

# Les réactions des familles japonaises aux désordres mentaux

K. ASAI \* (TOGANE City, Japon)

**SUMMARY :**

**LES RÉACTIONS DES FAMILLES JAPONAISES AUX DÉSORDRS MENTAUX**

*RESPONSES OF JAPANESE FAMILIES TO MENTAL DISORDER*

by K. ASAI

« Psychologie Médicale », 1983, 15, 14 : 2371-2375

*The Japanese families respond to the onset of mental illness, and to psychotic manifestations in particular, in certain characteristic ways. They tend to minimize it at first, either through denial or rationalization or somatization, attributing the illness to being neurotic or psychophysiological in nature. The families who choose to minimize the mental illness tend to keep the sick individual long at home, and consult a psychiatrist with reluctance as a last resort only after the family resources and tolerance come to the point of exhaustion.*

**KEY-WORDS :** Response - Family - Mental Illness.

## Introduction

La famille japonaise a un rôle très important à jouer dans les soins de son membre qui souffre d'une maladie mentale. C'est elle qui assume la responsabilité pour son malade, et en effet beaucoup de familles le font avec succès. En même temps c'est la famille qui a le pouvoir d'interner son malade, même si celui-ci ne consent pas à l'hospitalisation. Par conséquent, une enquête sur l'idée que la famille japonaise se fait du désordre mental et sur son attitude à l'égard du malade mental serait d'une suprême importance pour évaluer l'efficacité du système japonais en ce qui concerne la présentation des soins psychiatriques.

Notre étude (qui fait partie d'une série de recherches au sujet des « Méthodes d'avoir recours aux assistances psychiatriques au Japon ») s'occupera de la réaction de la famille qui fait face à la découverte du comportement inquiétant ou violent l'un de ses membres qui s'écarte de la norme.

## Méthode

Dans cette étude sont compris 100 cas de malades qui se sont présentés à l'Hôpital Psychiatrique Asai pour la première fois entre le 30 mars et le 30 juin 1980. L'étude concerne surtout le processus interpersonnel qui a lieu depuis le moment où la famille se rend compte du comportement malsain d'un de ses membres jusqu'au moment où elle décide d'avoir recours aux assistances psychiatriques, et elle se base sur des renseigne-

ments obtenus pendant des entrevues avec le malade et sa famille. Parmi les membres de famille enquêtés ainsi sont : l'époux ou l'épouse du malade, ses parents, ses frères et sœurs, ses enfants, ses grands-parents, et d'autres personnes.

## Résultats

Les résultats sont montrés dans les tableaux I à VIII. La distribution par âge et sexe des 100 malades, et leurs caractéristiques socio-démographiques (état civil, éducation, religion, mode de vie et résidence) correspondent approximativement à ceux des malades soignés dans l'Hôpital Psychiatrique Asai pendant les années précédentes. (Tableau I).

Le tableau II montre l'interprétation que la famille se fait des problèmes psychotiques, et la correspondance entre cette interprétation et le délai avant d'avoir recours au psychiatre. Des 29 cas psychotiques de notre échantillon, dix (34.5 %) étaient vus comme "psychotiques" par leur famille, tandis que neuf (31 %) étaient considérés comme névrotiques, psycho-physiologiques, ou des cas de maladaptation sociale, et neuf étaient vus comme ayant à faire avec des superstitions, ou comme rien de très grave. Il est évident que la famille tend à interpréter des problèmes psychotiques ou de graves changements dans le comportement d'un des leurs comme des problèmes névrotiques, insinuant ainsi que l'étiologie de la maladie doit être psychosociale ou psycho-physiologique, et soulignant les aspects somatiques du problème.

\* Docteur Kunihiro ASAI, M.D., Hôpital Psychiatrique Asai, 38 Katoku, TOGANE CITY, Chiba prefecture, (Japan).

Tirés à part : docteur Kunihiro ASAI, adresse ci-dessus.

