

La Maison Jacques-Ferron : Éléments d'intervention auprès des personnes dites psychotiques

François Picotte, psychologue clinicien

On m'a bien étonné, à l'abord, en me demandant un article sur le travail d'intervention et de traitement des personnes dites psychotiques effectué à la Maison Jacques-Ferron. Étonné, parce que cet article devait être inclus dans un numéro thématique portant sur les nouveautés en psychologie. Dieu sait, et les psychotiques également, qu'il y a finalement assez peu de nouveauté dans ce champ d'intervention, que ce soit sur le plan de l'intervention psychothérapique à proprement parler, sur le plan de l'ensemble des interventions psychosociales, essentielles avec ces personnes, ou dans le champ bio-psychiatrique (où certains psychiatres recherchent de nouvelles molécules comme d'autres cherchèrent le Graal).

En fait, la seule nouveauté pour les psychologues réside probablement dans le fait que, depuis quelques années, un certain nombre d'entre eux (avec d'autres, bien sûr), s'intéressant aux personnes présentant des problématiques psychotiques peu compensées et assez désorganisées socialement, ont entrepris de repenser le travail d'intervention auprès de celles-ci, interventions que la psychiatrie, principal organe public auprès de cette clientèle, ne permettait plus beaucoup. Une large part de ces efforts se concentre à l'intérieur de ressources dites alternatives ; on comprendra qu'historiquement, il s'est agi de s'opposer à ce qui se marquait de plus en plus dans la psychiatrie actuelle, c'est-à-dire une biologisation envahissante de ses conceptions, une utilisation de plus en plus appuyée de la médication neuroleptique, des modalités d'intervention entraînant une exclusion sociale durable, le développement d'une identité de malade ou de déficitaire à vie, et les effets stigmatisants inhérents sur l'économie psychique. Les ressources alternatives furent donc porteuses du projet, ambitieux certes (tous ceux qui ont passé un peu de temps avec les personnes présentant les difficultés décrites ci-haut le comprendront), qui visait à réinscrire ces personnes dans la continuité de l'expérience humaine commune, dans la citoyenneté sociale, et à leur proposer un traitement de nature psychothérapeutique, adapté à leur mode de vie ainsi qu'à leurs modalités relationnelles. Tout ceci s'inspirait de larges courants progressistes passés, organisés autour des concepts de psychothérapie institutionnelle des psychotiques (par exemple, relisons Racamier), d'anti-psychiatrie, et de désinstitutionnalisation.

La Maison Jacques-Ferron est donc une ressource alternative en santé mentale, c'est-à-dire essentiellement une alternative à la bio-psychiatrie actuelle. Il s'agit donc d'une ressource pour les psychotiques, en marge d'une pratique centrée exclusivement sur la prise de neuroleptiques, le contrôle comportemental, l'acceptation de la permanence d'une « maladie » - la psychose - , et l'empêchement d'accéder à des formes d'intervention psychothérapeutique (ce qui constitue la pratique psychiatrique actuelle générale). C'est une ressource qui veut donc proposer autre chose, et qui s'organise autour d'une démarche psychothérapeutique, à prendre dans son essence, c'est-à-dire de tout arrangement de rapports interpersonnels suivis permettant une remobilisation des enjeux psychiques inconscients, figés et souffrants. Il faut souligner ceci car avec les psychotiques, une des choses qui s'impose, c'est la nécessité de l'aménagement du cadre et des modalités psychothérapeutiques.

La Maison Jacques-Ferron a vu le jour suite à un financement provenant du Ministère de la Santé et des Services Sociaux via la Régie Régionale de la Montérégie, financement lié à un mandat dit de réinsertion sociale et de réadaptation pour des personnes présentant des difficultés de santé mentale complexes, sévères et persistantes. C'est dire que nous accueillons dans un contexte d'hébergement des personnes présentant les caractéristiques suivantes :

- généralement diagnostiquées schizophrènes (ou autre forme de psychose) par des psychiatres;
- âgées entre 25 et 45 ans ;
- ayant vécu en moyenne entre 10 et 15 hospitalisations psychiatriques, régulièrement très longues (plusieurs mois);
- pour qui toutes les autres tentatives de placement à l'extérieur de l'hôpital avaient échoué (centre d'accueil, famille d'accueil, famille d'accueil de réadaptation, appartement supervisé, etc.) ;
- aux prises avec des difficultés supplémentaires menant à la qualification de « double problématique », soit de problèmes de comportement (violence physique), de toxicomanie ou d'alcoolisme, ou de judiciarisation ;
- présentant des délires importants, pouvant altérer significativement un grand nombre d'aspects du fonctionnement quotidien de base (hygiène, nutrition, excrétion, relations interpersonnelles, sommeil, orientation dans le temps et dans l'espace, etc.).

