

Sens et contexte dans l'étude des problèmes psychiatriques : à la recherche de nouveaux modèles

**Ellen Corin
Cécile Rousseau**

Des études récentes ont attiré l'attention sur l'importance du contexte culturel et sur le rôle des significations et des valeurs dans la genèse et l'évolution des problèmes psychiatriques. Elles montrent la nécessité de mettre au point de nouvelles approches plus sensibles pour intégrer la complexité des manifestations psychiatriques amplifiée par les différences de culture ; il faudrait utiliser une pluralité de méthodes et de perspectives et développer de nouveaux modes d'intervention. Deux grands domaines sont décrits, apparemment très éloignés par leur étiologie : les traumatismes de guerre chez les réfugiés, qui affectent des communautés entières et dépendent de façon majeure de l'environnement ; la schizophrénie dans laquelle, au contraire, le poids des contraintes biologiques, individuelles et familiales, paraît particulièrement grand. L'application à des populations de cultures différentes de concepts forgés essentiellement en Occident montre souvent leur inadéquation et souligne, par conséquent, la nécessité d'élargir les modèles de recherche actuels.

ADRESSES

E. Corin : *professeur agrégé*. Départements de psychiatrie et d'anthropologie, Université McGill, hôpital Douglas, unité de recherche psychosociale, 6875, boulevard LaSalle, Verdun, Québec, H4H 1R3 Canada. C. Rousseau : *professeur adjoint*. Département de psychiatrie, Université McGill, hôpital de Montréal pour enfants, Département de psychiatrie, 4018, rue Ste-Catherine-Ouest, Montréal, Québec, H3Z 1P2 Canada.

En parallèle aux développements importants qu'a connus la recherche biomédicale en psychiatrie au cours des dernières années, de nombreuses études ont cherché à cerner les variables psychosociales et liées à l'environnement associées à la genèse et à l'évolution des problèmes psychiatriques. Les travaux en psy-

chiatrie transculturelle présentent ici un intérêt particulier dans la mesure où ils obligent à repenser et à élargir la notion de contexte dans la recherche psychiatrique.

Si les études comparatives permettent d'identifier des différences interculturelles dans la prévalence ou l'évolution de certains problèmes psychiatriques, elles montrent aussi

RÉFÉRENCES

1. Kinzie JD, Boehnlein JK, Leung PK, *et al.* The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatr* 1990; 14: 913-7.
 2. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatr* 1995; 152: 1705-13.
 3. Solkoff N. Children of survivors of the Nazi Holocaust: a critical review of the literature. *Am J Orthopsychiatr* 1992; 62: 342-58.
 4. Basoglu M. Behavioural and cognitive approach in the treatment of torture-related psychological problems. In: Basoglu M, eds. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 527.
 5. McIvor RJ, Turner SW. Assessment and treatment approaches for survivors of torture. *Br J Psychiatr* 1995; 166: 705-11.
 6. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, *et al.* The Harvard trauma questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and post-traumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 111-6.
 7. Eisenbruch M. From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med* 1991; 33: 673-80.
 8. Rechtman R. L'apparition des ancêtres et des défunts dans les expériences traumatiques: introduction à une ethnographie clinique chez les réfugiés cambodgiens. *Cah Anthropol Biometr Hum* 1992; 10: 1-19.
 9. Gordon D, Edelman L, *et al.* Torture in Argentina. In: Basoglu M, ed. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 527.
 10. Becker D, Lira E, *et al.* Therapy with victims of political repression in Chile: the challenge of social reparation. *J Soc Issues* 1990; 46: 133-9.
- la nécessité de chercher à comprendre ce qui est en jeu dans ces différences. Elles font ressortir la complexité de la notion de culture qui inclut un ensemble de significations, de valeurs, de représentations qui peuvent contribuer à dramatiser ou à atténuer l'influence de certains événements et qui se trouvent mobilisées de diverses manières par les personnes et les communautés confrontées à des problèmes impliquant la santé mentale.
- Pour illustrer ces nouvelles perspectives de recherche et leur intérêt, nous allons centrer notre propos sur deux grands domaines qui ont fait récemment l'objet de recherches interculturelles importantes qui amènent à se questionner sur la façon dont la culture vient moduler des processus et des réactions de portée plus universelle. Leur objet est apparemment très différent: les traumatismes de guerre chez les réfugiés, qui concernent un phénomène affectant des communautés entières et où l'action de forces liées à l'environnement domine la scène étiologique; la schizophrénie où le poids des facteurs individuels et familiaux paraît particulièrement important. Ces deux domaines illustrent chacun les limites rencontrées par les modèles de recherche dominants quand on étudie d'autres cultures; ils montrent aussi la façon dont les chercheurs se sont vus obligés de tenir compte des dimensions de signification et de contexte pour rendre compte de leurs données. Le fait que ces deux ensembles de travaux qui apparaissent très contrastés se rejoignent dans leurs conclusions essentielles nous a paru particulièrement intéressant et susceptible de mettre en évidence l'importance des défis qui se posent plus généralement à la recherche psychiatrique, en particulier à une époque où les sociétés occidentales elles-mêmes sont de plus en plus traversées par les différences culturelles.