TABLEAU I  
Caractéristiques des sujets (N = 100)

1. <i>Age</i>	(%)	4. <i>Education</i>	(%)	6. <i>Religion</i>	(%)
jusqu'à 19 ans	9	classes 1- 6	24	aucune	22
20 - 29 ans	23	classes 7- 9	34	Inconnue	5
30 - 39 ans	18	classes 10-12	24	bouddhisme	
40 - 49 ans	17	université	14	traditionnel	20
50 - 59 ans	17	Inconnue	4	nouveau	13
60 - 69 ans	9			chrétienne	1
+ de 70 ans	7	5. <i>Occupation</i>			
2. <i>Sexe</i>		aucune	22	7. <i>Mode de vie</i>	
hommes	64	femme au foyer	11	seul	10
femmes	36	étudiant	7	famille nucléaire	43
		agricole	7	autre famille	43
		ouvrier	17	autres personnes	4
3. <i>Etat civil</i>		ouvrier spécialisé	19		
célibataire	36	cadres	17	8. <i>Lieu de résidence</i>	
marié	46			ville	9
séparé ou divorcé	14			environs de ville	27
veuf	4			village agricole	49
				région côtière	15

TABLEAU II

Interprétation faite par la famille des problèmes psychotiques.  
par rapport à l'intervalle entre manifestation des symptômes  
et recours au psychiatre

	Cas 29	Intervalle
Psychotiques	10	189 jours
Non-psychotiques (névrotiques, psycho- physiologiques ou maladaptation sociale)	9	152 jours
Autres (superstitions ou « rien de grave »)	9	423 jours
Inconnu	1	

On remarque aussi que l'intervalle de temps qui doit passer après la première manifestation du problème et avant qu'on ait recours au psychiatre change selon l'interprétation que la famille donne au problème psychopathologique. Les malades vus par leur famille comme psychotiques sont soumis au psychiatre dans moins de 189 jours après la manifestation des symptômes, et ceux vus comme non-psychotiques dans moins de 152 jours, tandis que les malades vus comme souffrant d'une maladie d'origine superstitieuse ou comme souffrant de rien de grave ont besoin d'un moyen de 423 jours avant d'être soumis au psychiatre. Autrement dit, le tableau II montre très clairement le rôle essentiel que la perception et l'interprétation des premiers problèmes (symptômes, comportement) du malade par sa famille jouent, pour déterminer quelle assistance la famille va chercher, en particulier en ce qui concerne son recours au psychiatre.

Le Tableau III montre l'attitude de la famille à l'égard de la réaction des voisins. 66 % des familles ne prêtent aucune attention à ce que leurs voisins pensent du comportement aberrant du malade, 10 % des familles dissimulent ou essaient de cacher ce comportement, et 19 % des familles cherchent l'aide des voisins. L'attitude de « ne pas prêter attention » a été trou-

TABLEAU III  
Attitude de la famille aux réactions des voisins

	Né prêtent pas attention	tendance à cacher	cherchent de l'aide	sans application
Type de problème N = 100	66 %	10 %	19 %	5 %
Psychotiques 29	20	2	5	2
Alcooliques ou renifleurs de colle plastique 25	17	1	6	1
Non-psychotiques 46	29	7	8	2

vée dans beaucoup de familles avec les problèmes suivants : comportement psychotique (78 %), renifleurs de colle plastique (67 %), problèmes psycho-physiologiques (71 %), maladaptation sociale (100 %). L'attitude dissimulatrice dominait dans 4 à 24 % des cas. En comparaison avec l'étude faite par le même auteur en 1972 sur « L'attitude des familles envers la schizophrénie » — qui avait trouvé que 70 % des familles craignaient la stigmatisation sociale, et que 15 % des familles déclaraient que leur travail ou leur mariage avaient subi des effets adverses par le fait qu'un des leurs avait été soigné dans un hôpital psychiatrique — il paraît que l'attitude de la famille des malades mentaux envers la société a changé sensiblement. Ceci peut être attribué à la diffusion de connaissances en ce qui

concerne la santé mentale, qui aboutit à une attitude plus éclairée.

