

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDALLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES



Emotion Exprimée et facteurs
associés chez des familles de patients avec
schizophrénie : Etude transversale

Mémoire présenté par

Docteur BOUT AMINE

Né le 30 Janvier 1982 à Errachidia

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME MEDICAL DE SPECIALITE
OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction de

Professeur Ismail Rammouz

Juin 2015

REMERCIEMENTS

A MES MAÎTRES

*Je tiens à exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers mes Maîtres,
Monsieur le Professeur Rammouz Ismail, Chef de Service de Psychiatrie,
Monsieur le Professeur Aalouane Rachid, Madame le Professeur Aarab
Chadya. Grand merci.*

RESUME

La notion d'Emotion Exprimée (EE) remonte aux années soixante et désigne l'attitude de la famille envers un proche schizophrène. Elle se décline en trois éléments qui sont les commentaires critiques, l'hostilité et le surinvestissement émotionnel. Une riche littérature prouve qu'un haut niveau d'EE est un facteur de rechute de la schizophrénie

Ce travail, après avoir présenté cette notion et exposé les grandes lignes de la recherche en la matière, propose de mesurer sur un échantillon de patients porteurs de schizophrénie, le niveau d'EE dans leur milieu familial et tente de chercher les facteurs associés à un haut niveau d'EE.

50 patients schizophrènes stables avec chacun un proche impliqué dans les soins sont recrutés en marge de la consultation. Des éléments sociodémographiques sont recueillis et l'échelle FAS est passée au proche. Sont également recueillis des données concernant les représentations mentales des proches vis-à-vis du malade et de la maladie.

48% des proches avaient un haut niveau d'EE. Le haut niveau EE était associé à la présence d'un sentiment de honte vis-à-vis du proche. Il est également associé la dépendance au cannabis. Un bas niveau d'EE est associé au fait que le patient prenne en charge sa famille financièrement.

La connaissance des déterminants d'un haut niveau EE dans notre contexte socio-culturel est essentielle afin de diriger toute intervention de psychoéducation visant à réduire ce niveau d'EE et prévenir la rechute.

TABLE DES MATIERES

1) Introduction	8
2) Données de littérature et problématique	9
2-1 Naissance du concept.....	9
2-2 Synthèse de la recherche sur les EE et ses facteurs de risques.....	11
2-2-1 EE et schizophrénie	11
2-2-2 Facteurs associées à l'émotion exprimée	12
2-3 Outils de mesure	13
2-3-1 Le camberwell family interview (CFI).....	13
2-3-2 The Five Minute Speech Sample (FMSS).....	14
2-3-3 The family attitude scale (FAS)	14
2-4 EE et psychoéducation	15
2-5 Limites du concept et problématique :	15
3) Matériels et méthodes	17
3-1-Objectifs :	17
3-2-Méthodologie	17
3-2-1 Population étudiée	17
3-2-2 Outils de mesures.....	18
3-2-3 Recueil et analyse des données	19
4 Résultats	20
4-1 Résultats descriptifs	20
4-1-1 Données sociodémographiques du patient	20
4-1-2 Données sur la maladie	24
4-1-3 Données du proche	27
4-1-4 Les représentations du proche	29
4-1-5 Le score du FAS	31

4-1-6 Les scores du PANSS	33
4-2 Analyse statistique	33
4-2-1 Statuts d'EE et facteurs sociodémographiques	33
4-2-2 Statuts EE et usage de cannabis	33
4-2-3 Statuts d'EE et représentation /ressenti	34
5) Discussion	36
6) Conclusion	50

1) Introduction :

De grands progrès ont été réalisés dans la prise en charge de la schizophrénie, notamment le traitement médicamenteux qui a permis de transformer le pronostic de la maladie et passer d'un trouble évolutif chronique et invalidant à une pathologie évoluant plutôt par poussées épisodiques ou rechutes. Celles-ci, pourtant constituent toujours un moment de souffrance qui peut se révéler dévastateur pour le patient et son entourage, elle engendre un coût humain et financier important, et peut amener à des hospitalisations souvent sous contrainte. La fréquence et l'intensité des rechutes affectent directement le pronostic de la maladie. Ainsi, la recherche en matière de compréhension des facteurs de rechutes s'est penchée sur le volet biologique, médicamenteux, mais aussi psychologique et environnemental dans le but de réduire la survenue et la sévérité des rechutes. En 1960, une notion à vue le jour, reflétant le climat affectif familial, et son rôle dans la stabilité ou la précipitation de la rechute. Elle est nommée : Emotion Exprimée (Expressed emotion ou EE) ; et désigne l'ensemble des attitudes des proches vis-à-vis d'un malade, elle se décline en trois dimensions essentielles à savoir: les commentaires critiques, le surinvestissement émotionnel, et l'hostilité. Un demi-siècle de recherche ont installé cette entité comme un facteur déterminant dans la rechute schizophrénique et comme facteur prédictif de celle-ci, avec une excellente reproductibilité transculturelle faisant d'elle une cible importante pour les interventions de psychoéducation avec des résultats probants sur lesquelles nous allons revenir dans ce travail. Néanmoins les mécanismes par lesquels un haut niveau d'émotion exprimée précipite la rechute restent mal connus. Mal connus également, les déterminants d'un haut niveau d'EE.

Afin de mieux cerner cette dimension environnementale, jamais étudiée dans notre contexte, notre travail se propose d'abord de mesurer le niveau d'EE dans une population marocaine. Deuxièmement, nous tentons de chercher les facteurs

associés à un haut niveau d'EE et qui pourraient être ciblés par une intervention familiale.

2) Données de littérature et problématique:

2-1 Naissance du concept:

Au début des années 1960, un chercheur anglais, George Brown, a observé l'existence d'un lien entre l'intensité des émotions qui imprégnaient l'environnement familial et le risque de rechute chez les patients schizophrènes de sexe masculin (Brown et al. 1962). Brown a noté que les patients qui obtenaient leur congé de l'hôpital pour retourner dans une ambiance familiale très chargée émotionnellement présentaient une détérioration comportementale et ce, à un degré jugé significativement plus marqué que les sujets qui retournaient vivre dans un environnement où l'émotivité était plus tempérée. Pour rendre ces résultats qualitatifs opérationnels, le docteur Brown a mis au point l'entrevue Camberwell Family Interview (CFI) (1). Le CFI est administré à un proche en privé et est enregistré sur bande vidéo en vue d'une évaluation ultérieure. Le questionnaire est habituellement administré au moment où le patient est admis à l'hôpital. L'examineur interroge le proche sur différents aspects de la vie familiale, y compris l'histoire de la maladie, les symptômes et comportements spécifiques, les tâches ménagères et la qualité des liens affectifs entre le patient et ses proches. À l'origine, l'entrevue durait quatre heures. Sa durée a été ramenée à 90 minutes par Vaughn et Leff (2) lorsque l'on a constaté que les entrevues plus longues généraient fort peu de renseignements additionnels valables.

L'entrevue enregistrée est ensuite codée selon des critères spécifiques, correspondant à cinq échelles d'évaluation différentes. On commence par dénombrer les commentaires critiques (CC):Cela comprend les commentaires sur le

patient qui vont au-delà d'une simple description des comportements perturbateurs et inclut aussi, soit les éléments de contenu ou les tons de voix qui témoignent d'une attitude critique de la part du proche. La deuxième échelle, celle de la surimplication émotionnelle (SIÉ) est graduée de 0 (degré normal d'implication) à 5 (degré extrême de surimplication). Ce concept met en jeu une variété d'attitudes et de comportements, y compris l'abnégation, la surprotection, l'ingérence et la dramatisation. L'hostilité est mesurée au moyen de la troisième échelle, qui est graduée comme suit: degré 0 (absence d'hostilité), 1 (attitude critique généralisée), 2 (rejet du patient), 3 (attitude critique généralisée et rejet). La quatrième échelle dénombre les remarques positives au sujet du patient et la cinquième est une évaluation du degré de chaleur manifestée par le proche à l'endroit du patient et va d'une attitude froide (échelon 1) à une attitude très chaleureuse (échelon 5). Un proche sera classé dans la catégorie EE élevée s'il formule six commentaires critiques ou plus durant le CFI, s'il obtient une classification de 3 ou plus à l'échelle de surimplication émotionnelle et/ou s'il se classe à un ou plus à l'échelle d'hostilité. Si, d'après le CFI, un membre ou plus de la famille du patient se classe dans la catégorie EE élevée, la famille entière portera l'étiquette EE élevée. Autrement, le foyer se trouve dans une catégorie EE faible. Cette démarcation nette a été établie sur la base des études longitudinales originales selon lesquelles ces critères permettaient le mieux d'établir une distinction entre les individus prédisposés et non prédisposés aux rechutes.

La première étude à avoir utilisé la Camberwell Family Interview a été publiée en 1972 (3). Le CFI était administré à des proches au moment de l'admission du patient à l'hôpital. Chaque sujet était par la suite suivi pendant neuf mois après sa sortie de l'hôpital afin que l'on puisse déterminer s'il avait rechuté. Cette méthode a été reprise par Vaughn et Leff (1976)(2). Hooley (1986) (4) a combiné les résultats de ces deux études, qui étaient assez semblables, et en a conclu que si 13 % des

patients provenant de foyers EE faible rechutaient au cours de la période de suivi de neuf mois, cette proportion passait à 51 % chez ceux qui provenaient de foyers cotés EE élevée. Ces résultats témoignent d'une nette différence entre les groupes et d'une ampleur de l'effet dont la portée rivalise avec celui des traitements pharmacologiques antipsychotiques.

2-2 Synthèse de la recherche sur les EE et ses facteurs de risques:

2-2-1 EE et schizophrénie

Depuis la publication de ces études en Angleterre, la méthodologie de base a été reproduite dans divers pays et cultures à travers le monde et elles ont contribué à confirmer la validité de la cote du niveau EE élevée comme facteur de prédicteur de la rechute (41-56-57-58-59-60-61). Une méta-analyse a regroupée 12 études de ce type et a permis de démontrer que le risque de rechute au cours des neuf mois suivant la sortie de l'hôpital est d'environ 3,7 fois plus grand pour un patient schizophrène vivant dans un foyer coté EE élevée que pour un patient vivant dans une ambiance familiale cotée EE faible (5).

Tandis que la plupart des études sus-décrites évaluent la rechute à 9 mois, Une étude (14) a suivi des patients et leurs proches sur 20 ans et a tracé le lien entre l'évolution du trouble et le niveau d'EE, elle retrouve une association entre le haut niveau EE et la fréquence des rechutes, des hospitalisations, cependant seuls les commentaires critiques étaient associés à l'augmentation de la sévérité des symptômes positifs. Tandis que, fait important signalé dans plusieurs études, les symptômes négatifs n'étaient pas associés de façon significative à aucune des dimensions constituante des EE (SIE, CC, Hostilité).

Malgré une validité et une reproductibilité impressionnantes de ces résultats, la portée réelle de l'émotion exprimée et les mécanismes qui en font un facteur de prévisibilité de la rechute reste à étudier et plusieurs zones d'ombres demeurent.

La question de l'influence réciproque entre l'attitude de la famille et le comportement du patient est d'actualité depuis plusieurs années. La possibilité d'un modèle unidirectionnel évoqué dans les premiers articles, c'est à dire un haut niveau d'EE chez les familles qui impacterait directement le cours de la maladie, est peu vraisemblable. TARRIER (19) a souligné l'interaction bidirectionnelle entre l'attitude des parents avec le comportement du patient.

Durant les dernières années, la recherche est allée dans le sens de la compréhension de l'impact du climat émotionnel sur d'autres troubles psychiatriques, sortant de ce fait, cette notion du cadre de la schizophrénie. En effet une littérature abondante traite des EE, dans la dépression, le troubles bipolaire, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de la personnalité ainsi que les troubles addictifs (15-18).