L'aspect déterminant du contexte: les traumatismes de guerre chez les réfugiés

Les recherches entourant les conséquences de traumatismes secondaires à des guerres (ou à des conflits

armés) font l'objet d'un ensemble de travaux transculturels stimulés par le fait que les situations de guerre ont une dimension à la fois locale et internationale.

Ces travaux se sont d'abord développés dans le cadre d'un souci de comprendre l'impact sociologique de la guerre du Viet-Nam dans la société américaine et en réponse à la nécessité de redéfinir les conséquences de la violence d'origine humaine interne aux sociétés occidentales. L'effort de reconceptualisation des conséquences traumatiques s'est cristallisé autour de la création d'une catégorie diagnostique – le syndrome de *stress* post-traumatique (SSPT) – qui a trouvé place dans les grandes nosologies psychiatriques. Les recherches sur les conséquences des traumatismes se sont poursuivies à trois niveaux principaux.

A un premier niveau, les travaux se sont centrés sur la description phénoménologique des symptômes associés à la réponse traumatique. Cela a permis de mettre en lumière l'importance des phénomènes traumatiques, jusqu'à alors sous-estimés, aussi bien au niveau des populations vivant en paix qu'à celui de collectivités touchées par la guerre. De multiples études ont mis en évidence la présence de SSPT dans des communautés réfugiées [1]; d'autres ont amené à formuler l'hypothèse d'une transmission transgénérationnelle des traumatismes. La reconnaissance de l'importance des phénomènes traumatiques au niveau de la recherche s'est développée parallèlement à la notion de « victimisation » qui établit une équivalence entre événement traumatique et maladie chez l'individu qui le subit. La validité de ce postulat a cependant été remise en cause. Dans le cadre d'une revue des travaux sur le SSPT, Yehuda et McFarlane [2] ont relevé que, globalement, à peine 20 % des personnes ayant subi des traumatismes présentent un SSPT; ils soulignent la nécessité de revoir les bases conceptuelles sur lesquelles repose cette catégorie diagnostique. Solkoff [3] s'en prend à la pathologisation des personnes et familles dans les travaux sur les enfants des survivants de l'holocauste, indiquant que rien, dans les travaux épidémiologiques, n'appuie sérieusement l'hypothèse d'une inci-

dence accrue de psychopathologie dans ce groupe.

A un second niveau, l'homogénéisation des catégories permettant de cerner les conséquences traumatiques a permis d'établir des parallèles entre des groupes ayant vécu des expériences traumatiques diverses et de chercher à élaborer des modèles explicatifs de portée générale. Dans le cas des populations réfugiées, l'utilisation d'instruments communs dans les contextes les plus divers a amené à reconnaître l'influence de la spécificité culturelle et contextuelle des populations étudiées [4, 5]. Certains auteurs ont ainsi été amenés à développer des instruments adaptés à un contexte spécifique, comme le *Harvard Trauma Questionnaire* [6]. Toutefois, dans ces travaux, la culture et le contexte demeurent souvent approchés comme des variables simples et leur prise en compte ne débouche pas sur un questionnement méthodologique plus profond, ni pour la mesure des problèmes psychiatriques, ni pour l'opérationnalisation des variables de risque et de protection dans ces populations.