Excitons maintenant un peu notre voyeurisme, au moyen d'une description rapide de trois (3) personnes que nous avons reçues dans le passé, en insistant sur ce qu'elles nous donnaient à voir à leur arrivée et sur leur mode de contact avec les autres. Ceci aura comme autre mérite de synthétiser un peu l'affaire, et d'introduire les propositions qui suivront.

Richard est un homme d'une très grande politesse, avec une voix très douce. Il nous est référé par une autre ressource d'hébergement spécialisée en santé mentale où, retiré dans sa chambre, il s'était suffisamment désintéressé du quotidien de la vie (nutrition, rythme circadien, relations avec les autres, ménage et hygiène personnelle) pour inquiéter ceux qui avaient charge de s'occuper de lui. Bien mis, il se montre très centré sur une grande nostalgie de la période où il étudiait au CEGEP, période interrompue depuis plus d'une dizaine d'années. Toujours calme et discret, il est d'un acharnement dépassant l'entendement pour ce qui est d'arracher une prescription de Lithium à son psychiatre depuis longtemps excédé. Il peut ainsi se présenter à l'hôpital plusieurs fois par semaine, ou attendre le dit psychiatre près de sa voiture, ou encore plaider sa cause auprès d'un autre membre du personnel nouvellement engagé. L'absolue fermeté est la même en ce qui concerne l'éventualité de répondre à quelque question que ce soit au sujet de sa vie dans sa famille d'origine. Il nous dit alors généralement, toujours avec calme et délicatesse - quoique le sentiment de scandale perce un tout petit peu - que nos questions sont légèrement impolies.

Deuxième exemple. Suite à de très longs démêlés administratifs impliquant le département de psychiatrie où Julien est hébergé depuis près de deux (2) ans (26 hospitalisations dans les 15 dernières années), démêlés impliquant aussi la Régie Régionale, sa famille (qui en assure la

tutelle), un organisme de défense des droits, et des fonctionnaires du ministère sensibilisés à la question, Julien, donc, arrive à la ressource, à son corps défendant, soutient-il. Et il le soutient avec force : revendications interminables qu'on le retourne à l'hôpital, multiplication des recours aux taxis et aux ambulances pour s'y faire transporter, démêlés byzantins avec les policiers et les chauffeurs de taxis, puisque Julien n'a évidemment pas les moyens de rétribuer ces derniers pour leurs bons et trop loyaux services, fugues. Par ailleurs il lui arrive, rarement, de nous parler du seul emploi qu'il ait occupé, celui d'homme à tout faire dans un restaurant, d'où il est parti après quelques mois : on l'avait vidé de son énergie ; et comme il n'est pas «un petit nègre avec un tas de merde sur la tête» (il mime alors généralement la chose), il n'avait plus qu'à retourner chez sa mère. Seule question qu'il dit se poser sur sa vie passée, occupé qu'il est dans sa revendication de retourner à l'hôpital ou à contempler son cendrier, seule question donc, qui porte sur cette bizarrerie incompréhensible : quand son corps veut pleurer, les larmes ne sortent pas.

Françoise nous est référée par une fonctionnaire de la Régie de la Santé et des Services Sociaux de ***, qui s'est retrouvée avec son dossier sur les bras. Hospitalisée en psychiatrie à une vingtaine de reprises dans un hôpital de Montréal depuis son adolescence, se prostituant sans protection depuis plus de 15 ans en échange d'un Coke diète, de 5 \$ et d'un paquet de cigarettes, elle s'était retrouvée avec un fils (donné en adoption à sa sœur), les trompes ligaturées, sous curatelle, et en famille d'accueil. La chance semble être de son côté cependant puisqu'elle n'aurait rien attrapé de définitif quant aux maladies liées à son travail. Sa dernière hospitalisation avait été la suite de gestes peu acceptables de la part de la propriétaire de sa famille d'accueil. Françoise est bonne vivante, aime rire, fréquente avec assiduité les marchés aux puces. Par ailleurs, elle a tendance rapidement à être convaincue de sentir mauvais et d'être dégoûtante ; rien ne peut alors la rassurer ; pour contrer ce sort, elle se lave longuement, se parfume et se maquille, disons de façon tout à fait remarquable ; toujours aussi convaincue de sentir mauvais cependant, elle va faire les délices du premier homme venu, puis habituellement se retire dans sa chambre, où des micros bien cachés l'épient ; parfois, elle passera cette étape et ira directement à des automutilations, somme toute relativement légères, du visage.