2-2-2 Facteurs associées à l'émotion exprimée :

Les études réalisées ultérieurement se sont attachées à identifier les caractéristiques des patients associées à une EE familiale élevée. Kavanagh(20) relève ainsi l'interaction réciproque entre certaines caractéristiques du patient et les réponses des proches. Les symptômes du patient peuvent entraîner un stress chez les parents qui à leur tour adoptent des attitudes intrusives ou un comportement critique à l'égard du patient. Ces attitudes peuvent générer une fragilisation du patient amenant une rechute ou une réhospitalisation. Bentsen et coll (21) ont relevé l'association entre les critiques des proches et les facteurs suivants : les patients n'avaient pas d'emplois stables, avaient été hospitalisés plus de trois fois ou présentaient des troubles de comportement. Les critiques étaient également associées à l'anxiété et la dépression chez les proches et inversement associées à la

présence d'un déficit cognitif chez le patient (défaut d'abstraction, désorganisation conceptuelle). Weisman et coll. (22) ont mis en évidence dans les familles de 40 patients schizophrènes qu'une EE élevée était associée au fait de considérer les symptômes des patients comme intentionnels. Ainsi, les symptômes négatifs étaient plus susceptibles d'être critiqués que les symptômes positifs, ces derniers étant plus volontiers attribués à des phénomènes morbides. Van Os et coll. (23) ont pu mettre en évidence, chez des familles caractérisées par un niveau élevé d'EE, que le surinvestissement émotionnel était en relation avec l'implication de la famille par rapport aux soins du patient, alors qu'un taux de critiques élevé était retrouvé chez des familles dont le patient présentait une évolution défavorable en termes de rechutes. De même, Scazufca et Kuipers(24) ont mis en évidence la relation entre EE et la charge portée par les parents. Une étude faite sur des mères de patients schizophrènes retrouve comme facteurs associées à un haut niveau de critiques : la charge portée par le proche, l'excitation motrice et un bas niveau de neuroticisme. Il en demeure que la littérature sur les déterminants du niveau d'EE reste disparate et peu concluante.

2-3 Outils de mesure

2-3-1 Le camberwell family interview (CFI):

Constituent le Gold-standard en matière de mesure du niveau d'EE. C'est une interview semi-structurée. Elle dure environ 2heures. Il définit 5 échelles mesurant:

- les commentaires critiques (CC)
- le surinvestissement émotionnel (SIO)
- l'hostilité
- la chaleur
- remarques positives

L'utilisation de cette échelle est limitée par le fait qu'elle requiert une formation de 40 à 80 heures qui reste difficile d'accès est coûteuse. Elle est limitée également par le temps de passation qui peut prendre 2 heures, auquel s'ajoute le temps de la cotation qui peut atteindre 3 heures. Ces entraves à l'utilisation de l'échelle CFI en clinique quotidienne ont poussé à apporter d'autres outils psychométriques plus accessibles et plus simplifiés.

2-3-2 The Five Minute Speech Sample (FMSS):

Le FMSS créé par Magana en 1986 consiste en un enregistrement où le proche parle des pensées et des affectes que lui inspire le patient pendant 5 minutes de manière ininterrompue. L'enregistrement est écouté puis codé en fonction des attitudes critiques et du degré de surinvestissement émotionnel. Le FMSS ne mesure pas l'hostilité. Contrairement au CFI qui se montre chronophage. Le FMSS prend 20 de cotation.

Le FMSS fut validé contre le CFI par Magana (62) et son travail montre que sur 23 proches étiquetés avec haut niveau EE sur le CFI, 15 le sont aussi sur la FMSS avec une sensibilité de 65% et une spécificité de 88%.

2-3-3 The family attitude scale (FAS) :

Le FAS est un auto-questionnaire à 30 items (25). Kavanagh et al. (1997) rapportent une grande consistance interne et une bonne validité sur une population de parents d'étudiants. Kavanagh a aussi retrouvé une bonne validité chez les parents et les proches de schizophrènes avec notamment une bonne corrélation avec les CC et l'hostilité mesurés par la CFI. Ces résultats ont été répliqués par Fujita (26) dans une large étude. Ceci dit, le score du FAS n'est pas corrélé au degré de surinvestissement dans tous les travaux. Ce score est également associé à l'expression de la colère et à l'anxiété chez les parents.

Ces études ont montré qu'avec un cutoff de 55 du score FAS rend compte d'une bonne spécificité et sensibilité comparé au CFI.

2-4 EE et psychoéducation :

Des traitements centrés sur la famille ont été développés afin de diminuer le niveau d'EE et de réduire son impact sur le cours de la schizophrénie. Ces interventions ont permis de retarder ou de diminuer les rechutes(10) ; Une méta-analyse portant sur l'effet de la prise en charge des familles a été réalisée par Pitschel-Walz et coll.(11) qui a rassemblé des études évaluant l'efficacité de divers types d'approches familiales, elle conclut en une réduction d'environ 20% du risque de rechute. Néanmoins, d'autres travaux n'ont pas trouvé d'effet significatif sur la prévention des rechutes en ciblant les commentaires critiques ou l'hostilité (12). Une étude longitudinale sur 9 ans n'a pas trouvé d'effet de l'intervention familiale sur le niveau d'hostilité ou de commentaires critiques mais un effet sur le surinvestissement émotionnel qui se révèle temporaire (13).

Les résultats des études sur l'impact d'une prise en charge centrée sur le haut niveau d'EE restent contradictoires.

2-5 Limites du concept et problématique : (6-9)

Le rôle premier de cette notion et d'explorer l'environnement social dans le cours de la maladie mentale. À ce jour, peu ont tenté de situer l'émotion exprimée dans le contexte plus large de la théorie de la famille. En l'absence de théories à partir desquelles développer des hypothèses sur l'origine des différents degrés d'EE, peu de recherches ont porté sur les types de conditions familiales propices à la critique, à la surimplication émotionnelle et à l'hostilité. Par ailleurs, Les chercheurs ont continué d'utiliser le système dichotomique d'EE élevée versus faible pour représenter les familles. Cette pratique de côté la notion de diversité au sein des familles, le rapport de continuité des construits représentés et le fossé conceptuel

qui sépare les deux principales échelles, soit les commentaires critiques et le surinvestissement émotionnelle.

Ainsi, à ce jour, parce qu'elle utilise des points de démarcation pour créer des catégories artificielles qu'elle applique aussi bien aux membres des familles qu'aux familles entières, en combinant les paramètres composantes CC et SIE en un seul construit global et en ne tenant pas compte de la nature du lien d'un proche avec le patient (mère, père, frère ou sœur ou conjoint), la recherche sur l'EE n'a pas été un reflet fidèle de la réalité de la vie familiale.

Dans la recherche sur l'EE, la tendance a été de simplifier les conclusions tirées des recherches. Étant donné que les évaluations de l'EE permettent de prédire la rechute, on en déduit souvent que c'est la famille cotée EE élevée qui provoque la rechute chez le patient ,et Si l'on veut formuler des hypothèses quant aux liens de cause à effet au sein de la dynamique familiale, il faut d'abord supposer que le degré d'émotion exprimée observé au moment où le patient est admis à l'hôpital est celui qui prévaut également durant la période de suivi, avant la rechute or cette hypothèse n'a pas été adéquatement testée. A défaut de pouvoir conclure que l'EE est une caractéristique constante des familles qui est présente lorsque l'état clinique du patient se détériore, on peut essayer d'interpréter différemment le lien entre l'émotion exprimée et la rechute. En effet, par exemple, la famille ne pourrait-elle pas servir de baromètre de l'état clinique du patient qui l'amène à la rechute.

Si le paradigme EE a simplifié à l'excès le caractère de la famille, il a également adopté une conceptualisation simpliste du cours de la schizophrénie. Dans la majorité des études sur l'EE, l'indice retenu pour refléter l'évolution de la maladie est la rechute. Si la rechute est une composante importante du cours de la schizophrénie, sa nature dichotomique ne saurait être un reflet fidèle de l'éventail complet des degrés fonctionnels dans la schizophrénie. L'absence de rechute n'est

synonyme ni de santé ni de qualité de vie satisfaisante pour le patient. les patients qui présentent des symptômes négatifs ne répondent peut-être pas aux critères diagnostiques de la rechute, or ils restent isolés et fonctionnent plus ou moins bien. Finalement, la rechute n'est que l'un des multiples aspects d'un Concept pluridimensionnel de l'évolution de la maladie, dont les chercheurs Pourraient tenir compte.

3 Matériels et méthodes :

3-1-Objectifs :

Notre travail propose de mesurer le niveau des EE dans une population marocaine de proches de patients en rémission atteints de schizophrénie. Notre objectif principal est donc de mesurer la moyenne du score d'EE et de dégager le pourcentage de familles étiquetées avec un haut niveau d'EE afin de comparer nos résultats avec ceux des autres études.

Nous avons également comme objectif l'étude des facteurs liés à un haut niveau d'EE en tenant compte de la composante culturelle locale. Enfin nous cherchons à vérifier une hypothèse basée sur une observation clinique concernant le rôle que peut jouer les représentations mentales des proches sur la maladie dans le déclenchement d'une attitude critique ou hostile, notamment le caractère perçu comme volontaire des troubles de comportement et la responsabilité du malade comme déclencheur de son trouble. Nous vérifions également le rôle que peut jouer le sentiment de honte dans l'attitude du proche.

3-2-Méthodologie

3-2-1 Population étudiée :

Nous avons recrutés 50 patients avec diagnostic de schizophrénie ainsi qu'un de leurs proches présent à la consultation externe du centre de diagnostic de l'hôpital Ibn al Hassan, service de psychiatrie au CHU Hassan II Fès.

Nous avons procédé à un échantillonnage de convenance et le recrutement s'est fait sur les mois d'aout et septembre 2014. Les participants répondants aux critères d'inclusion sont adressés par leur médecin soignant et vu en marge de la consultation.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

Patients entre 18 et 60, Avec un diagnostic de schizophrénie résiduelle, stabilisés depuis plus de 6 mois avec un suivi régulier et une bonne observance thérapeutique.

Ont été exclus les patients en rechute, les patients avec trouble de l'humeur ou retard mental sévère.

Un proche investi dans la prise en charge du patient et vivant sous le même toit, il s'agit du conjoint ou un parent de premier degré : Mère, père, frère ou sœur.

Le patient et le proche ont reçus des explications sur l'étude et ont donné leur accord pour y participer.

3-2-2 Outils de mesures:

Nous avons proposé un hétéro-questionnaire avec recueil des données sociodémographiques du proche. Suivi de questions sur la représentation de la maladie du proche et son vécu par rapport à celle-ci notamment :

- L'attribution de la maladie au comportement du malade.
- L'attribution de la maladie à la consommation de drogues.
- Le jugement moral par rapport au comportement du patient et son degré de responsabilité.
- Le sentiment de honte vis-à-vis de la maladie.

Le proche à ensuite répondu à l'auto-questionnaire FAS décrit dans la section théorique et qui figure dans les annexes.

Nous avons également recueilli les données sociodémographiques du patient enfin, nous avons passé l'échelle PANSS ou l'échelle des symptômes positifs et négatifs :

L'échelle PANSS de Kay et al. (1987) est une échelle d'hétéro-évaluation de 30 items cotés de 1 à 7 des symptômes psychopathologiques observés chez les patients psychotiques.

Les trois notes obtenues avec cet instrument d'évaluation sont calculées pour l'évaluation de 3 dimensions syndromiques: positive, négative et de psychopathologie générale.

Le MINI DSM IV est utilisé pour caractériser l'usage de cannabis.

3-2-3 Recueil et analyse des données :

Le recueil de données s'est fait sur 2 mois en marge de la consultation avec le psychiatre référent. Le proche puis le patient sont reçus séparément après explication sur le but et le déroulement de l'étude.

Les données étaient recueillies sur des fiches d'exploitation préalablement

Imprimées puis saisies sur un fichier Excel qui regroupait l'ensemble des paramètres sus-décrits. L'analyse statistique a consisté tout d'abord en une description de notre échantillon selon les caractéristiques sociodémographique, les représentations autour de la maladie et les résultats des mesures des EE. Ensuite, la recherche de facteurs associés à un statut haut ou bas niveau d'EE. Cette opération s'est faite à l'aide de tests chi-deux. Nous également pris en compte le caractère continue de la variable score du FAS et avons cherché les corrélations entre le score et les facteurs suspectés d'avoir un lien avec le niveau d'EE ceci a été réalisé à l'aide de tests T pour échantillons indépendants.