Le Tableau IV (changement dans les rapports familiaux après le début des problèmes psychiatriques) montre les résultats suivants : dans 43 % des familles on n'a constaté aucun changement, dans 5 % des familles on a constaté un « changement positif », et dans 47 % des familles, on a constaté des « changements négatifs ». La fréquence des « changements négatifs » notés dans la famille des malades psychotiques, des alcooliques et des renifleurs de colle plastique est la même, c'est-à-dire entre 52 et 60 %, tandis que chez la famille des malades non-psychotiques on a trouvé des « changements négatifs » dans 37 % des cas.

TABLEAU IV  
Changement dans les relations familiales à la suite des troubles psychiatriques

		Pas de changement	Changement positif	Changement négatif	Pas de famille
Type de problème	N = 100	43 %	5 %	47 %	5 %
Psychotiques	29	10	2	15	2
Alcooliques ou renifleurs de colle plastique	25	9	0	15	1
Non-psychotiques	46	24	3	17	2

Selon le Tableau V (réaction de la famille aux assistances psychiatriques) il est apparent que les familles des malades mentaux ont une forte réaction positive envers les assistances psychiatriques : une moyenne de 80 % d'elles donnent leur plein consentement aux soins psychiatriques que reçoit leur malade.

Il est possible que ceci indique aussi le rôle que la famille joue dans la décision sur le choix des interventions pour le malade, puisque le malade est hospitalisé seulement quand sa famille s'y décide.

TABLEAU V  
Réactions de la famille aux soins psychiatriques

		Plein consentement de tous les membres de famille	Consentement partiel des membres de famille	Indifférente	Pas de famille
Type de problème	N = 100	80 %	1 %	14 %	5 %
Psychotiques	29	27	0	0	2
Alcooliques ou renifleurs de colle plastique	25	19	0	5	1
Non-psychotiques	46	34	1	9	2

Le Tableau VI montre l'attitude du malade lui-même à l'égard du recours au psychiatre. 16 malades avaient recours au psychiatre de leur propre volonté, dont un seul avait des problèmes « psychotiques-psychiatriques » : la plupart avaient des problèmes « non-psychotiques-psychiatriques » ou « psychophysiologicals ». 58 malades consentaient à avoir recours au psychiatre quand leur famille le leur proposait.

Le Tableau VII montre le niveau de compréhension de la part de la famille en ce qui concerne la signification de l'hospitalisation de leur malade. En soumettant leur malade au psychiatre pour la première fois, 69 % des familles attendent qu'il soit interné dans un hôpital psychiatrique tout de suite particulièrement quand il s'agit d'un malade « psychotique et inquiétant pour les autres » ou d'un malade alcoolique. Vraisemblablement ces familles sont déjà arrivées au bout de leur tolérance du malade chez eux avant d'avoir recours au psychiatre, et ainsi elles

demandent l'hospitalisation immédiate du malade afin de se soulager.

Neuf malades psychotiques sont hospitalisés par force ou par ruse. Ce chiffre représente 31 % du total de 29 malades psychotiques de notre échantillon, et mérite notre attention. « Par force » veut dire que la famille elle-même, seule ou avec l'aide des parents, des voisins et parfois de la police, contraint le malade par force physique à entrer à l'hôpital. « Par ruse » fait allusion à un usage assez répandu au Japon quand la famille n'obtient pas du malade son consentement à être hospitalisé : sous prétexte de l'emmener à un médecin, la famille l'emmène directement à l'hôpital psychiatrique où il est admis, souvent dans un état d'inconscience après médicament ou piqûre administrée par un médecin. Pourvu que cette ruse ait l'approbation de la famille, ou que la famille elle-même l'ait demandée, on ne pose pas en général de question de légalité. Il est à remarquer que cet usage de force ou de ruse est employé même pour certains malades non-psychotiques (six cas, 13 % de notre échantillon).