La recherche sur les conséquences des traumatismes chez les personnes ayant vécu des situations de guerre s'est aussi effectuée à un troisième niveau, celui des modèles thérapeutiques. De façon générale, ce sont les approches cognitives, telles qu'elles ont été développées en Occident, qui dominent la littérature [4]. Dans ce cas particulier, elles sont fondées sur les notions d'exposition et de recadrage; elles agiraient essentiellement au niveau des processus d'attribution de sens, perçus comme devant permettre d'intégrer l'expérience traumatique [4]. Malgré l'engouement pour ces approches en Amérique du Nord, peu d'études ont évalué leur pertinence pour des populations réfugiées ayant vécu des traumatismes de guerre. Le modèle cognitif qui les sous-tend présente l'intérêt d'amener au premier plan la question du sens des traumatismes; il suscite cependant aussi des questions quant à la possibilité, pour les thérapeutes et les chercheurs, de donner un sens objectif à des événements vécus par des personnes et des groupes possédant un cadre de référence très différent du leur.



Figure 1. **Une refiguration culturelle de l'expérience: danse d'initiation dans un groupe thérapeutique de possession par les esprits Mpombo à Kinshasa (Zaire).**

On peut donc dire que la recherche sur les conséquences des traumatismes a connu globalement un élargissement de perspectives. Toutefois, le fait d'appliquer à des populations de cultures différentes des concepts forgés essentiellement en Occident soulève certaines questions. L'examen attentif de certains travaux empiriques, de nature clinique, anthropologique ou épidémiologique, portant sur des populations de réfugiés ayant subi des traumatismes, conduit à nuancer certains des pré-supposés qui sous-tendent la manière de concevoir la réponse traumatique. Un premier ensemble de travaux remet en question une approche purement phénoménologique des symptômes post-traumatiques en introduisant l'idée que les symptômes peuvent être porteurs de sens et qu'ils ne doivent pas toujours être la cible de l'intervention. Dans des études de nature clinique et ethnographique auprès de réfugiés cambodgiens, Eisenbruch [7] et Reichtman [8] observent que les cauchemars sont fréquemment considérés comme un retour des personnes qui sont mortes sans que l'on ait pu procéder aux rituels funéraires appropriés. Ce lien à des proches perdus n'est pas perçu comme pathologique et c'est au contraire le fait que ce « symptôme » disparaisse

qui peut être perçu comme interrompant le processus de deuil. En Argentine, le fait que les mères de la Place de Mai revendiquent un droit à la douleur du deuil impossible de leurs enfants « disparus » semble bien être un élément structurant de leur vie et de celle de leurs proches [9]. Le refus de faire le deuil contribue à donner un sens politique aux « disparitions », sens qui permet d'échapper à un sentiment d'absurdité. Dans ce type de contexte, une approche thérapeutique qui viserait à faire disparaître les symptômes peut provoquer des troubles encore plus importants, en désorganisant les stratégies d'attribution de sens élaborées collectivement. En outre, en associant les signes pathologiques à l'individu plutôt qu'au contexte, elle risque de provoquer une répétition traumatique dans laquelle le fait que l'individu se voit désigné comme porteur de déviance (maladie) ferait écho à sa désignation comme porteur de déviance sociale aux yeux de ses persécuteurs [10].

Un deuxième ensemble de recherches suggère que l'impact des facteurs traditionnellement perçus comme constituant un risque ou une protection (soutien social, acculturation, etc.), varie considérablement en fonction du contexte [11]. Même une variable comme le traumatisme