4) Résultats :

4-1 Résultats descriptifs :

4-1-1 Données sociodémographiques du patient :

Age : la moyenne d'âge des patients est de 34 ans avec un écart type de 8,6

Sexe : 84% d'hommes et 16% de femmes

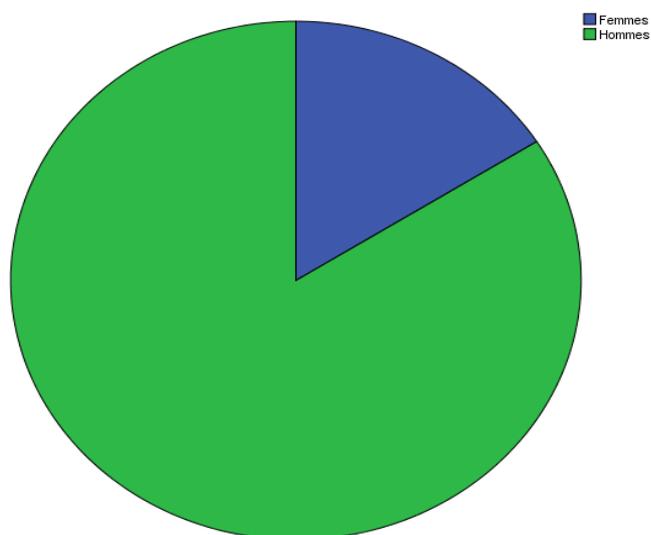


Figure 1 : Répartition selon le sexe du patient

L'état marital des patients : 82% sont célibataires, 14% sont mariés et 4% sont divorcés.

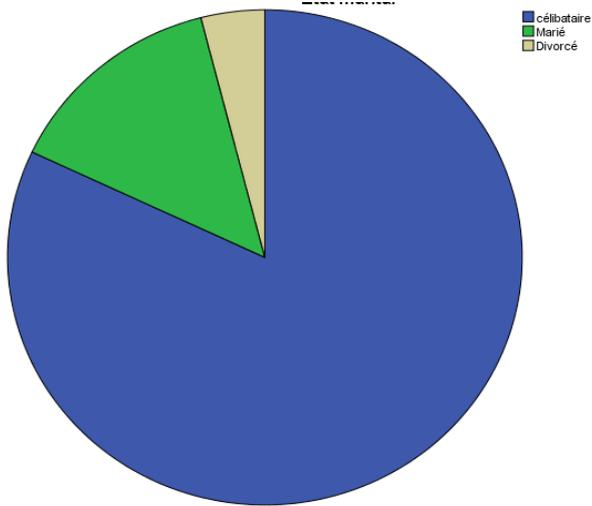


Figure2 : Etat marital

Activité professionnelle : 88% des patients ne travaille pas tandis que 12 seulement ont un travail régulier

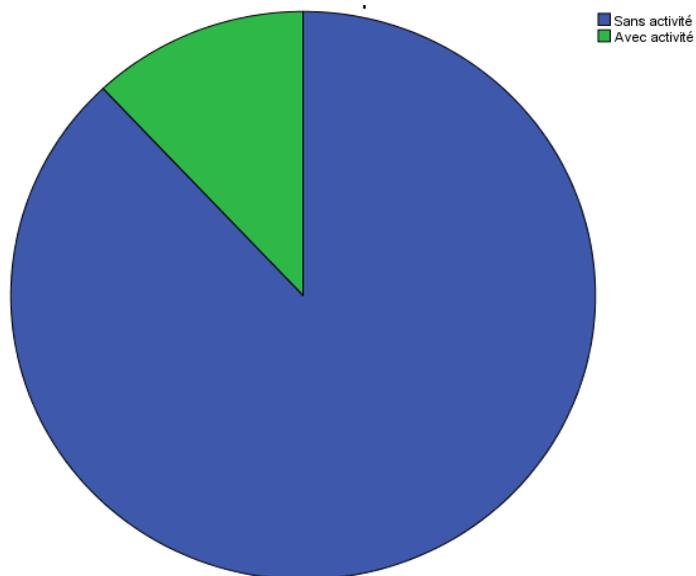


Figure3 : Activité professionnelle

Le niveau scolaire des patients se répartit comme suit : 18% d'analphabètes ; 44% ont atteints le primaire, 32% le secondaire, 2% le lycée, et 4% ont un niveau universitaire.

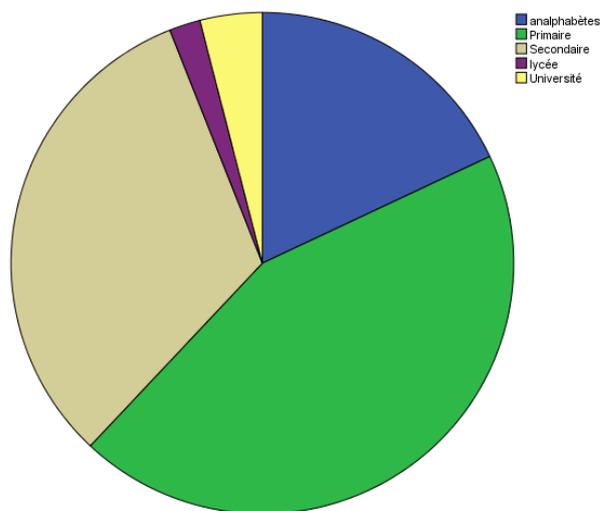


Figure4 : Niveau d'études

28% des patients participent financièrement dans leur ménage et 10% sont en charge de la famille.

4-1-2 Données sur la maladie :

Forme clinique :

66% schizophrénie paranoïde

30% schizophrénie désorganisée

2% schizophrénie indifférenciée

2% schizophrénie catatonique

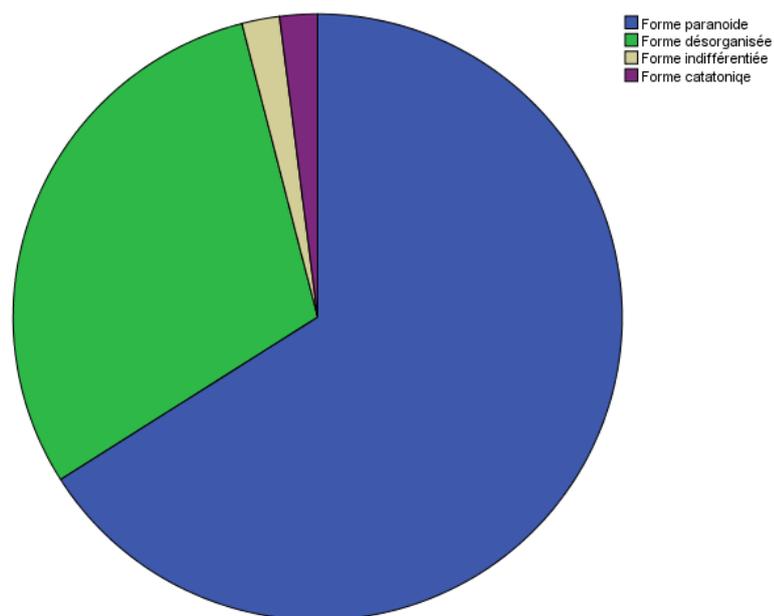


Figure 5 : Forme clinique de la schizophrénie

Le traitement antipsychotique est à base de classiques dans 72% des cas et d'atypiques pour 28%.

Une consommation de cannabis est retrouvée chez 45% des patients dont 24% quotidiennement.

L'usage de cannabis concerne 34% des participant avec 10% d'abuseurs et 24% de patients dépendants au cannabis.

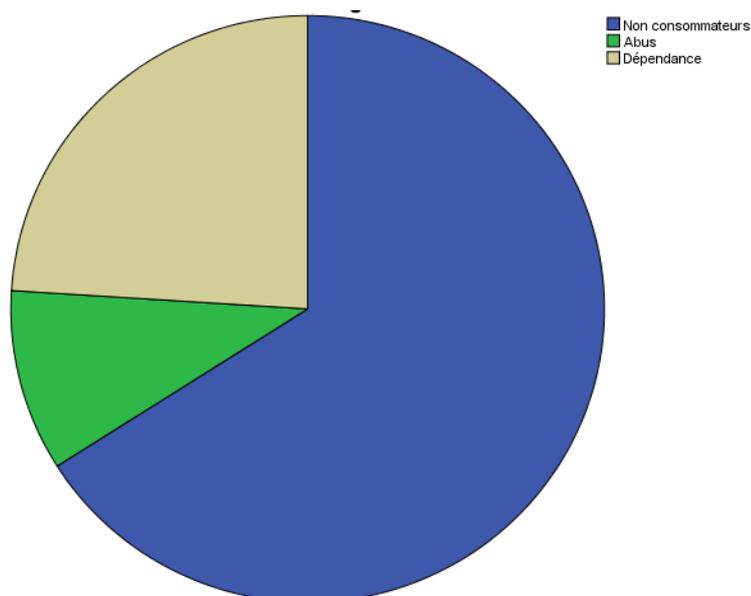


Figure 6 : Usage de cannabis

L'ancienneté de la maladie varie de 1 à 20 ans avec une moyenne de 7,4 années et un écart type de 4,879.

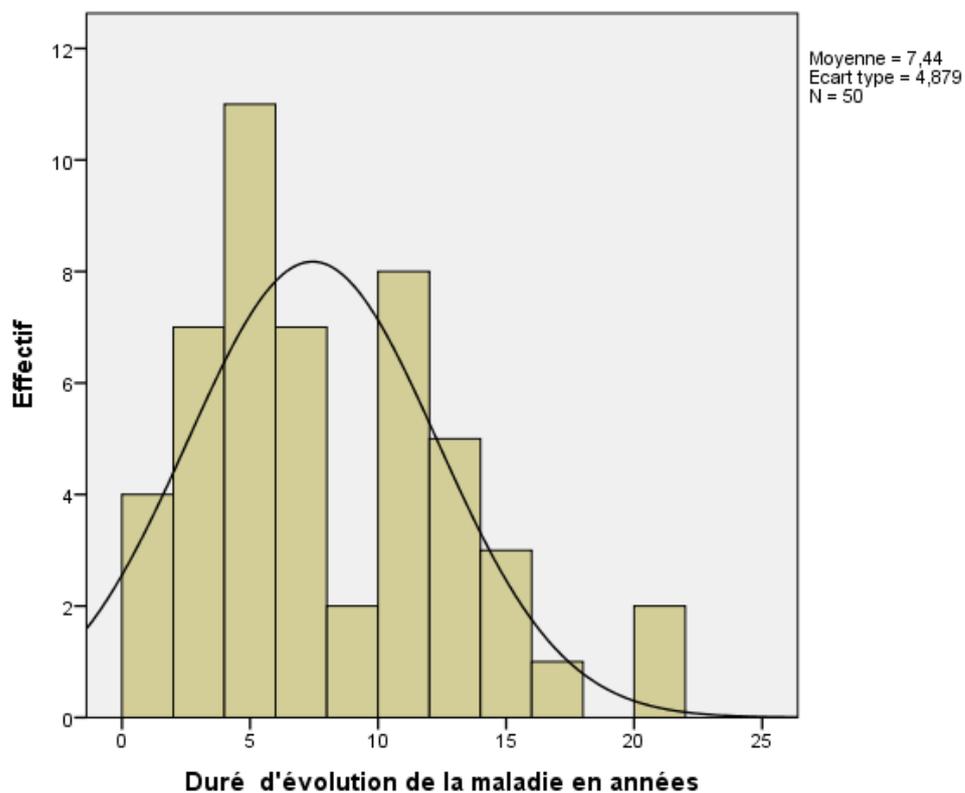


Figure 7 : Ancienneté de la maladie

La durée moyenne cumulée d'hospitalisation est de 26 jours avec un écart type de 36jours.

1,36 est la moyenne du nombre d'hospitalisations.