Ces trois petits exemples, malgré le caractère artificiel de leur présentation, ont néanmoins le mérite d'illustrer le type de situation où nous nous retrouvons au départ ; gardons-les donc en tête, pendant l'exposition des quelques suggestions suivantes, concernant le traitement des psychotiques, suggestions qui sont le résultat des aléas de nos entreprises à la Maison Jacques- Ferron depuis dix ans.

1. La demande de soins, de la part des psychotiques, n'est généralement pas nécessaire pour les traiter utilement au départ.

Corollaire : Si on attend cette demande de soins, on risque de leur rendre un mauvais service ; ceci dit, il n'est pas question de leur faire n'importe quoi.

La plupart de nos résidents ne formulent à peu près jamais de demande au départ qui soit compatible avec un cadre thérapeutique suivi ; on observe plutôt une apathie institutionnalisée et généralisée, beaucoup de retrait et de passivité, une organisation des rapports interpersonnels marqués par les enjeux psychotiques (le sujet s'éprouve alors comme non séparé psychiquement de l'autre, ce qui peut donner lieu à des sentiments d'emprise, de la paranoïa, de la schizoïde, de la mélancolie, etc.), un délire comme position subjective centrale

face à certains des enjeux fondamentaux de l'existence humaine (touchant aux interdits ou aux impossibles), une présentation immédiate de dépendance orale très régressée (être nourri, abrité, magiquement, sans grande référence à un passé ou à un futur, ou à une action propre pour obtenir ce résultat), des débordements de modes relationnels archaïques dans le quotidien.

Les modes psychotiques de pensée et de relation mènent spontanément et avec régularité vers des échecs, des désastres dans la vie des personnes.

Je crois que c'est Bion qui disait qu'il faut «devenir le contenant des contenus trop effervescents de l'enfant» - et on ne peut attendre que l'enfant, du lieu du débordement de son effervescence, puisse adresser une demande autrement que sur le mode d'un cri. Un bébé qui a trop longtemps crié de détresse finit par ne plus entendre que son cri, et il ne s'aperçoit plus qu'on lui répond, voire qu'on l'a pris pour le calmer. Il peut même finir par ne plus rien demander du tout.

L'exemple de Julien (l'homme qui voulait rester à l'hôpital) est intéressant à cet égard. Absence de demande thérapeutique perçue comme telle bien sûr (mais par ailleurs, pas totalement, puisqu'il continuait de se poser cette question sur ses larmes, et que minimalement il l'adressait à un autre), mais présence d'un symptôme, point focal d'un refus du tiers, d'une pulsion de dépendance fusionnelle, et d'une angoisse - donc une souffrance - de séparation extrêmement forte. Notre travail consiste alors à soutenir ce qui, par ce symptôme, à côté de l'incrustation dans une jouissance régressive de répétition, et à côté de la répétition d'une souffrance devenue identité, mène vers une élaboration des enjeux et une ouverture du destin du sujet. Nous amenons donc une personne à la Maison Jacques-Ferron, en lui expliquant pourquoi, et nous commençons à lui parler, et à l'écouter.

Une dernière petite chose peut-être : il est utile de reconnaître que le souhait chez le soignant d'une demande d'aide chez le soigné sert bien souvent de défense, chez le premier, face à la relation spécifique qui s'engage, particulièrement quant à l'aspect conflictuel découlant de la nécessité du maintien d'un interdit, ou quant à l'angoisse suscitée par la régression du psychotique.

2. Le maintien de ce type de clientèle dans un lieu de vie, de socialité, d'asile et d'hospitalité, marqué par la présence durable d'intérêts relationnels pour les personnes accueillies, est la condition la plus fondamentale de l'utilité du traitement.