TABLEAU VI  
Attitude du malade à la consultation psychiatrique

		De sa propre volonté	Avec son consentement	Par force	Par ruse	Autre
Type de problème	N = 100	16 %	58 %	10 %	9 %	7 %
Psychotiques	29	1	18	4	5	1
Alcooliques ou renifleurs de colle plastique	25	2	17	3	1	2
Non-psychotiques	46	13	23	3	3	4

TABLEAU VII  
Compréhension de la famille des buts d'une visite à l'hôpital

		Buts diagnostiques	Conseils pour soins	Malade suivi en consultation	Hospitalisation
Type de problème	N = 100	13 %	1 %	17 %	69 %
Psychotiques	29	3	0	4	22
Alcooliques ou renifleurs de colle plastique	25	0	1	0	24
Non-psychotiques	46	10	0	13	23

Le Tableau VIII (niveau de récupération attendu par la famille) montre que seulement 31 familles attendent la récupération totale du malade après sa sortie de l'hôpital, tandis que 47 familles ne demandent que le soulagement des symptômes et l'amélioration en partie du comportement du malade. Il est clair que les espérances des familles ne sont pas très grandes.

Qu'est-ce que ces espérances limitées signifient ? Peut-être qu'elles reflètent l'épuisement des familles qui ont déjà subi une longue et pénible lutte avec leur malade. Peut-être aussi qu'elles reflètent l'opinion des familles sur l'efficacité de la psychiatrie, et qui s'attache à la stigmatisation de la maladie mentale considérée comme « inguérissable ».

TABLEAU VIII  
Niveau de récupération prévue par la famille à la suite de l'hospitalisation

		Santé rétablie comme avant	Ne dérange pas les autres	Amélioration de symptômes	Abstention de l'alcool ou perte de poids	Pas de prévisions
Type de problème	N = 100	31 %	8 %	39 %	21 %	1 %
Psychotiques	29	12	3	12	1	1
Alcooliques ou renifleurs de colle plastique	25	3	1	3	18	0
Non-psychotiques	46	16	4	24	2	0

### Conclusions

Les familles japonaises ont des réactions caractéristiques au début d'une maladie mentale, et particulièrement aux symptômes psychotiques.

1. Elles ont une tendance à minimiser la maladie au commencement, soit par reniement ou rationalisation, soit par somatisation, en attribuant les manifestations de la maladie à des origines névrotiques ou psycho-physiologiques.

2. La stigmatisation des maladies mentales, selon la tradition répandue au Japon, existe encore, mais semble avoir diminué pendant la dernière décennie.

3. La présence d'une maladie mentale dans une famille paraît avoir un effet négatif sur les rapports familiaux dans à peu près la moitié de notre échantillon.

4. La famille assume une responsabilité importante dans le choix des interventions pour la maladie, souvent ne tenant aucun compte de ce que désire le malade lui-même.

5. Les familles qui minimisent la maladie mentale ont une tendance à garder le malade à la maison le plus possible, et n'ont recours au psychiatre que comme dernier ressort, lorsque leur tolérance est épuisée.

6. On peut dire que la famille attend d'une façon réaliste la récupération de son malade et les résultats de l'intervention psychiatrique.

**RÉSUMÉ :** *Les familles japonaises réagissent devant le premier coup d'attaque de maladie mentale, et devant les manifestations psychotiques en particulier, de certaines manières caractéristiques.*

*Ils ont tendance à minimiser le cas dans un premier temps, soit par le démenti, soit par la rationalisation, ou encore par la somatisation, en attribuant la cause de la maladie à des origines névrotiques ou psycho-physiologiques.*

*La famille qui cherche à minimiser la maladie mentale a tendance à garder le malade longtemps chez elle, et ne consulte un psychiatre, pour un dernier recours et cependant à contre-cœur, que lorsqu'elle s'est trouvée épuisée de le soigner par ses propres moyens.*

*La stigmatisation de la maladie mentale existe encore dans la société japonaise, mais semble avoir diminué dans la dernière décennie.*

**MOTS-CLÉS :** *Réactions - Famille - Désordre Mental.*