4-1-3 Données du proche :

L'âge moyen des proches est de 55 ans avec un écart type de 12ans.

La nature du proche est répartie comme suit : 46% de mères ; 26% de pères ; 20% de frères ou sœurs 6% de conjoints et 1 fils.

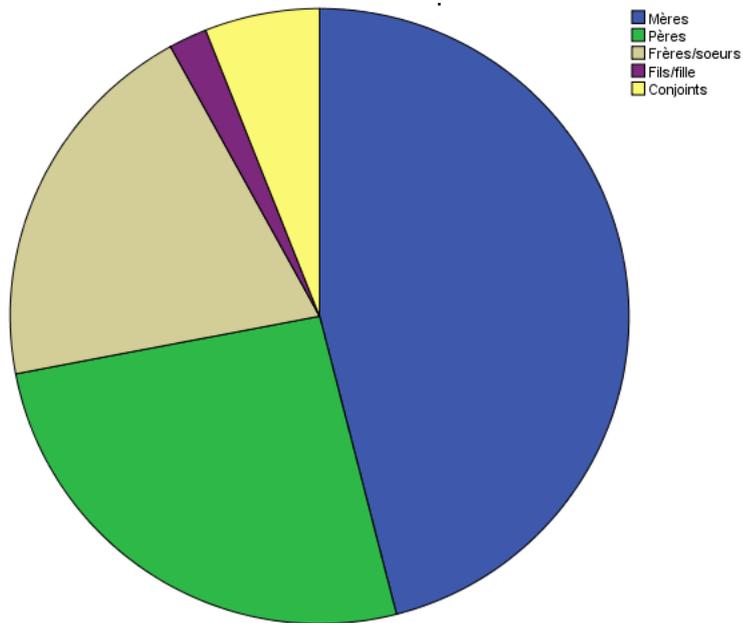


Figure 8 : Nature du proche

Niveau d'études : Analphabètes 56% ; niveau primaire 26% secondaire 14% et universitaire 4%.

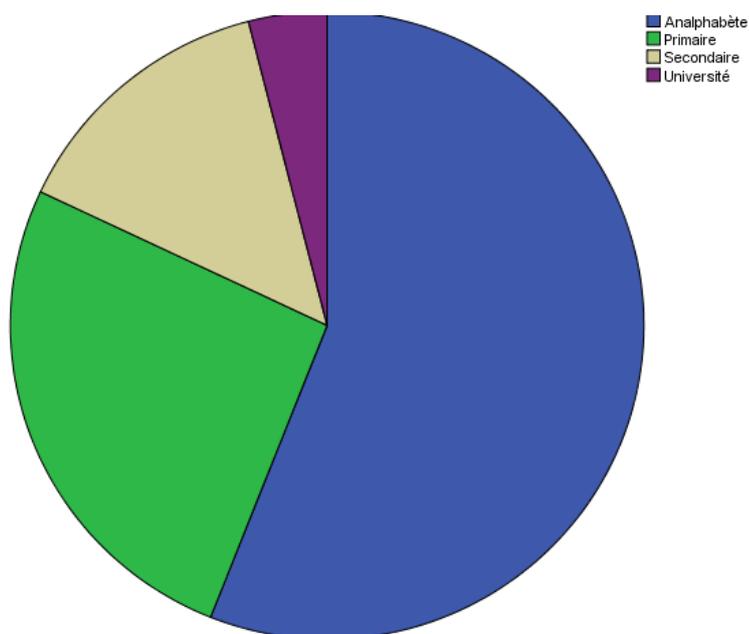


Figure 9 : Niveau d'étude du proche

74% des patients vivent dans des familles nucléaires. Les familles ont un revenu moyen (entre 3000 et 6000 DH) dans 38% des cas et bas dans le reste de l'échantillon à savoir 62%.

34% des familles résident dans le milieu rural tandis que 64% sont urbains.

4-1-4 Les représentations du proche :

20% des proches sont au courant du diagnostic de leur proche malade.

Quant à la cause principale à laquelle ils attribuent la maladie, ils ont été 18% à la rattacher à la consommation de drogues, 12% à un choc émotionnel 20% à des facteurs psychologiques 4% à des causes organiques et 46% n'invoque aucune cause.

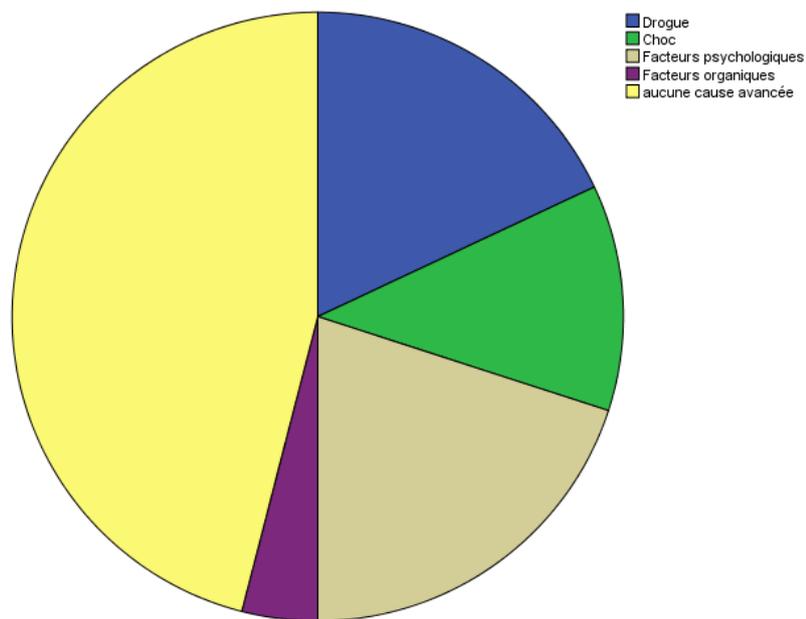


Figure 10 : Causes attribuée à la maladie

A la question : le malade est-il responsable dans le déclenchement de sa maladie ?

38% ont répondu par « Oui » et 62% par « Non ».

40% des proches pensent que le patient agit de manière immorale.

Enfin 56% éprouve un sentiment de honte vis-à-vis du patient et de sa maladie.

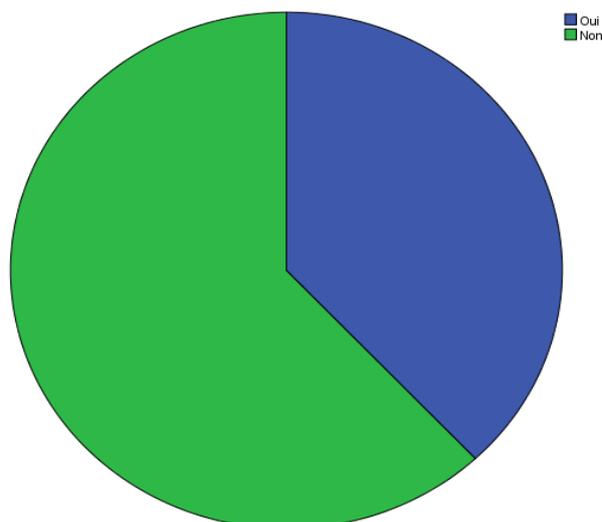


Figure 11 : Le malade est-t-il responsable de sa maladie

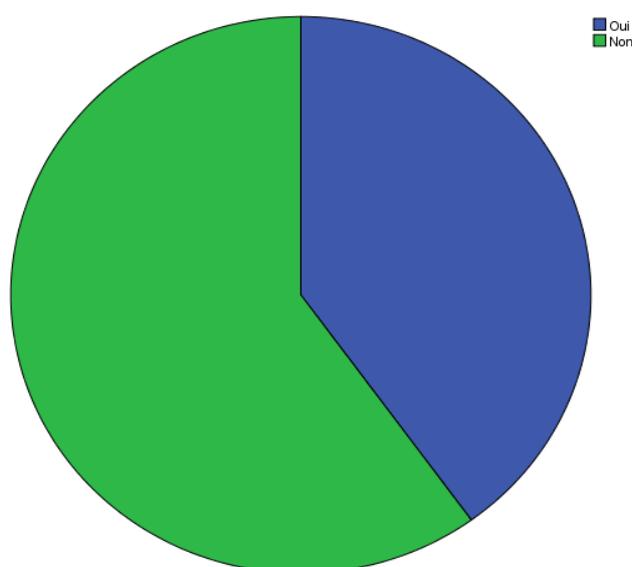


Figure 12 : Le proche porte un jugement moral sur le malade

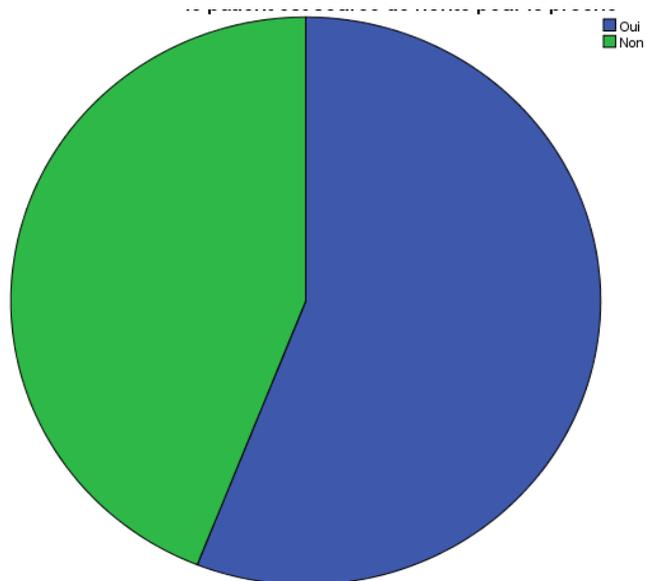


Figure 13 : Le malade est source de honte pour le proche

4-1-5 Le score du FAS :

La moyenne du score est de 54,1 avec un écart type de 26,14.

Pour un cutoff de 50 à l'échelle du FAS, **48%** des ménages affichent **un haut niveau d'Emotion Exprimée.**