En fait, il faudrait dire «l'utilité de notre présence», et ce, bien avant toute présomption de traitement. Les caractéristiques énumérées ci-haut sont beaucoup plus substantielles, dans leur effet, que toute théorie et toute technique thérapeutique spécifique en découlant (ou pas!).

En effet, nous savons véritablement assez peu (quels que soient nos fantasmes à cet égard) du détail de leur vie jusqu'à leurs premières semaines, de la nature et de l'étendue de leur souffrance, du parcours qui a mené à l'arrangement affectif qu'ils nous montrent. Le désir de traiter le psychotique chez le soignant peut alors souvent poser problème, puisqu'il y a risque de remplacement de la nécessaire authenticité d'une rencontre par autre chose, que le soignant appellera abusivement un traitement. Il arrive que l'ensemble « théorie - technique thérapeutique » se réduise à l'action de faire défiler des gens dans une petite mécanique relationnelle, elle-même effet des modes hasardeuses du savoir et des enseignements, ou effet

de nos limites intellectuelles et affectives, en partie arrangement défensif intellectualisé qui nous sert également à nous placer dans la hiérarchisation sociale. Une théorie est absolument une réduction de ce que l'on cherche à comprendre, et dès lors, ce fait oriente le positionnement éthique, i.e. qu'il le priorise, ce que nous aborderons plus loin (par ailleurs, et c'est là que réside une partie de l'enjeu et du paradoxe, donc de la difficulté, la théorie est évidemment nécessaire).

Il y a donc là un risque d'être très présomptueux quant à la pertinence de nos interventions. Il y a là également un risque de mégalomanie substantielle dans l'attribution systématique à un processus psychothérapeutique de toute amélioration constatable du plaisir de vivre chez un individu.

Par ailleurs, s'il faut dire l'extrême pertinence de simplement accompagner dans le quotidien des personnes qui vivent dans un milieu comme la Maison Jacques-Ferron, afin qu'un peu du plaisir de vivre, d'être en relation avec l'autre, d'investir de menues activités et d'y trouver un intérêt, soit souligné, il faut garder en tête que ce n'est pas cela qui, en soi, permettra de dégeler cet échec du développement psychosocial, et que c'est bien leur nuire que de devenir leur principal réseau de vie. Il y a là un équilibre délicat à trouver et à maintenir, qui, s'il est clair sur le plan du principe, l'est beaucoup moins quand il s'agit de le réaliser.

Ceci dit, le maintien durable de caractéristiques d'accueil, d'hospitalité et d'intérêt relationnel pour l'autre constitue une condition essentielle pour qu'une même d'être (Françoise Dolto) suffisamment stable et agréable s'établisse progressivement chez eux, et optimise les chances que, pour ceux qui le veulent, un cheminement thérapeutique puisse s'engager. Un bébé doit tout de même être un peu apaisé pour s'intéresser à ce qui se passe en lui et chez l'autre.

3. L'aménagement psychothérapeutique fondamental pour les psychotiques se doit d'assurer une continuité relationnelle avec les soignants, ainsi que la continuité élaborative des scénarios et des débordements psychiques : il faut donc une équipe, un milieu de vie, un cadre relationnel installant les interdits fondamentaux, et un processus de thérapie de milieu.

Il est bien connu depuis longtemps que le cadre de thérapie individuelle habituel est très souvent inadéquat avec les psychotiques, dont les modalités de relation d'objet, les défenses mises en place, l'absence de demande perçue par eux (et par bien des cliniciens!) comme compatible avec une psychothérapie, de même que les débordements comportementaux, en rendent l'existence et la continuité souvent très aléatoires. Ceci dit, il y a somme toute généralement bien peu d'effort fait pour mettre en place des cadres thérapeutiques adaptés aux psychotiques. Y a-t-il là fétichisation d'un rituel thérapeutique par lequel les psychologues sont eux-mêmes passés ? Une nostalgie mal analysée ? La question de la thérapie de milieu, donc. Inévitablement un sujet dit psychotique finira par entrer «en crise», lors de certaines situations importantes de sa vie, mais également, inévitablement lors d'un cheminement thérapeutique, ou lorsque des rapprochements très intimes avec une autre personne auront lieu, ou encore lorsque des interdits insupportables seront maintenus. La continuité d'une équipe et d'un lieu de vie capables de maintenir le lien sont alors nécessaires, à travers les hauts et les bas de la crise, et celle-ci, au même titre que d'autres épisodes psychiques et relationnels, constitue une occasion de progression subjective.