RÉFÉRENCES

11. Rousseau C. The mental health of refugee children. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1995; 32: 299-331.
 12. Rousseau C, Drapeau A, Corin E. Influence of culture and context on pre- and post-migratory experience of school age refugee children. *Soc Sci Med* 1997 (sous presse).
 13. Rousseau C, Dirié MST, Gagné MJ, Bibeau G. Between myth and madness, dreaming the departure. Premigratory period for young Somali refugee. *Cult Med Psychiatr* 1997 (sous presse).
 14. Baker AM. The psychological impact of the intifada on Palestinian children in the occupied West Bank and Gaza: an exploratory study. *Am J Orthopsychiatr* 1990; 60: 496-505.
 15. Nuechterlein KH, Dawson ME, Gitlin M, Ventura J, et al. Developmental processes in schizophrenic disorders: Longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bull* 1992; 18: 387-425.
 16. Kanter J, Lamb HR, Loeper C. Expressed emotion in families: A critical review. *Hosp Community Psych* 1987; 38: 374-80.
 17. Koenigsberg HW, Handley R. Expressed emotion: from predictive index to clinical construct. *Am J Psychiatr* 1986; 143: 1361-73.
 18. King S, Dixon M. Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenia Res* 1995; 14: 121-32.
 19. King S, Dixon M. The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom-type on the social adjustment of schizophrenic young adult. *Arch Gen Psychiatr* 1997 (sous presse).
 20. Spiegel D, Wissler T. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *Am J Psychiatr* 1986; 143: 56-60.
 21. Birchwood M, Cochrane R. Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med* 1990; 20: 857-65.
 22. Erickson DH, Beiser M, Iacono WG, Fleming JAE, et al. The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Am J Psychiatr* 1989; 146: 1456-61.
- ne peut être considérée comme ayant universellement une signification négative; il faut chercher à comprendre pourquoi, dans certaines conditions, des événements dramatiques renforcent la résistance individuelle et sont la source de stratégies de vie exceptionnelles au niveau des descendants [3]. La plupart des facteurs associés à une situation de guerre doivent donc être conçus de façon dynamique dans leur interaction avec d'autres variables contextuelles et culturelles [12]. Enfin, un troisième groupe d'études met en évidence l'existence d'une construction collective du sens, son importance et son rôle potentiel sur le plan thérapeutique. Le sens attribué collectivement à une situation traumatique peut permettre aux individus qui la subissent d'avoir recours à des stratégies personnelles acceptables par leur communauté et d'avoir accès au soutien réel ou symbolique de leur groupe d'appartenance (figure 1). Une étude ethnographique auprès de jeunes réfugiés somaliens qui ont dû fuir la guerre seuls, montre qu'ils reconstruisent leur expérience autour des significations traditionnellement associées, dans une société nomade, au voyage et à l'envoi de jeunes comme émissaires. Contrairement à d'autres groupes de jeunes réfugiés non accompagnés, ils semblent relativement protégés sur le plan psychique, malgré les pertes massives qui accompagnent un tel exode [13]. Dans le même ordre d'idée, certains auteurs [14] suggèrent que le fait de participer directement à un conflit armé peut engendrer moins de problèmes psychiques chez des enfants et des adolescents que l'adoption d'une position passive, en raison des significations collectives associées à cette participation. La nécessité de restaurer des liens dans un univers fragmenté par la guerre pousse les réfugiés, leur famille et le groupe social à travailler ensemble à la création d'un sens partagé qui rende compte des nombreuses ruptures qu'ils ont vécues. Même si elles demandent encore à être confirmées, ces observations concernant l'attribution collective d'un sens conduisent à repenser les principes sur lesquels repose l'efficacité des approches cognitives dans les sociétés occidentales et à les concevoir comme une modalité particulière de travail concernant la convergence du sens; dans le cas des thérapies cognitives, c'est toutefois le thérapeute qui incarne le «sens commun» qui doit être réattribué à l'événement traumatique. On peut penser que plus le fossé culturel entre le thérapeute et le patient est grand, plus risquent de surgir des problèmes s'il y a assignation d'un sens à partir d'une perspective extérieure qui tient peu compte des significations collectives et de leur rôle protecteur éventuel. Cette relation qui existe entre les processus individuels et collectifs de construction du sens paraît jouer un rôle capital dans la résistance exceptionnelle dont font preuve certaines personnes placées dans des circonstances susceptibles d'affecter gravement la majorité des gens; cette résistance est désignée communément par le terme de *resilience*. Il faudrait pouvoir en approfondir l'étude et trouver les moyens de la rendre opérationnelle afin de mieux comprendre son rôle et d'en tenir compte dans la mise en place de nouvelles approches thérapeutiques.

