des «fee»; ils sont par contre très efficaces à réduire les rechutes des patients faisant partie des «FEE»,

particulièrement lorsqu'ils passent plus de 35 heures en face à face chaque semaine. Lorsque le suivi fut prolongé jusqu'à une période de deux ans (Vaughn, 1981), les neuroleptiques exercèrent un

effet prophylactique significatif même dans les familles à faible expression émotive (fee).

Ces dernières études ont des implications thérapeutiques, préventives et pratiques dont plusieurs ne sont pas nouvelles. Par exemple, le retrait plus ou moins brutal du patient de son milieu familial et l'utilisation d'un milieu thérapeutique (hôpital, centre de jour, milieu de travail, atelier protégé) diminuent les communications face à face entre le schizophrène et les membres de sa famille ainsi que l'expression des sentiments dont il est la cible. Jusqu'à maintenant, les efforts thérapeutiques ont surtout mis l'accent sur la nécessité d'une distance sociale et physique entre le schizophrène et sa famille. Une vision plus globale d'une part pourrait tenter de diminuer les rechutes dues aux attitudes désobligeantes dans les familles du groupe (FEE), et d'autre part aider le schizophrène à modifier ses comportements les plus susceptibles d'induire des critiques autour de lui.

### L'APPROCHE PSYCHO-ÉDUCATIVE

Lors du dernier congrès sur la schizophrénie tenu à Montréal (1980), Hogarty (Anderson, Hogarty, Reiss, 1980) proposa une approche «psycho-éducative» de la famille du schizophrène. Son approche, très structurée, supportive, vise à diminuer les rechutes du patient et l'intensité des émotions exprimées par les membres de la famille. Elle s'appuie sur l'hypothèse que toute surstimulation est nuisible au patient et prédispose aux rechutes. Hogarty considère la famille comme une ressource primaire, un allié indispensable au patient; il cherche à lui donner tout le support et toutes les informations nécessaires. Son approche tâche de diminuer l'anxiété de la famille face au patient et d'augmenter la confiance de ses membres quant à leur aptitude à comprendre le schizophrène et à réagir adéquatement face à lui.

Hogarty propose quatre objectifs de base :

1. augmenter la compréhension de la maladie quant à sa pathogénèse, à son évolution et à sa symptomatologie, et fournir les réponses les plus appropriées;
2. diminuer le stress familial en apportant tout le support nécessaire et aider à l'élaboration de modes d'action cohérents face au patient;
3. favoriser le recours à des ressources extérieures à la famille afin de réduire la trop forte expression émotive à laquelle elle est exposée lorsqu'elle est isolée et sans exutoire;
4. à plus long terme, diminuer le stress familial en s'attaquant à certains problèmes particuliers à la famille (conflits conjugaux, deuils pathologiques, etc.).

### CONCLUSION

Nous avons fait un tour d'horizon des différentes études qui, dans la seconde moitié de notre siècle, ont été faites sur la famille du schizophrène. Les premières études, plus descriptives, cherchaient à établir l'étiologie de la schizophrénie; elles identifiaient la famille comme étant une des principales causes de la maladie. Par la suite, le raffinement de la méthodologie et l'apport des études génétiques ont amené les chercheurs à considérer la famille d'un point de vue différent. La famille apparaît désormais comme un facteur important mais elle est liée aux facteurs environnementaux subtils et complexes qui restent encore à déterminer. Les chercheurs tendent maintenant à privilégier une approche qui permette à la famille de jouer un rôle actif face à l'évolution de la maladie. On perçoit de plus en plus la famille comme une alliée potentielle du malade et on s'efforce de l'associer au traitement. C'est du moins le but poursuivi par les tenants de l'approche psycho-éducative, et les résultats thérapeutiques semblent, à l'heure actuelle, des plus encourageants.

### RÉFÉRENCES

- ANDERSON, C.M., HOGARTY, C.E., REISS, D.J., 1980, Family treatment of adult schizophrenic patient : A Psycho-Education Approach, *Schizophrenia Bulletin*, 6 (3), p. 490-505.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J., 1956, Toward a theory of schizophrenia, *Behavioral Sciences*, 1, p. 251-264.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.H., 1972, The influence of family life on the course of disorders. A replication, *British Journal of Psychology*, 121, p. 241-258.
- CAPUTO, D.V., 1963, The Parents of the schizophrenic, *Family Process*, 2, p. 339-356.
- CASSOU, B., SCHIFF, M., STEWART, J., 1980, Génétique et schizophrénie : réévaluation d'un consensus, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. XXIII, 1, p. 87-201.