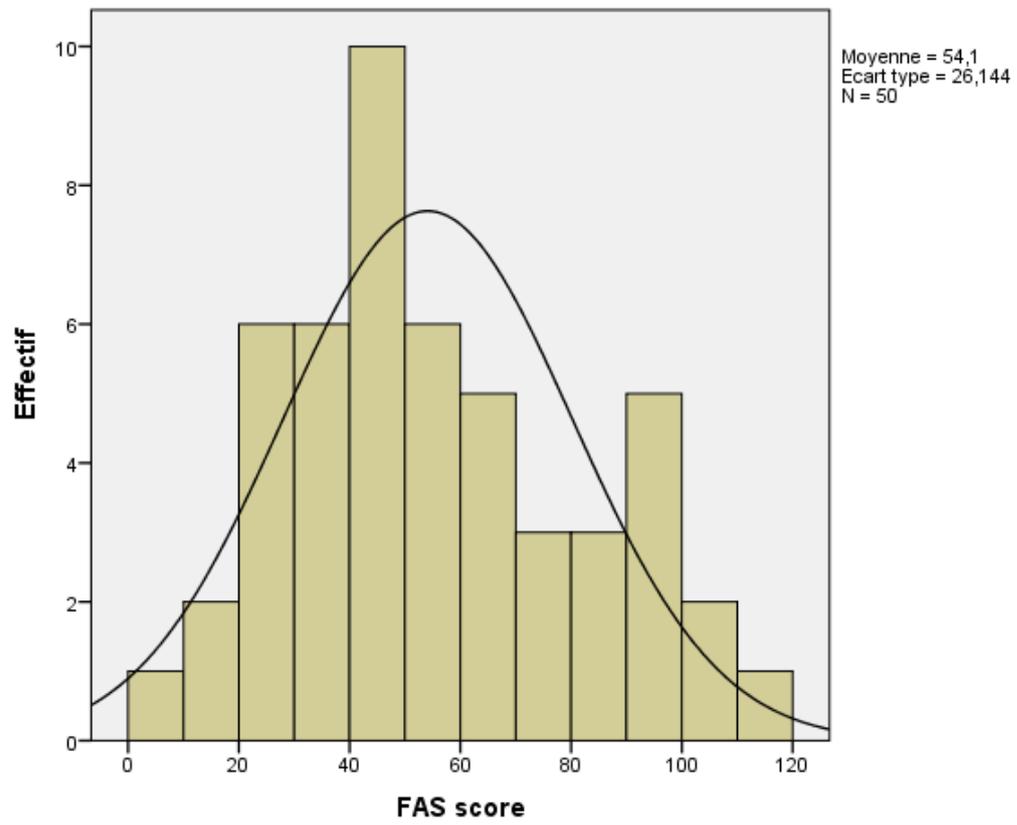


Figure 14 : Score du FAS

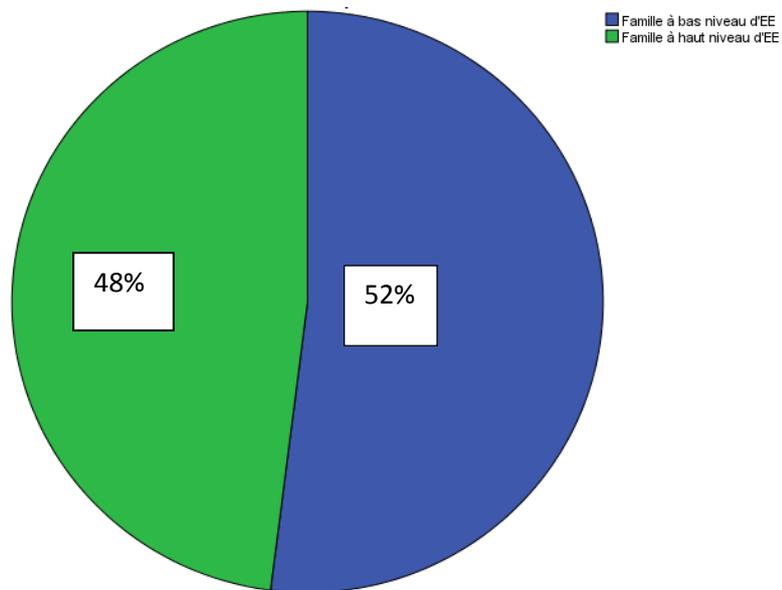


Figure 15 : Interprétation du FAS

4-1-6 Les scores du PANSS :

- La moyenne des scores des symptômes positifs est de 11,6 avec un écart type de 5,4.
- La moyenne des scores des symptômes négatifs est de 15,2 avec un écart type de 6,6
- La moyenne des scores de la psychopathologie générale est de 21,6 avec un écart type de 5,1.

4-2 Analyse statistique :

4-2-1 Statuts d'EE et facteurs sociodémographiques :

Elle s'est penchée dans un premier temps sur la recherche d'association possible entre le statut haut ou bas niveau d'EE est les variables catégorielles sociodémographiques du patient ou du proche. Ceci a été réalisé à l'aide de tests Khi-deux.

Les variables suivantes n'ont pas été associées à un haut niveau d'EE :

La tranche d'âge du patient, le sexe, le niveau d'étude, le traitement atypique ou classique, l'activité professionnelle, le fait de vivre dans une famille nucléaire, le fait de participer financièrement dans le ménage ainsi que le milieu d'habitat.

Seuls les patients **qui sont en charge de leur famille** ont montré une association significative avec un bas niveau d'EE. $P=0,019$.

4-2-2 Statuts EE et usage de cannabis :

Un teste chi-deux croisant l'usage de cannabis avec le statut EE ne trouve pas d'association significative entre l'usage et le haut niveau EE avec $p=0,081$.

Tandis que le test chi-deux comparant les statuts EE chez les patient dépendant versus non dépendants au cannabis trouve une association significative avec $p=0,045$.

Un test T comparant le score du FAS entre consommateur de cannabis et non consommateurs trouve une différence significative avec $P=0,011$. La comparaison

du score entre patients dépendants et non dépendants trouve une différence très significative dans les scores du FAS avec $p=0,004$.

4-2-3 Statuts d'EE et représentations, ressenti vis-à-vis de la maladie :

Aucune des représentations mentales sur la maladie n'affecte le niveau d'EE, par contre les proches qui disent exprimer un sentiment de honte vis-à-vis du proche malade ont une association fortement significative avec un haut niveau d'EE ($P=0,008$).

Un test khi-deux retrouve une association entre le jugement moral et le sentiment de honte ($p=0,001$)

On a retrouvé également une association entre le sentiment de honte chez les proches et le fait qu'ils pensent le patient responsable de sa maladie ($P=0,002$).

4-2-4 Statuts EE et scores PANSS :

A l'aide d'un test T pour échantillons indépendants nous avons comparé les moyennes des trois scores du PANSS selon si le niveau d'EE est bas ou haut. Aucune association n'a été retrouvée. Une analyse bivariée a été effectuée à la recherche d'associations entre le score du FAS et les scores respectifs du PANSS, là aussi aucune corrélation n'a été retrouvée.

Tableau 1 : facteurs déterminants du niveau d'EE.

			FAS (score)		P	Statut EE		P
			moyenne	Ecart type		Haut Niveau	Bas niveau	
Sexe	M	42	54,14	26,48	0,38	19	23	0,45
	F	8	53,88	25,98		5	3	
Activité professionnelle stable	sans	44	55,95	26,178	0,43	22	22	0,66
	avec	6	40,50	23,510		2	4	
Traitement antipsychotique	Classique	36	53,44	25,722	0,779	17	19	1,00
	atypique	14	55,79	28,121		7	7	
Connaissance de la maladie	Oui	10	43,80	29,984	0,166	3	7	0,294
	Non	40	56,68	24,84		21	19	
Attribution de la maladie à une substance	Oui	35	52,31	25,731	0,466	16	19	0,760
	Non	15	58,27	27,528		8	7	
Attribution de la maladie au malade	Oui	19	56,32	28,783	0,644	10	9	0,772
	Non	31	52,74	24,786		14	17	
Jugement immoral	Oui	20	58,55	28,369	0,323	10	10	1,00
	Non	30	51,13	24,594		14	16	
Sentiment de honte	Oui	28	62,57	25,703	0,008	18	10	0,012
	Non	22	43,32	22,979		6	16	
Famille nucléaire	Oui	37	57,03	27,178	0,184	20	17	0,202
	Non	13	45,77	21,761		4	9	
Participation financière dans le ménage	Oui	14	43,71	22,909	0,08	5	9	0,352
	Non	36	58,14	26,497		19	17	
Le patient prend en charge la famille	Oui	6	31,00	12,570	0,019	0	6	0,023
	Non	44	57,25	25,998		24	20	
Lieu de résidence	Rural	17	58,59	26,125	0,389	9	8	0,767
	Urbain	33	51,79	26,252		15	18	
Consommation de cannabis	Oui	17	67,00	26,446	0,081	11	6	0,011
	Non	33	47,45	23,728		13	20	
Dépendance au cannabis	Oui	12	72,58	26,134	0,004	9	3	0,047
	Non	38	48,26	23,587		15	23	

5 Discussion :

Notre travail rapporte les toutes premières données sur la notion d'EE au Maroc qui pourtant revêt un poids considérable en clinique quotidienne et impacte directement le cours de la maladie schizophrénique. Ce travail apporte également une mesure du niveau des EE à distance de la rechute afin de minimiser l'impact inverse que peut avoir la rechute schizophrénique et la détresse liée à celle-ci sur la réaction et l'attitude du malade.

Nous avons retrouvé un taux de 48% de proches étiquetés avec un haut niveau d'EE. Avec une moyenne de $54,1 \pm 26,14$. Sur une population de 54 proches de patient avec comorbidité psychose et usage de substance, Kavagnah et al. (27) retrouvent un score de FAS moyen de 55 et $20,7$ d'écart type avec 77% ayant un haut niveau d'EE. Fujita et al. (26) retrouvent 22.0% de haut niveau EE avec une moyenne du FAS de $39,9 \pm 20,4$.

Nos chiffre s'approche beaucoup en terme de moyenne de score et son intervalle de confiance des chiffres retrouvés par l'auteur de l'échelle et aussi de l'étude japonaise sus décrite.

Les travaux de Kavagnah et Fujita auxquelles nous avons comparé nos résultats avaient aussi pour objectif d'évaluer la sensibilité et la spécificité de l'échelle FAS versus l'échelle CFI qui est le gold standard en matière de mesure du niveau EE. Kavagnah retrouve une corrélation positive significative entre les deux échelles avec sur les sous échelles CFI des Critiques ($r=0.44$, $P=0.001$), et d'hostilité ($r=0.41$, $P<0.01$), et aussi mais plus faiblement avec la sous échelles du surinvestissement ($r=0.27$, $P<0.05$). Ce même travail prouve que le FAS élevé prédit la rechute dans un échantillon de proches de patients schizophrènes, mais avec une relation moins forte qu'avec le CFI. Fujita sur la traduction japonaise retrouve 100% de sensibilité et 85% de spécificité par rapport aux commentaires critiques mesurés par le CFI. Le FAS reflète aussi l'état psychologique et émotionnel des proches.

Ces données sur notre outil de mesure nous permettent de comparer nos résultats sur le niveau d'EE avec une fiabilité acceptable. En effet Nous résumons dans le tableau 2, la proportion de proches étiquetés EE élevé dans plusieurs études occidentales qui restent comparables au notre en termes de taille et qui s'adresse à des parents de premier degré de patient schizophrènes. Ces travaux trouvent en somme des taux proches voir plus élevés de familles avec un haut niveau d'EE. Ceci en tenant compte de la différence en termes d'outil de mesure.

Tableau 2 : Niveau d'émotions exprimées dans les études

Etudes :	Effectif	Haut niveau EE	Bas niveau EE	%
1. Brewin et al. (1991) (33)	58	43	15	74%
2. Weisman et al. (1993) (34)	46	23	23	50%
3. Barrowclough et al. (1994) (35)	60	41	19	68%
4. Hooley and Licht (1997) (36)	43	32	11	74%
5. Weisman, Nuechterlein, Goldstein, and Snyder (1998) (22)	40	29	11	72%
6. Lopez et al. (1999) (38)	40	24	16	60%
7. Wendel et al. (2000) (39)	52	40	12	76%
8. Barrowclough, Lobban et al. (2001) (40)	20	0	20	0%
9. Tarrier et al. (2002) (41)	100	48	52	48%

Un certains nombres d'études ont essayé de comprendre le rôle des différences culturelles et leur impact sur l'attitude des proches des malades. Dans plusieurs pays en développement des études ont été conduite pour mesurer les niveaux d'émotion exprimée et les résultats montrent divers différences sur les composantes de l'échelle CFI. Une étude iranienne (28) retrouve 56% de haut niveau EE, 23% et 28% respectivement en inde (30) et en chine (29).

Plus proche de notre contexte un travail égyptien (32) retrouve 55% de haut niveau EE. Il suggère que les patients égyptiens tolèrent mieux les commentaires critiques par rapport aux patients occidentaux. Les mêmes constats fut retrouvé dans une autre étude (31) qui suggère que la proximité avec le patient de par la nature des interactions social dans les sociétés traditionnelles pourrait être un facteur protecteur et non vécu par le patient comme une intrusion ou une agression.

Il demeure qu'il est largement admis qu'un haut niveau d'émotions exprimées est un facteurs précipitant la rechute et affectant le cours de la maladie et notre travail en plus de fournir des mesures du niveau d'EE, vise également à chercher les facteurs associées à un haut niveau EE dans notre contexte culturel et ce afin d'amener des cibles thérapeutiques pour des interventions familiales adaptés ce qui pourrait améliorer la coût humain et financier de la prise en charge de la schizophrénie sachant que les ressources allouées à la prise en charge du malade mentale au Maroc restent largement insuffisantes.