En quoi consistent cette mise en place des interdits de base, et le processus de thérapie de milieu, et que permettent-ils ?

Nous utilisons grosso modo trois (3) types d'intervention sur ce plan.

Premier type d'intervention

Observer dans le quotidien ce qui est en contradiction, dans les paroles et le comportement du résident, avec un objectif d'autonomisation et de qualité de vie ; être attentif à ce qui le fait souffrir et vient nuire à une possibilité d'insertion sociale ; lui en parler le plus simplement et concrètement possible. Les objectifs thérapeutiques de ce premier type d'intervention (qui ne lui sont pas exclusifs) sont :

- construction de ce qui finit par prendre valeur pour le sujet de symptômes ;
- autre façon d'exprimer ce premier objectif : mise en place d'un théâtre du dire, où le psychotique peut s'entendre progressivement comme sujet souffrant le disant à l'autre (le soignant) ;
- soutien d'une possibilité de désinstitutionnalisation pour le sujet, sur le plan de ses représentations identitaires ;
- début d'élaboration des enjeux psychodynamiques sous-jacents ;
- construction progressive d'une alliance thérapeutique.

Deuxième type d'intervention

Maintenir le cadre de vie (ensemble des règles permettant la sauvegarde de l'intégrité physique et affective de chacun, le respect des biens, le maintien de chacun comme sujet responsable inscrit dans une dynamique d'échange avec les autres pour l'organisation minimale de la vie). Nous nous trouvons là, d'emblée, en rapport conflictuel avec les aspects psychotiques du fonctionnement des patients hébergés. Les objectifs thérapeutiques sont :

- construction ou repérage du symptôme par le résident qui, supporté, constate sur quel(s) élément(s) du cadre il vient buter de façon répétitive ;
- maintien d'une possibilité de continuité thérapeutique (le processus thérapeutique ne peut se dérouler, autant pour l'intervenant que pour le résident, que si les intégrités physiques et psychiques de chacun sont maintenues) ;
- support des éléments surmoïques sains chez le résident (et chez l'intervenant) ;
- ébranlement et questionnement du fonctionnement en psychismes non séparés.

Troisième type d'intervention

Accompagnement dans le quotidien et médiatisation des rapports interpersonnels entre résidents. Il s'agit surtout ici de tenter de :

- limiter sur le plan économique les quantités d'excitations mobilisées par les événements du quotidien à un niveau mentalisable (effet de pare-excitations, de réduction des persécuteurs) ; cet aspect est d'une grande importance, car il contribue à limiter la multiplication des interruptions du processus thérapeutique entraînées par la désorganisation psychotique ;
- soutenir l'aspect projet et plaisir pour soi, susceptible de fonder et d'ancrer un projet thérapeutique et de réinsertion sociale (en effet, au nom de quoi se fait une thérapie ? Si l'on exclut ce qui est de l'ordre de la répétition, c'est à partir de la reconnaissance d'une souffrance, et de la persistance de traces de fonctionnements narcissique et relationnel plus harmonieux. On le constatera aussi, lors du travail de thérapie lui-même, dans le plaisir du travail de liaison, ce plaisir de liaison qui est l'assise et le garant de la continuité narcissique et du sentiment d'exister, qui réduit les risques de clivage ou de rupture hallucinatoire. La stimulation de ces traces constitue probablement l'élément motivateur essentiel de la désinstitutionnalisation psychique, mais indique les limites de sa faisabilité).

4. Il faut, pour comprendre quelque chose à un psychotique, arriver à se construire une représentation intérieure d'un petit enfant tellement débordé et souffrant affectivement, qu'il met en place un projet impossible.