- FARINA, A., HOLZBERG, J.D., 1967, Attitudes and behaviour of fathers and mothers of male schizophrenic patients, *J. Abnorm. Psychol.*, 72, p. 381-387.
- FARINA, A., HOLZBERG, J.D., 1968, Interaction patterns of parents and hospitalized sons diagnosed as schizophrenic or nonschizophrenic, *J. Abnorm. Psychol.*, 73, p. 114-118.
- FERREIRA, A.J., 1963, Decision-making in normal and pathologic families, *Arch. gen. Psychiat.*, 8, p. 68-73.
- FROMM-REICHMANN, F., 1948, Notes on development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry*, II, p. 263-273.
- GOTTESMAN, I.I., SHIELDS, J., 1966, Schizophrenia in twins : sixteen years consecutive admissions to a psychiatric clinic, *Brit. J. Psychiatry*, 112, p. 809-818.
- HAJDU-GAINES, L., 1940, Contributions to the etiology of schizophrenia, *Psychoanalytic Review*, 27, p. 421-438.
- HIRSCH, S.R., LEFF, J.P., 1975, *Abnormalities in the parents of schizophrenics*, London, Oxford University Press.
- KETY, S.S., ROSENTHAL, D., WENDER, P.H., SCHUBINGER, F., JACOBSEN, B., 1975, Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic : a preliminary report based on psychiatric interviews, in Fieve, R., Rosenthal, D., Brill, H. (ed) : *Genetic Research in Psychiatry*, Baltimore, John Hopkins Press Publisher, p. 147-165.
- KOHN, M.L., 1968, Social class and Schizophrenia : A critical and a reformulation, in Rosenthal, D., and Kety, S., *The Transmission of Schizophrenia*, Oxford.
- LIDZ, T., CORNELISON, A., TERRY, D., FLEEX, S., 1957, The Intrafamilial environment of the schizophrenic patient : 11. Marital schism and marital skew., *Amer. J. Psychiatry*, 114, p. 241-248.
- LIDZ, T., CORNELISON, A., TERRY, D., FLEEX, S., 1958, Intrafamilial environment of irrationality, *Arch. Neurol. & Psychiatry*, 79 (6), p. 304-316.
- LIDZ, T., 1967, The family, personality, development, and schizophrenia in the origins of schizophrenia, *Excerpta Medica International Congress Series*, 151.
- SHARAM, S.N., 1966, Family interaction with schizophrenics and their siblings, *J. Abnorm. Psychol.*, 71, p. 345-353.
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P., 1976, The influence of family and social factors on the cause of psychiatric illness, *Brit. J. Psychiatry*, 129, p. 125-137.
- VAUGHN, C., LEFF, J., 1980, The Interaction of Life Events and Relatives Expressed Emotion in Schizophrenia and Depressive Neurosis., *Brit. J. Psychiat.*, 136, p. 146-153.
- VAUGHN, C., LEFF, J., 1981, The Role of Maintenance Therapy and Relatives Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia : a two-year follow-up, *Brit. J. Psychiat.*, 139, p. 102-104.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D., 1967, *Pragmatics of human communication : a study of interaction patterns, pathologies and paradoxes*, New York, W.W. Norton.
- WENDER, P.H., ROSENTHAL, D., KETY, S.S., SCHULSINGER, F., WELNER, J., 1974, Crossfostering : A research strategy for clarifying the role of genetic and experiential factors in the etiology of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 30, p. 121-128.
- WYNNE, L.C., RYCKOFF, I., DAY, J., HIRSCH, S., 1958, Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics, *Psychiatry*, 21, p. 205-220.
- WYNNE, L.C., 1970, Communication disorders and the quest for relatedness in the families of schizophrenics, *Amer. J. Psychiatry*, 30 (2), p. 100-114.

#### SUMMARY

We have presented an overview of the different studies of the family of the schizophrenic completed in the second half of this century. The first studies, of a more descriptive nature, sought to establish the aetiology of schizophrenia; they identified the family as one of the principal causes of the illness. Subsequently, methodological refinements and the contribution of genetic research have brought researchers to consider the family from a different perspective. From that point on, the family appears as an important factor, but it is linked to subtle and complex environmental factors which remain to be determined. Researchers now tend to favour an approach which permits the family to play an active role in relation to the evolution of the illness. The family is perceived more and more as a potential ally of the affected person and efforts are made to incorporate it in the treatment. This is, at least, the goal sought by proponents of the psycho-educational approach, and the therapeutic results appear to be most encouraging at the present time.