Un certain nombre d'études ont planché sur les déterminants d'un haut niveau d'EE. Bensen 1998 (21) s'est basé sur 32 études évoquant des facteurs prédictifs d'un haut niveau d'EE. Il a évalué l'impact de 28 variables d'entre-elles, comme la nature du proche, le sexe, le fait que le patient exerce un emploi stable, le niveau économique, le nombre de proches sous le même toit. Des variables qui figurent également dans notre travail. Il rapporte comme prédicteurs robustes d'un niveau élevés de critique : l'absence d'un emploi rémunéré, plus de 3 hospitalisations précédentes, des comportements turbulents rapportés par les parents, et plus encore l'altération du fonctionnement cognitif à l'admission. L'hostilité avait comme prédicteurs robuste l'absence d'emplois et plus de 3 hospitalisations précédentes. Dans notre travail seul le fait que le patient soit la principale personne en charge de la famille était corrélé à un bas niveau EE ($p=0,023$). Tandis que le fait d'avoir un travail stable n'est pas associé à un haut score du FAS ni le fait de participer

financièrement dans le ménage. La comparaison des moyennes du FAS en continue entre les deux groupes avec ou sans participation financière n'est pas significative ($p=0,08$). Ceci peut être expliqué par le poids de la prise en charge financière du patient, assumé complètement par les proches en l'absence d'aide sociale et structures adaptées, et qui pourrait être source de détresse sachant que la détresse psychologique est associée à un score élevé du FAS (26–27). Cette relation entre EE et la charge (burden) portée par les parents est mise en évidence par Scazufca et Kuipers (24) qui ont montré une forte association entre la baisse de la charge et difficultés liées aux soins et la baisse du niveau d'EE. Par ailleurs nous n'avons retrouvé aucune corrélation entre le nombre d'hospitalisation et le score du FAS.

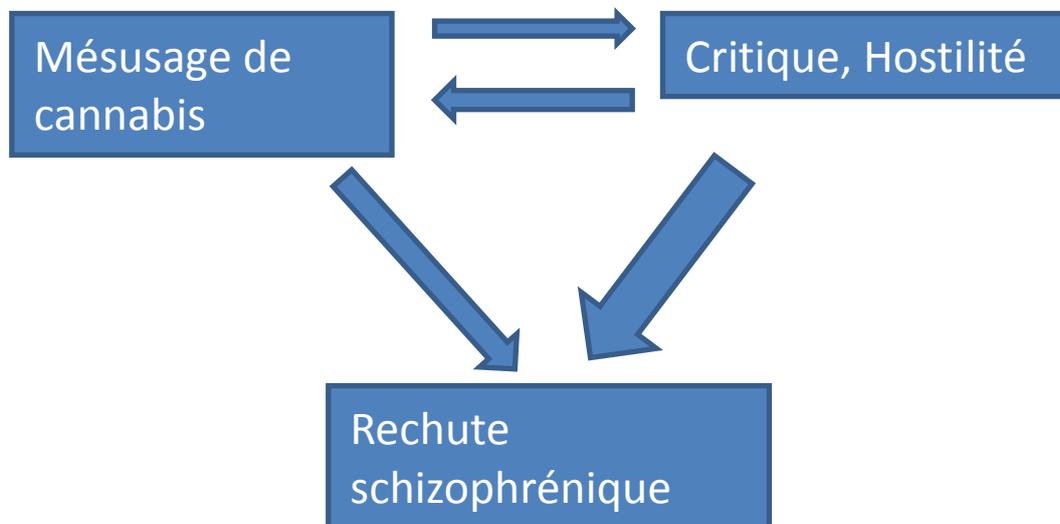
Un des éléments importants dans la relation entre proches et malades, plus encore dans notre contexte, est la consommation de cannabis. En effet, dans notre pratique quotidienne l'une des critiques omniprésentes est la sommation d'arrêter la consommation de cannabis souvent en lui attribuant les symptômes du troubles. Un FAS significativement plus élevé chez les consommateurs de cannabis versus non consommateurs est retrouvé dans notre étude. Plus encore les patients dépendant au cannabis ont un FAS plus élevé et le statut haut niveau EE est lié à la consommation de cannabis ce qui nous pousse à formuler l'hypothèse que ce haut niveau EE est secondaire à une attitude critique vis-à-vis de la consommation elle-même rendue responsable de la maladie. L'attribution de la maladie à la consommation de cannabis dans l'imaginaire collectif et même dans le milieu médicale jouerait un rôle dans cette attitude critique néanmoins la taille réduite de la sous population ou le patient est consommateur de cannabis n'a pas permis de vérifier l'association entre l'attribution de la maladie au cannabis et le niveau d'EE.

Dans la littérature peu de travaux ont été consacrés à la relation entre EE et usage de cannabis. . Pourmand et al. (53) suggère que l'effet du cannabis comme facteur de rechute peut se faire à travers un haut niveau EE et non pas un effet

psychopharmacologique de la molécule. D'un autre côté une étude récente (52) a relevé une relation longitudinale après un premier épisode de nature psychotique. Elle retrouve qu'une attitude critique au départ de l'étude prédit un mésusage de cannabis tandis que le mésusage de cannabis au départ de l'étude ne prédit pas un haut niveau EE. Selon ce travail la critique pourrait être un facteur stressant et l'usage de cannabis un moyen de gérer ce stress (moyen de coping) ce résultat va à l'encontre de notre interprétation de nos résultats , et apporte une explication alternative à l'association statistique EE et cannabis, suggérant que le mésusage de cannabis pourrait avoir comme cause un haut niveau EE. Le sens de l'association entre EE et cannabis est complexe et pourrait être donc bidirectionnel. Une meilleure connaissance de l'interaction entre ces deux éléments reconnus comme étant des facteurs de rechutes de la schizophrénie est nécessaire afin de guider les interventions de psychoéducation. Les proches en tentant d'améliorer le fonctionnement du malade qu'ils rattachent au cannabis, se montrent critiques et donc produiraient l'effet inverse et exposerait le patient à la rechute. Une étude (54) comparant 13 facteurs potentiellement prédicteurs de rechute schizophréniques retrouve que le haut niveau EE est les facteurs de rechute le plus puissant devant la consommation de cannabis elle retrouve également que dans le sous-groupe avec un haut niveau EE le cannabis est le facteur le plus puissant. Tous ses éléments doivent être pris en compte dans l'élaboration de toute intervention de psychoéducation.

Notre discussion sur la relation EE, cannabis et rechute schizophrénique est résumée dans le schéma suivant :

Schéma 1 : Interactions entre Emotion Exprimée, cannabis, et rechute schizophrénique.



Nous avons également étudié le lien entre les symptômes résiduels du patient et le niveau d'EE dans sa famille. Aucune corrélation n'a été trouvée entre les différentes dimensions mesurées par le PANSS et le niveau d'EE. Le même constat est fait par King et al 2003(55) n'ayant pas trouvé non plus de relation entre la sévérité des symptômes mesurés par le PANSS et EE. Bentsen et al (21) ne retrouve pas non plus de lien entre les dimensions du PANSS et le niveau EE sauf pour les symptômes cognitifs. Cette absence de lien entre la sévérité des différentes dimensions de la maladie et le niveau EE écarte relativement la critique souvent faite au concept d'EE qui consiste à dire que ce niveau n'est que le reflet immédiat des symptômes du malade. Nous rappelons que nous avons fait le choix méthodologique de n'inclure que des malades stabilisés depuis plus de 6 mois afin de mesurer l'attitude des patients indépendamment de la détresse que peut causer la rechute. Toujours dans le lien entre symptômes et EE, weisman 1998(22) a tenté de chercher quels symptômes été plus la cible de critiques et a retrouvé que les symptômes négatifs sont plus critiqués que les symptômes positifs. Il a expliqué cela par le fait que les proches ont tendance à penser que les symptômes négatifs sont intentionnels tandis qu'ils rattachent plus les signes positifs à la maladie.

Le résultat principal de notre travail est la forte association retrouvée entre le fait de dire éprouver un sentiment de honte envers le patient et le niveau élevé d'EE en effet ce facteur est peu étudié jusque-là. Wasserman et al. 2012 (43) retrouvent cette association chez 72 proches de patients schizophrènes ou il a pu prédire un haut niveau d'EE chez les membres de familles des patients avec un score élevé de sentiment de honte mesuré par le *Questionnaires assessing self-directed emotion*. D'autres travaux ont déjà suggéré cette association y compris dans d'autres types de populations (44-45-46). Weisman (2010) et McMurrich (2009) ont utilisé une

approche dispositionnelles dans l'évaluation du sentiment de honte, contrairement à Wasserman qui a utilisé une évaluation directe dite situationnelles. Ils n'ont pas objectivé de relation entre EE et honte. Cette divergence est expliquée par le fait que la recherche en psychologie sociale retrouve des associations entre émotions, croyances et comportement plus fidèlement quand les mesures sont contextuelles (47). Quant à la nature de cette association, Tracy et Robins, 2006 soutiennent que la honte est en corrélation avec une tendance à blâmer les autres en se basant sur des attributions externes comme événement déclenchant la honte. Ces attributions provoquent une attitude critique défensive à l'égard de ceux qui sont impliqués dans la situation qui déclenche la honte ainsi que la colère, la rage, et l'hostilité (Gilbert, 1998). Jenkins et Karno (1992) ont suggéré que la honte d'avoir un membre de la famille souffrant de schizophrénie peut faire le lit d'un haut niveau EE parce la honte motive la colère, l'hostilité et la critique.

Toujours afin de comprendre la dynamique qui aboutit à un haut ou bas niveau EE, nous avons exploré les représentations mentales des proches et leurs croyances par rapport à la maladie et ses manifestations. Et en se basant sur nos observations cliniques nous avons émis l'hypothèse selon laquelle une méconnaissance de la maladie et une interprétation des symptômes comme étant intentionnels jugés négativement par les proches pourrait jouer un rôle dans le déclenchement d'une attitude critique, hostile et ou le surinvestissement viserait à corriger le dysfonctionnement du malade.

Notre travail ne retrouve pas de lien significatif en se basant sur des questions directes sur aucune des dimensions explorées, en d'autres termes les proches qui disent connaître le diagnostic, ne jugent pas les agissements du patient, et ne lui font pas porter la responsabilité de sa maladie ne sont pas moins critiques ou hostiles que les autres. Cette absence de lien peut être expliquée par une faille méthodologique. En effet, il est probable que des questions directes ne reflètent pas

les dispositions mentales et les véritables croyances des proches. Une alternative sérieuse à cette interprétation est que les croyances et les représentations mentales peuvent agir indirectement par l'intermédiaire d'émotions négatives qu'elles pourraient provoquer à savoir la honte ou la colère, d'où l'attitude critique ou hostile. Un argument en faveur de cette hypothèse est la forte association retrouvée entre le fait de juger le comportement du malade comme étant immoral et le sentiment de honte ($p=0,001$). La même forte association est retrouvée avec le fait de dire que le patient est responsable de sa maladie ($P=0,002$). Nous examinons plus loin cette supposition. A cet égard, Plusieurs travaux ont exploré cette dimension chez les proches ; en se basant sur une vaste expérience clinique, Leff et Vaughn (1985) (41) ont fait valoir une caractéristique importante chez les sujets avec un faible EE qui était la compréhension relativement rationnelle des problèmes du patient et de la reconnaissance des symptômes comme étant des signes de maladie. Greenley (1986) (42) et Hooley (1985, 1987) (4) de manière indépendante ont suggéré que les attitudes haute niveau d'EE pourraient être conceptualisées comme reflétant les tentatives de contrôle visant la restauration ou le changement du comportement du patient. Ces idées ont conduit à tester des hypothèses sur les processus psychologiques impliqués dans l'EE. Greenley (42) a montré que les parents les plus anxieux et craintifs seraient susceptibles d'essayer de contrôler ou changer le comportement du patient. Plus encore, les parents qui considèrent le patient comme malade seraient moins susceptibles de faire face en utilisant le contrôle social.