Sens et contexte dans l'évolution de la schizophrénie

Contrairement aux traumatismes de guerre, où les variables de contexte sont incluses dans la définition même des problèmes, la schizophrénie est généralement considérée comme située essentiellement au niveau des individus; elle a longtemps été perçue comme ayant un cours essentiellement chronique, avec détérioration progressive, ce qui laisse peu de place à l'influence de variables de contexte. Au cours des dernières années, cependant, une série d'études à long terme sur l'évolution de patients ayant reçu le diagnostic de schizophrènes a attiré l'attention sur l'importance des différences interindividuelles et a incité les chercheurs à examiner la manière dont une gamme plus large de variables contribuent à modeler cette évolution. En parallèle, un ensemble de travaux effectués par l'Organisation mondiale de la santé a confirmé l'idée que le cours de la schizophrénie est globalement plus positif dans les pays en développement, forçant

ainsi à s'interroger sur les variables de contexte impliquées.

Un des modèles dominants dans la recherche sur la schizophrénie postule l'existence, chez les personnes schizophrènes, d'une vulnérabilité de base, neurobiologique et neurocognitive, qui rendrait les personnes plus susceptibles à l'action de facteurs de risque ou de protection situés au niveau de l'environnement ou de la personne elle-même et qui pourraient influencer l'évolution des problèmes. Cette approche est généralement connue sous le nom de « modèle de vulnérabilité-stress » de la schizophrénie [15]. Si elle a conduit à réintroduire des variables de contexte dans les études sur la schizophrénie, elle a en même temps révélé les limites d'une opérationnalisation objectivante des facteurs impliqués et indiqué la nécessité de réinclure des aspects de signification et de contexte dans notre compréhension des processus en jeu.

Du côté des facteurs de risque, la majorité des travaux se sont centrés sur l'environnement familial. Ce dernier a cependant essentiellement été étudié à partir de la notion d'émotion exprimée (EE) qui permet de décrire les attitudes émotionnelles des proches à l'égard du patient, à partir du *Camberwell Family Interview**. La valeur prédictive des EE par rapport à la rechute a été attestée de manière répétée mais cette première vague de travaux a eu parallèlement comme effet de limiter étroitement la compréhension des processus en jeu au niveau des familles. La presque totalité des études se centrent en fait sur deux types d'EE, les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle, considérés comme fac-

teurs de risque et qui sont la cible de programmes de psychoéducation auprès des familles.

Des travaux plus récents mettent, par ailleurs, en garde contre la tentation de considérer les EE comme des entités en soi; elles renverraient, en fait, à un ensemble plus large de significations, de valeurs et de stratégies [16, 17]. Ainsi, les EE feraient partie de stratégies plus globales que développent les familles pour faire face aux comportements du patient, reflétant ainsi les attentes et inquiétudes à son égard. Elles varient en fonction des caractéristiques morbides et prémorbides des patients, du sens que leur attribuent les membres de la famille et de la façon dont ces derniers parviennent à adapter leurs attentes à l'égard des patients. Dans nos sociétés, les symptômes négatifs et des comportements de retrait semblent ainsi particulièrement difficiles à supporter pour les familles qui ont plus de mal à les attribuer à des problèmes psychiatriques que ce n'est le cas pour les symptômes positifs; ce qui semble dominer est le sentiment d'une « violation de règle passive » lorsque le patient n'accomplit pas les comportements que l'on attendait de lui.

De manière plus fondamentale, on a mis en doute la légitimité d'attribuer une signification univoque à une émotion particulière. Ainsi, selon les cas, un faible niveau de surimplication émotionnelle peut renvoyer aussi bien à une attitude de négligence et de rejet qu'à un détachement approprié; un niveau élevé de critique accompagné du fait de poser des limites pourrait aider un patient à contrôler ses symptômes autant qu'il pourrait les aggraver. Dans une recherche effectuée à Montréal, King et Dixon [18] ont montré que si le niveau de gravité des symptômes est maintenu constant, une attitude de surimplication émotionnelle est associée à une meilleure adaptation sociale. Ils rejoignent d'autres auteurs en soulignant que l'on ne peut considérer la rechute et l'augmentation des symptômes positifs comme les seuls indicateurs de l'évolution.