En effet, notre expérience nous a enseigné que le relationnel durable avec des personnes dites psychotiques et institutionnalisées entraîne chez le soignant des risques au niveau de la possibilité de se maintenir affectivement dans sa position de soignant. Nous avons dû faire un effort important pour identifier et recenser les principales réactions affectives rendant difficile d'assumer cette position de soignant et de comprendre quelque chose chez l'autre, pas uniquement sur le plan intellectuel mais dans son sens fondamental, soit celui de l'accompagner utilement. Voici ces principales réactions affectives (résultant, probablement, de la rencontre spécifique de deux positions subjectives, celle du psychotique et celle du névrotique voulant, pour le dire en termes choisis, y faire quelque chose):

- 1 Le sentiment de vide, d'inutilité, d'absurdité de nos divers désirs et entreprises (y compris, au premier chef, du désir thérapeutique)
- 2 Le vacillement de l'identité et des investissements personnels, et le sentiment d'envahissement par les réactions, le mode de pensée de l'autre, qui apparaissent de moins en moins fous, source d'angoisse importante
- 3 L'ébranlement de l'investissement et de la reconnaissance des lois sociales, l'attrait de ce qui n'apparaît dès lors plus de la délinquance
- 4 Le sentiment de rage incompréhensible face aux non-psychotiques, avec qui les relations habituelles semblent fausses, obéir à des conventions absurdes ; des sentiments de persécution dans ces relations
- 5 L'apparition de troubles plus ou moins somatiques, fatigue, douleurs, préoccupations d'apparence hypocondriaque

- 6 La disparition du sentiment de légitimité de notre rôle auprès du fou (impression d'avoir le mal en soi et d'être persécuteur, ou parasitaire), liée à l'émergence de l'agressivité face à celui-ci
- 7 La jouissance exhibitionniste - voyeuriste de constater et d'exposer les «bizarreries» et les «indécences» du fou ; la fascination entomologique pour le délire, les réactions hallucinatoires, etc.

Le retour à des réactions défensives, consécutives à ces éléments, est inévitable. Je crois qu'elles sont au moins en partie nécessaires, dans le cadre du traitement des psychotiques, pour maintenir la relation de façon soutenue, afin de permettre au travail de progresser, mais uniquement dans la mesure où elles ne prédominent pas de façon durable chez un individu, et où elles n'habitent pas simultanément l'ensemble du groupe d'intervenants. L'expression «réactions défensives» désigne ici tout effort, sur la réalité intérieure et/ou extérieure, qu'exerce l'accompagnant de la personne dite psychotique pour contrôler la souffrance liée à cet accompagnement, et maintenir (ou retrouver) ses repères identificatoires et ses niveaux de fonctionnement habituels.

Voici quelques-unes de ces réactions, à nouveau recensées chez les intervenants de la Maison Jacques-Ferron.

- 1 Le désinvestissement massif du fou par l'intervenant, désinvestissement qui peut prendre la forme d'un abandon imprévu par l'intervenant lui-même (à ce sujet, il y a oscillation perpétuelle entre la fusion et l'abandon)
- 2 Le recours à une représentation déshumanisée du psychotique (la représentation comme robot biochimique dysfonctionnel en est une version); il y a dans ce cas disparition de l'idée du psychotique comme sujet humain avec une histoire individuelle où s'inscrirait ce qui a pris valeur de symptôme
- 3 La tentation d'une prise en charge totale du corps et de l'esprit du psychotique, tentation à composantes agressives, visant à en modifier de l'extérieur et contre son gré s'il le faut, y compris en recourant à des interventions fortement problématiques, les éléments apparaissant inacceptables
- 4 La disparition, chez l'intervenant, de toute perspective d'évolution positive pour le psychotique, généralement assortie d'un maternage et d'une infantilisation marquée.

On voit bien dès lors, en quoi la nécessité de maintenir un lien où un intervenant se sent en continuité d'expérience avec le sujet dit psychotique est fondamentale; cette représentation du bébé débordé et s'attachant à un projet impossible, mi-métaphore, et mi-réalité conséquente aux moments où les choses se sont mal passées dans l'histoire de l'autre - cette représentation, lorsque sa présence en soi est authentique, rend la pertinence et la créativité relationnelles possibles et vivantes chez l'intervenant.

Il est nécessaire de pouvoir rester convaincu avec suffisamment de régularité, alors que nous nous retrouvons persécuté nous-mêmes par l'ensemble des difficultés entraînées par les divers effets (intime, social, etc.) du délire d'un résident - et Dieu sait qu'ils peuvent être nombreux - de rester convaincu que le délire, ce n'est pas du désordre, c'est de l'humanité, au même titre que, par exemple, la recherche amoureuse.

5 La psychothérapie de ces personnes, telle que nous la comprenons, enseigne qu'il peut être nécessaire de demander des mises sous curatelle, des emprisonnements, des mises en cure fermée.