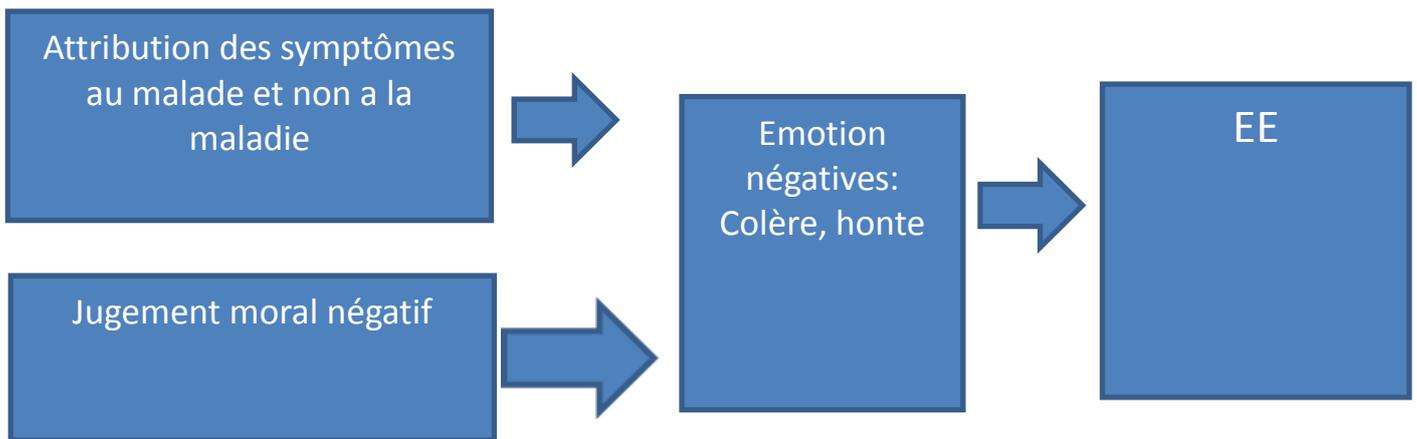
Ceci-dit là aussi, cette notion d'attribution souffre le problème de la validité des outils de mesures en effet le fait de poser des questions directes peut ne pas rendre compte des véritables représentations des patients. De là est né le besoin d'outils de mesure qui soient basés sur l'enregistrement des proches au moment où ils s'expriment librement. C'est le cas de l'échelle Leeds Attributional Coding System

LACS (47) qui montre une bonne validité. Une revue de littérature (49) a regroupé plusieurs publications qui ont étudiés le lien entre EE et attributions (LACS) ainsi que leur rôle dans le processus de rechute. Une tendance générale se dégage de cette revue à savoir que les proches critiques sont plus susceptibles de désigner les patients comme responsables de leurs difficultés. En examinant l'association entre les attributions et la rechute du patient, il est conclu que les croyances des proches peuvent jouer un rôle dans le processus de rechute dans une variété de façons. Y compris par la prise de contrôle sur le comportement des patient, ce qui augmenterait le stress chez le patient ou baisserai son estime de soi. Cette revue de littérature s'attarde sur certaines limites méthodologiques mais aussi sur l'impossibilité de déterminer le sens de l'association attributions EE. Autrement dit, là aussi, il est difficile de déterminer si les attributions sont une cause ou une conséquence d'une attitude critique.

A la lumière de nos résultats, et En l'absence d'association directe entre les attributions externes (le malade est responsable de son trouble) et un haut niveau d'EE, nous avons examiné le lien entre les attributions et le sentiment de honte. Si en matière de schizophrénie nous n'avons pas trouvé d'études objectivant ce lien nous nous sommes basé sur un modèle proposé par Tracy et Robins (63) selon lequel les attributions externes ,qui désignent le fait d'attribuer une cause externe à un évènement inacceptable, conduisent à des émotions non-consciente comme la colère, la honte ou la culpabilité qui elles provoque une attitude critique. Cependant les relation entre les attributions et le sentiments négatifs notamment la honte restent peu élucidées, en effet les attribution peuvent aussi servir de mécanismes de régulation face au sentiment de honte (50-51)afin de diminuer son impact sur l'estime de soi (l'exemple de blâmer quelqu'un d'autre afin de diminuer son sentiment de honte lié à une sous-estime de soi). Nous concluons donc que le haut niveau EE dans notre échantillon est probablement liés à des affectes négatifs

notamment le sentiment de honte ces sentiment étant déclenchés par des représentations mentales sur la maladie attribuant cette dernière au comportement du malade.

Schéma 2 : modèle attribution/Emotions/EE



Les résultats de notre travail apportent un argument en faveur de la nécessité de développer et d'évaluer des interventions psycho éducatives adaptées à notre population locale et visant à aider les parents à adopter une attitude moins critique envers les patients et également à modifier leurs croyances et cognitions autour de la nature du trouble et de ses manifestations cliniques. Ils soulignent également la nécessité d'apporter un soutien aux proches de patients de leur procurer une écoute, d'intégrer le dépistage et le traitement de toute détresse psychologique dans le prise en charge globale de la schizophrénie. Quant à la question fréquente de la comorbidité avec l'usage de cannabis, nos résultats seraient en faveur d'adopter une attitude plus neutre et moins directrice des proches et de privilégier un travail de motivation basé sur une alliance thérapeutique où les proches joueraient le rôle de soutien plutôt que de tenter de prendre le contrôle de la consommation.

Enfin, notre travail souffre un certain nombre de limites méthodologiques. En premier c'est notre outil de mesure malgré une bonne spécificité et sensibilité dans la mesure des commentaires critiques et de l'hostilité il ne rend pas compte du niveau du surinvestissement qui constitue une composante essentielle de l'échelle CFI reconnue comme étant le Gold standard en matière d'EE. Le recours au FAS est expliqué par sa disponibilité et sa facilité d'usage étant un auto-questionnaire. Nous avons utilisé la version française du FAS et une traduction en arabe dialectale en hétéro questionnaire pour les proches non francophones. Deuxièmement, nous avons adopté une approche directe pour l'exploration des croyances et représentations mentales liées à la maladie et ce dans une optique de simplification de communication avec les proches des malades étant donné que le niveau culturel de la population étudiée et globalement bas. Par ailleurs, notre travail ne prend pas en compte la dimension affective chez les proches dans sa globalité, en effet la dimension dépressive, le neuroticisme ainsi que les troubles anxieux chez les

proches peuvent jouer un rôle dans la dynamique qui détermine le niveau EE et des études ultérieures devraient combler ce manquement étant donné que durant l'étude plusieurs proches ont exprimé une souffrance psychique ou ont montré une réaction émotionnelle.

6 Conclusion :

La prise en charge de la schizophrénie passe essentiellement par le traitement médicamenteux et néglige souvent les aspects psycho-sociaux qui revêtent un intérêt majeur et déterminent fortement les cours de la maladie. Si la psychoéducation prend de plus en plus de place dans cette prise en charge, il existe un besoin de compréhension des mécanismes psycho-sociaux qui interviennent à ce niveau et ce tenant compte des particularités culturelles locale. Nous avons tenté à travers une étude transversale d'apporter des données psychométriques sur le climat familial comme facteur de risque majeur de la rechute et nous avons exploré les facteurs associés à un climat délétère, nos résultats vont dans le sens que le milieu familiale devient un facteurs de rechute quand le poids de la charge porté par la famille est grand, quand le patient est consommateur à fortiori dépendant au cannabis et quand les membre de la famille ressent de la honte vis-à-vis du malade. Tous ces éléments doivent être confirmés par d'autres études et doivent guider toute intervention de psychoéducation centrée sur la famille.

REFERENCES :

- (1) BROWN, G.W., MONCK, E.M., CARSTAIRS, G.M., WING, J.K., 1962, Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55–68.
- (2) VAUGHN, C, LEFF, J., 1976a, The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157–165.
- (3) BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.K., 1972, Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : A replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241–258.
- (4) HOOLEY, J.M., 1986, An introduction to EE measurement and research, in *Treatment of Schizophrenia : Family Assessment and Intervention*, Goldstein, M.J., Hand, L, Hahlweg, K., (Eds.), Berlin, Springer-Verlag, 25–34.
- (5) PARKER, G., HADZI-PAVLOVIC, D., 1990, Expressed emotion as predictor of schizophrenic relapse : An analysis of aggregated data, *Psychological Medicine*, 20, 961–965.
- (6) GOLDSTEIN, M., MIKLOWITZ, D., STRACHAN, A., DOANE, J., NUECHTERLEIN, K., FEINGOLD, D., 1989, Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterize the families of recent onset schizophrenics, *British Journal of Psychiatry*, 155, 107–111.
- (7) HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J., GREENWALD, D.R., JAVNA, C.D., MADONIA, M.J., 1986, Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 43, 633–642

- (8)LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN, R., STURGEON, D., 1982, A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 141, 121–134.
- (9)King, S., & Rochon, V. (1995). Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 99–117.
- (10)Tomaras V, Mavreas V, Economou M, et al. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment : A 3-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000 ; 35 : 487–93.
- (11) Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001 ; 27 : 73–92.
- (12) Nugter, A., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Linszen, D., & Gersons, B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 72(1), 23–31.
- (13)Lenior, M. E., Dingemans, P. M., Schene, A. H., Hart, A. A., & Linszen, D. H. (2002). The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia research*, 57(2), 183–190.
- (14) Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I., & Daren, A. (2013). The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 208–214.
- (15) Hooley, J. M., & Hoffman, P. D. (2014). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder.
- (16) Tompson, M. C., Pierre, C. B., Boger, K. D., McKowen, J. W., Chan, P. T., & Freed, R. D. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*, 38(1), 105–117.

- (17) Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., & Link, B. G. (2014). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder.
- (18) Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 69–80.
- (18 bis):Przeworski, A., Zoellner, L. A., Franklin, M. E., Garcia, A., Freeman, J., March, J. S., & Foa, E. B. (2012). Maternal and Child Expressed Emotion as Predictors of Treatment Response in Pediatric Obsessive–Compulsive Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 337–353.
- (19) TARRIER N. Changes in the electrodermal activity of schizophrenic patients associated with changes in the expressed emotion status of their relatives. *Psychopathology* 1991 ; 24 : 203–8.
- (20) Kavanagh DJ. Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992 ; 160 : 601–20.
- (21) Bentsen H, Notland TH, Boye B, et al. Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses : Demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr Scand* 1998 ; 97 : 76–85.
- (22)Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, et al. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol* 1998 ; 107 : 355–9.
- (23) Van Os J, Marcelis M, Germeys I, et al. High expressed emotion : Marker for a caring family ? *Compr Psychiatry* 2001 ; 42 : 504–7.
- (24) Scazufca M , Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1998 ; 28 : 453–61.

- (25)Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, *70*, 185–195.
- (26) Fujita, H., Shimodera, S., Izumoto, Y., Tanaka, S., Kii, M., Mino, Y., & Inoue, S. (2002). Family Attitude Scale: Measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research*, *110*, 273–280.
- (27)Kavanagh, D. J., Pourmand, D., White, A., Robertson, D., Halford, K., & Vaughan, K. (2008). Predictive validity of the Family Attitude Scale in people with psychosis. *Psychiatry research*, *160*(3), 356–363.
- (28) Mottaghipour Y, Pourmand D, Maleki H, Davidian L. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;*36*:195–199.
- (29) Wig NN, Menon DK, Bedi H, Leff J, Kuipers L, Ghosh A, et al. Expressed emotion and schizophrenia in north India. II. Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. *Br J Psychiatry* 1987;*151*:160–165.
- (30)Ran MS, Leff J, Hou ZJ, Xiang MZ, Wan CLW. The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu, China. *Cult Med Psychiatry* 2003;*27*:95–106..
- (31)Okasha, A., El-Akabawi, A., Snyder, K., et al (1994) Expressed emotion, perceived criticism and relapse in depression: a replication in an Egyptian community. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1001–1005.

- (32) Kamal, A. (1995) Variables in expressed emotion associated with relapse: a comparison between depressed and schizophrenic samples in an Egyptian community. *Current Psychiatry*, 2, 211–216.
- (33) Brewin, C. R. (1994). Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 905–911.
- (34) Weisman, A., Lopez, S. R., Karno, M., & Jenkins, J. (1993). An attributional analysis of expressed emotion in Mexican American families with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 601–606.
- (35) Barrowclough, C., Tarrier, N., & Johnston, M. (1994). Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25, 67–88.
- (36) Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 298–306.
- (37) Lopez, S. R., Nelson, K. A., Snyder, K. S., & Minz, J. (1999). Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 307–314.
- (38) Wendel, J. S., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., & George, E. L. (2000). Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 792–796.