Par ailleurs, on a relevé que les EE ne représentent qu'un aspect particulier des rapports dans la famille et qu'elles sont loin de résumer

l'influence des dynamiques familiales sur l'évolution des problèmes. Des mesures plus globales de l'atmosphère dans la famille font ressortir le rôle protecteur de certaines modalités d'expression et de partage des émotions ainsi que celui de la cohésion [19, 20]. Des instruments élaborés sur la base d'entrevues semi-structurées permettent de décrire les styles de stratégies développées par les familles face aux comportements du patient [21].

L'étude des facteurs de protection a progressé plus lentement. Sur le plan de l'environnement social, ce sont les études sur le soutien social qui ont mobilisé l'attention. Des travaux récents conduisent cependant à mettre en cause le postulat selon lequel « le plus de soutien, le mieux » et invitent à s'interroger sur la signification de la notion de soutien social pour des personnes souffrant de schizophrénie. Une étude prospective réalisée avec des patients en premier épisode de schizophrénie et de psychose affective [22] indique que les caractéristiques des relations sociales associées à l'évolution sociale varient selon les groupes diagnostiques. Pour les patients schizophrènes, cette évolution est associée négativement au nombre de membres de la famille et positivement à l'accès à des « connaissances » plutôt qu'à des amis. Cela rejoint les postulats des travaux sur les EE quant à la vulnérabilité des patients schizophrènes à des interactions familiales trop chargées émotionnellement ainsi que les études qui suggèrent l'importance de stratégies de retrait pour des patients schizophrènes [23], ce qui invite à repenser la signification même de la notion de protection dans ce contexte.

Du côté des facteurs individuels de protection, les études se sont centrées sur les stratégies d'affrontement (*coping*) des patients. La majorité des travaux décrivent les stratégies élaborées pour faire face aux symptômes mais les résultats mettent davantage en relief la position active des patients face à leurs symptômes que le rapport entre stratégies et évolution. Parmi les exceptions, l'étude de Böker *et al.* [24] sur des patients schizophrènes et des membres de leur famille caractérisés comme vulnérables et non vulnérables, indique le

* Les données sont recueillies par le biais d'une entrevue au cours de laquelle on demande à un membre de la famille de parler du patient et de la manière dont ses problèmes affectent différents aspects de la vie familiale. La codification est faite en fonction de cinq échelles: le nombre de commentaires critiques, la surimplication émotionnelle, l'hostilité, le nombre de remarques positives concernant le patient et une attitude générale de chaleur à son égard. Trois de ces échelles se sont avérées significativement associées à la rechute: la surimplication émotionnelle, les commentaires critiques et l'hostilité, ces deux dernières étant considérées comme redondantes.

RÉFÉRENCES

23. Corin E. Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the life-world of schizophrenics. *Cult Med Psychiatr* 1990; 14: 153-88.
24. Böker W, Brenner HD, Würzler S. Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. *Br J Psychiatr* 1989; 155 (suppl 5): 128-35.
25. Wiedl KH. Assessment of coping with schizophrenia. Stressors, appraisals, and coping behaviour. *Brit J Psychiatr* 1992; 161 (suppl 18): 114-22.
26. Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding CM. The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *Am J Psychiatr* 1985; 142: 289-96.
27. Murphy HBM. *Comparative psychiatry. The international and intercultural distribution of Mental Illness*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
28. Leff J, Wig NN, Bedi H, Menon DK, et al. Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two-year follow-up of a first-contact sample. *Br J Psychiatr* 1990; 156: 351-6.
29. Jenkins JH, Karno M. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatr* 1992; 149: 9-21.
30. Kirmayer LJ, Corin E. Inside knowledge: cultural constructions of insight in psychosis. In: Amador X, David A, eds. *Insight in psychosis*. Oxford: Oxford University Press, 1997 (sous presse).
31. Fabrega H Jr. The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophrenia Bull* 1989; 15: 277-90.
32. Good BJ. Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power. *Cult Med Psychiatr* 1996; 20: 127-32.
33. Andreasen NC. Changing concepts of schizophrenia and the ahistorical fallacy. *Am J Psychiatr* 1994; 151: 1405-7.
34. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H Jr, et al. *The place of culture in DSM-IV*. San Diego: NIMH Conference on Culture, Diagnosis and Care, 1995, February.
- rôle autoprotecteur des stratégies pour faire face à des déficits de base, par rapport à l'évolution vers une décompensation ou une restabilisation. Wiedl [25] élargit l'étude de ces stratégies en s'intéressant à ce qui les sous-tend, sur le plan cognitif, du côté du patient.
- D'autres auteurs ont abordé la notion de stratégie dans une perspective plus large qui cherche à saisir comment l'évolution des problèmes est intimement liée à la manière dont les personnes parviennent à réarticuler leur expérience personnelle et aux modalités de rapport qu'elles élaborent avec leur environnement. Strauss et al. [26] ont ainsi identifié un certain nombre de principes longitudinaux et de phases permettant de rendre compte de l'évolution non linéaire des problèmes en fonction des interactions avec l'environnement. De son côté, Corin [23] a décrit une position globale de « retrait positif », associée au maintien dans la communauté et qui se manifeste par un retrait, assumé autant que subi, sur le plan des investissements aussi bien que des comportements, dans le domaine des relations familiales et sociales et des rôles sociaux. Cette position est associée de manière caractéristique à un rapport quasi ritualisé à l'espace social via la fréquentation de lieux publics où les personnes se situent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur d'un champ relationnel; elle met aussi souvent en jeu la possibilité d'utiliser et de réinterpréter des repères symboliques de type religieux.
- Les recherches passées et récentes sur l'évolution de la schizophrénie dans différentes cultures confirment l'hétérogénéité de son cours et indiquent que les variables familiales, interpersonnelles et personnelles examinées doivent être replacées dans un contexte culturel et social plus large qui affecte leur signification. De façon générale, ces études indiquent un meilleur pronostic dans les pays en développement [27]. Les données révèlent le peu de valeur prédictive des facteurs pronostiques connus, de même que la limite des EE quant à l'explication des différences observées. De façon générale, les taux d'EE mesurés en Inde sont nettement inférieurs à ceux observés en Occident et seule l'hostilité se révèle prédictive de l'évolution des problèmes. On observe aussi des différences évoquant le fait que la notion même d'EE demande à être revue: les ententes ne traduisent pas de surimplication émotionnelle, l'hostilité n'est pas associée aux commentaires critiques et les EE mesurées lors du suivi manifestent une baisse beaucoup plus considérable que ce qui a été observé aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Les auteurs en concluent à la nécessité de mieux comprendre comment est structuré l'univers émotionnel dans la culture indienne, ainsi que les modalités d'expression des émotions et les règles présidant aux interactions familiales [28]. Dans leur revue des recherches interculturelles sur les EE, Jenkins et Karno [29] soulignent aussi le rôle des attentes normatives, particulièrement quant aux comportements qui suscitent la critique des proches, et celui des façons d'interpréter les symptômes: la culture traverse de part en part le champ des EE et ces dernières ne peuvent être considérées comme des variables auto-explicatives.
- De façon plus générale, les recherches interculturelles montrent que les réactions familiales sont influencées par des facteurs sociaux plus larges qui incluent la structure de la famille et son environnement social, le degré de flexibilité des attentes et des rôles sociaux, ainsi que les modes d'organisation du travail. Elles dépendent aussi du degré plus général de tolérance face aux maladies mentales et de la manière d'interpréter ces dernières. Il faudrait aussi pouvoir tenir compte du rôle de relais que peuvent jouer d'autres structures que la famille, qu'il s'agisse de temples, de groupes religieux ou de groupes d'entraide.
- On peut penser que des facteurs culturels similaires influencent la façon dont la personne elle-même interprète son expérience et y réagit ainsi que sa capacité de l'intégrer à sa propre vie [30]. Fabrega [31] rappelle que, par définition, la schizophrénie affecte la perception et la cognition et met en cause l'identité et le fonctionnement social. La façon dont différentes cultures définissent les limites du sujet, l'image de soi, et les projets de vie ont ainsi toutes les

chances d'affecter l'expérience personnelle de la schizophrénie aussi bien que les réactions de l'entourage et, par ce biais, l'évolution prévisible des problèmes.