- (39) Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C., & Quinn, J. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 371–385.
- (40) TARRIER, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., & Burns, A. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 340–349.
- (41) Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: The Guilford Press.
- (42) Greenley, J. R. (1986). Social control and expressed emotion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 24–30.
- (43) Wasserman, S., de Mamani, A. W., & Suro, G. (2012). Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 196(1), 27–31.
- (44) Harrison, C., Dadds, M., 1992. Attributions of symptomatology: an exploration of family factors associated with expressed emotion. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 26, 408–416.
- (45) Jenkins, J., Karno, M., 1992. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *The American Journal of Psychiatry* 149, 9–21.
- (46) Ryan, M.T., 1993. Shame and expressed emotion: a case study. *Sociological Perspectives* 36, 167–183.
- (47) Myers, D.G., 2010. *Social Psychology*, 10th ed. The McGraw-Hill Companies, Inc, New York.
- (48) Stratton, P., Munton, A., Hanks, H., Heard, D., & Davidson, C. (1986). *Leeds Attributional Coding System manual*. Leeds, UK: University of Leeds.

- (49) Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 23(6), 849–880.
- (50) Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Shame and guilt. New York: Guilford.
- (51) Scheff, T. J. (1998). Shame in the labeling of mental illness. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 191–205). Oxford, UK: Oxford University Press.
- (52) Gonzalez-Blanch, C., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Crisp, K., McGorry, P. D., & Alvarez-Jimenez, M. (2015). Longitudinal relationship between expressed emotion and cannabis misuse in young people with first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 30(1), 20–25.
- (53) Pourmand D, Kavanagh DJ, Vaughan K. Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:473–8.
- (54) Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Nugter, M. A., Van der Does, A., Scholte, W. F., & Lenior, M. A. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 23(1), 119.
- (55) King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 117(3), 211–222.
- (56) BARRELET, L., PELLIZZER, G., AMMANN, L., 1988, Family expressed emotion and outcome of schizophrenics: A study in a French cultural environment, *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 139, 27
- (57) COZOLINO, M., GOLDSTEIN, J., NUECHTERLEIN, K., WEST, K., SNYDER, K., 1988, The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion, *Schizophrenia Bulletin*, 14,4, 675–6

- (58) HOGARTY, G.E., MCEVOY, J.P., MUNETZ, M., DIBARRY, A.L., BARTONE, P., CATHER, R., COOLEY, S.J., ULRICH, R.F., CARTER, M., MADONIA, M.J., 1988, Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia: Results of a two-year controlled study, *Archives of General Psychiatry*, 45, 797–805
- (59) KARNO, M., JENKINS, J.H., DE LA SELVA, A., SANTANA, R, TELLES, C, LOPEZ, S., MINTZ, J., 1987, Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143–151.
- (60) LEFF, J., WIG, N.N., BEDI, H., MENON, D.K., KUIPERS, L., KORTER, A., ERNBERG, G., DAY, R., SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., 1990, Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: A two-year follow-up of a first-contact sample, *British Journal of Psychiatry*, 156, 351–356.
- (61) PARKER, G., JOHNSON, R, 1987, Parenting and schizophrenia: An Australian study of expressed emotion, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 60–66.
- (62) Magana, A. B., Goldstein, J. M., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203–212.
- (63) Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2006). Appraisal antecedents of shame and guilt: Support for a theoretical model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(10), 1339–1351. 64 18 bis

ANNEXES:

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE :

Numéro du questionnaire : Dates des entretiens :

Num dossier du patient ,:.....IP.....Num Tel :.....

1 Données du proche :

Père Mere Frere sœur conjoint

Age :

Niveau culturel : analphabète Primaire secondaire lycée université

Connaissez-vous la maladie ? Oui Non si Oui laquelle ?

Quelle est sa cause ?

La drogue est elle la cause principale ? Oui Non

Le malade y est pour quelque chose ? Oui Non

Considérez-vous les agissements du malade comme immoraux : Oui Non

Le malade est il parfois source de honte ? Oui Non

Nombre de proches sous le même toit :

Famille nucléaire : Oui Non

Revenu familial : Moins de 3000Dh Entre 3000DH et 6000DH Plus de 6000Dh

Le malade participe il financièrement : Oui Non

Est-il le pricipalement en charge de la famille ? Oui Non

Milieu : Rural Urbain

2 Le patient :

Age : sexe : M F Etat marital : célib Marié Divorcé veuf

Actif : oui Non Niv scolaire : Analph prim sec Univ

Forme clinique : Paranoïde Désorganisée Catatonique Indifférencié

Suivi depuis :ans Nombre d'hospit :Durée cumulé d'hospitalisation :

Consommation de cannabis : Non Occasionelle Quotidienne

ECHELLE FAS (version française)

	<i>Tous les jours</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
1. Il est agréable d'être en contact avec elle / lui					
2. Elle / il m'épuise					
3. Elle / il ignore mes conseils					
4. Elle / il est difficile à supporter					
5. Je lui crie contre					
6. J'aimerais qu'elle / qu'il ne soit pas là					
7. J'ai l'impression qu'il/elle me rend fou/folle					
8. Je perds mon calme avec elle / lui					
9. Il est facile de s'entendre avec elle / lui					
10. J'en ai assez de devoir m'occuper d'elle / lui					
11. Elle / il me crée exprès des problèmes					
12. J'aime être avec elle / lui					
13. Elle / il est un vrai fardeau					
14. Je me dispute avec elle / lui					
15. Je me sens très proche d'elle / lui					
16. J'arrive à me débrouiller avec elle / lui					

17. C'est trop pour moi de vivre avec elle / lui					
18. Elle / il me rend furieux/se					
19. Je me trouve à lui dire des choses méchantes ou moqueuses					
20. Elle / il apprécie ce que je fais pour elle / lui					
21. J'ai l'impression qu'il/elle devient de plus en plus facile à vivre					
22. J'aimerais qu'elle / qu'il me laisse tranquille					
23. Elle/il me traite comme si j'étais à sa disposition					
24. Elle / il arrive à se contrôler					
25. Il est difficile de se rapprocher d'elle / de lui					
26. J'ai l'impression qu'elle/il devient de plus en plus difficile à vivre.					
27. Je me sens frustré(e) avec elle / lui					
28. Elle / il a du bon sens					
29. Je suis déçu d'elle / de lui					
30. Elle / il essaie de bien s'entendre avec moi					

Echelles PANSS :

Echelle positive

P 1 Idées délirantes. 1 2 3 4 5

6 7

P 2 Désorganisation conceptuelle. 1 2 3 4 5

6 7

P 3 Activité hallucinatoire. 1 2 3 4 5

6 7

P 4 Excitation. 1 2 3 4 5

6 7

P 5 Idées de grandeur. 1 2 3 4 5

6 7

P 6 Méfiance/Persécution. 1 2 3 4 5

6 7

P 7 Hostilité. 1 2 3 4 5

6 7

Echelle négative

N 1 Emoussement de l'expression des émotions 1 2 3 4 5

6 7

N 2 Retrait affectif. 1 2 3 4 5

6 7

N 3 Mauvais contact. 1 2 3 4 5

6 7

N 4 Repli social passif/apathique. 1 2 3 4 5

6 7

N 5 Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5
6 7	
N 6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5
6 7	
N 7 Pensée stéréotypée.	1 2 3 4
5 6 7	

Echelle psychopathologique générale

G 1 Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5
6 7	
G 2 Anxiété	1 2 3 4
5 6 7	
G 3 Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5
6 7	
G 4 Tension	1 2 3 4
5 6 7	
G 5 Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5
6 7	
G 6 Dépression.	1 2 3 4
5 6 7	
G 7 Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5
6 7	
G 8 Manque de coopération.	1 2 3 4 5
6 7	
G 9 Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4
5 6 7	

G 10 Désorientation.	1 2 3 4
5 6 7	
G 11 Manque d'attention.	1 2 3 4
5 6 7	
G 12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5
6 7	
G 13 Trouble de la volition.	1 2 3 4 5
6 7	
G 14 Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5
6 7	
G 15 Préoccupation excessive de soi (tendance autistiques).	1 2 3 4 5 6
7	
G 16 Evitement social actif.	1 2 3 4 5
6 7	

Résumés des interventions de psychoéducation visant à réduire le niveau d'EE

Family psychoeducational studies				
Study	Subjects	Treatment	Comparison condition	Results
Falloon et al. (1982) Falloon and Pederson (1985)	36 schizophrenia patients living with high-EE relatives or judged to be at high risk for relapse	Behavioral family therapy: problem-solving and communication skills training in family home. 3 months of intensive therapy with 6 months of followup sessions	Supportive individual psychotherapy with brief family counseling	Significantly fewer relapses in family treatment group at 9 months ($p < 0.01$)
Leff et al. (1982, 1985)	24 schizophrenia subjects with high-EE relatives	Education of relatives, relatives' group, family therapy in home	Regular hospital followup, little family contact	Significantly reduced relapses for family treatment group at 9 months ($p > 0.05$); nonsignificant reduction at 2 years
Kottgen et al. (1984)	29 schizophrenia patients living with high-EE relatives	Education and discussion in patient-only and relative-only groups	Standard aftercare	No differences in relapse rates between groups
Glick et al. (1985) Haas et al. (1988)	80 patients with schizophrenia or schizophreniform disorder, 60 with major affective disorder	Inpatient family intervention of at least six sessions: education, identification of current and future stressors	Intensive standard inpatient care	Treatment had significant positive effect on symptoms for female patients and family ratings for patient subgroups
Hogarty et al. (1986, 1991)	103 schizophrenia subjects living in high-EE households	Education, discussion, communication, and problem-solving training for 2 years	Day hospital alone, social skills training	Family treatment significantly reduced relapse at 1- and 2-year followup ($p < 0.01$)
Tarrier et al (1988)	83 schizophrenia subjects: 64 high-EE and 19 low-EE comparison	Behavioral program for 9 months emphasizing education, stress management, problem solving, and goal setting	Education only (two brief sessions) or routine treatment	Family treatment significantly reduced relapse and psychiatric symptomatology at 9 months and 2 years
Leff et al. (1989)	24 schizophrenia patients living with families classified as high EE	Education, discussion, family therapy in the home	Education plus relatives' support group	No significant differences between the groups in relapse rates at 2 years (33% vs. 36%); no evidence of improvement of social functioning
Levene et al. (1989)	10 schizophrenia patients with poor medication compliance, weekly family	Focal family therapy	Supportive management counseling	Improvement in both groups on symptoms, community tenure, and social functioning; no group

	contact, and formulation of a "focal issue"			differences
Vaughan et al. (1992)	36 schizophrenia patients living with both parents, at least one rated as high EE	10-week program for relative oriented to building alliance and problem solving	Standard outpatient care	No difference in relapse rates or symptoms between groups
Zastowny et al. (1992)	30 schizophrenia patients on intermediate length of stay inpatient unit with family available	Behavioral family management based on work of Falloon	Supportive family management	Improvement from pretreatment in both groups on symptoms, community tenure, and functioning; no group differences
Randolph et al. (1992)	41 schizophrenia patients with 4 hours/week of family contact	Clinic-based behavioral family management developed by Falloon and others	Standard services	Treatment group had significantly fewer relapses at 1 year ($p < 0.01$)
McFarlane et al. (1995)	172 schizophrenia patients with 10 hours per week of family contact and attendance at three engagement sessions and a formal educational program and/or treatment session	Psychoeducational multifamily group	Psychoeducational single-family group	Significantly fewer relapses in multifamily group for study completers. Multifamily superior for more symptomatic, white, high-EE patients and families. Significant improvement in employment in both groups, with trend favoring multifamily condition
Treatment Strategies for Schizophrenia (Nina Schooler, personal communication, (April 1995)	528 schizophrenia patients living with family or having substantial family contact and candidates for treatment with antipsychotic medication	Applied behavioral intervention based on Falloon's model	Supportive family intervention with psychoeducation and monthly support groups	No substantive differences between family treatment groups