Conclusion : la dimension culturelle des problèmes psychiatriques

Ainsi donc, tant dans le cas de problèmes essentiellement reliés à des facteurs d'environnement traumatiques que dans celui de l'une des formes majeures de psychose, on voit que les études interculturelles viennent confirmer et accentuer davantage le rôle des significations et valeurs dans la genèse et l'évolution des problèmes psychiatriques. Elles font, en outre, ressortir le rôle d'un contexte collectif plus large et la façon dont les processus à l'œuvre dans les communautés, les familles, les individus sont étroitement interreliés. Les variables dont l'étude tend à dominer la recherche classique, comme le « trauma » ou les « émotions exprimées », se révèlent en elles-mêmes non transparentes au sens où elles consentent l'action de processus complexes que les méthodes de recherche dominantes permettent mal de capter. On peut donc dire que les études transculturelles actuelles invitent à approfondir la recherche dans ces domaines et à mettre au point de nouvelles approches, tant sur le plan de la recherche que sur celui de la thérapie.

Récemment, dans la foulée des travaux qui ont conduit à la publication du DSM-IV, un groupe de travail dont le mandat était de formuler des propositions pour introduire une dimension culturelle dans le DSM-IV a souligné les interactions étroites qui existent entre la maladie-entité biologique universelle (*disease*) et l'expérience de la maladie (*illness*), cette dernière étant toujours façonnée par un ensemble d'interprétations individuelles, familiales, collectives. C'est donc l'ensemble de la psychopathologie, y compris celle que décrivent les manuels psychiatriques occidentaux, qui est sociale et culturelle [32]. Face aux critiques formulées depuis l'intérieur même du champ de la recherche psychiatrique, le défi semble être de tirer profit de ce que nous enseignent les

comparaisons interculturelles pour élargir nos modèles de recherche et explorer des méthodes permettant de décrire les dimensions de sens et de contexte des problèmes psychiatriques et de les intégrer dans nos modèles « bio-psychosociaux »*.

Un tel élargissement des modèles implique toutefois que l'on remette en cause l'hégémonie d'une forme particulière de science qui prédéfinit ce qui compte comme élément de preuve scientifique et privilégie des méthodes de recherche qui excluent d'emblée une partie importante de la réalité, particulièrement dans le domaine social et culturel [33, 34]. On peut penser que la capacité de franchir un nouveau seuil dans les connaissances psychiatriques repose aussi sur l'utilisation de programmes de recherche intégrant une pluralité de méthodes et de perspectives ■

**La scène canadienne présente ici un potentiel particulier en termes de recherche. D'une part, l'organisation des services publics de santé, axée sur la gratuité et l'accessibilité, diminue l'impact de variables socio-économiques sur la consultation des services médicaux et psychiatriques, même si celui des facteurs culturels demeure. De l'autre, le Canada est sans doute l'un des pays qui a cherché à faire le plus de place à la diversité culturelle et à la valoriser, y compris au niveau des politiques de recherche.*

TIRÉS À PART

E. Corin.

Summary

Meaning and context in the study of psychiatric disorders toward new models

In drawing the attention on the role of context, meaning and values in the genesis and evolution of psychiatric disorders, recent studies in transcultural psychiatry reinforce a research paradigm emerging from a set of recent works in Western societies. They evidence the importance to deepen the study of these dimensions and to develop new approaches more attuned with the complexity of phenomena and integrating a diversity of methods and perspectives. They also invite to develop new modes of intervention building on insights gained from these studies. To illustrate this position, the authors refer to two main areas located at two seemingly opposed poles in their etiology: war trauma among refugees, which affect whole communities and depend in a major way of environmental forces; schizophrenia where the weight of biological, individual and family, variables appear especially great. In each of these areas the authors draw a picture of some recent lines of research and indicate questions arising from the application of Western-based concepts to different cultures. They also derive implications regarding the need to broaden prevalent research models.



INSTITUT COCHIN DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

XIV^e JOURNÉE

JEAN-CLAUDE DREYFUS

DE GÉNÉTIQUE ET DE PATHOLOGIE MOLÉCULAIRES

RÉCEPTEURS et MALADIES

RECEPTORS and DISEASES

Vendredi 19 septembre 1997

Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine

Cochin Port-Royal

24, rue du Faubourg-St-Jacques

75014 PARIS, France