Corollaire 1 : le thérapeute est porteur de, et marqué par la loi humaine et ses principaux interdits (dont la loi sociale est généralement une concrétisation suffisamment adéquate); son assomption de la loi est une condition nécessaire au maintien d'une position de thérapeute ; sinon, il est complice passif, ou actif, ou voyeur, des transgressions du psychotique, quand il n'est pas carrément terrorisé et inhibé par lui, toutes positions affectives qui le discréditent comme thérapeute.

Corollaire 2 : une trop grande désorganisation existentielle, entraînant des perturbations importantes du narcissisme, met en péril toute entreprise relationnelle assidue, qu'elle vise le changement personnel ou autre chose.

Corollaire 3 : un résident mort ne fera pas sa thérapie au Ciel.

Ces décisions, dont on observe évidemment les effets majeurs, et souvent dramatiques, sur la vie de quelqu'un, doivent être parlées, parlées, encore reparlées ; l'intervenant a la responsabilité de maintenir le lien d'échanges : un parent n'abandonne pas son enfant même si celui-ci brise ses jouets, fugue de la maison, ou veut changer de parents.

La psychanalyse enseigne que le bébé investit, entre en relation, d'abord et uniquement s'il trouve autour de lui d'autres humains qui réduisent les attaques contre son narcissisme de base que sont la faim, la soif, le froid, la sous-stimulation relationnelle, les divers inconforts, la peur, etc., et que ce sont ces êtres humains qui sont ses premiers objets d'amour. Nous trouvons là, probablement secondairement, par rationalisation, un des fondements qui justifie de nous mêler de la vie de quelqu'un à ce point.

6. La théorie chez des intervenants, ça peut devenir très nuisible pour un sujet dit psychotique (ceci est vrai pour toute théorie clinique).

- Lorsqu'elle tourne à l'entomologie diagnostique, marquée par l'exclusion relationnelle et la justification dans l'après-coup de ses échecs cliniques, c'est-à-dire lorsqu'on abandonne les psychotiques pour la Psychose ;
- lorsqu'elle devient le lieu d'un fantasme sur la puissance et l'étendue de son pouvoir explicatif de l'organisation et du fonctionnement psychique humain, en omettant de produire, de diffuser et de tenter d'autres modèles d'intervention (par exemple, que le divan-fétiche pour le psychanalyste) ;
- lorsque le clinicien s'y soumet, lâchant la proie pour l'ombre, et tente de prouver, confirmer les énoncés actuels de sa théorie, plutôt que d'apprendre ce que le sujet psychotique lui enseignera de la vie humaine, et de se rendre utile ;

- lorsque la théorie perd de vue sa place restreinte dans l'étendue du possible de la vie, et considère, même si c'est de façon implicite et non avouée, qu'hors d'elle-même, il y a bien peu de salut.

Le rapport d'un intervenant à la théorie, on l'aura compris, constitue l'élément déterminant; celle-ci peut devenir (et le devient beaucoup plus souvent que nous, soignants, acceptons de le reconnaître) une résistance à la rencontre subjective authentique nécessaire à la compréhension réelle et utile de ce qui se passe chez l'autre. A quoi peut donc servir la théorie, pour un psychotique?

La psychanalyse, au-delà du détail de ses affirmations, donc comme corpus, permet au soignant d'installer et de maintenir en lui des représentations non uniquement défensives du psychotique comme sujet humain, porteur d'une histoire susceptible de rendre compte de la folie de sa conduite actuelle, avec une ouverture pour un futur autre qu'une éternelle répétition du même. Ainsi, le soignant réussit davantage à persister comme sujet, intéressé véritablement par l'histoire du psychotique et par son futur, donc soutenant le travail de liaison entrepris par ce dernier, et la formulation de projets pouvant l'amener psychologiquement ailleurs.

La théorie fait également fonction de tiers, nous protégeant contre nos réactions fusionnelles, ou nos sentiments de culpabilité, ou toute entreprise duelle, et nous laissant ainsi de l'espace pour penser.

Maintenant, quels sont les résultats cliniques à la Maison Jacques-Ferron ?

Actuellement, la psychose ne se guérit pas ; un sujet peut par ailleurs arriver à réduire fortement la fréquence et l'intensité de son recours aux défenses psychotiques,

- au point d'éviter sur de très longues périodes les désorganisations majeures (plusieurs années),
- au point de se remettre en circulation interne sur le plan affectif,
- au point de se mettre (ou remettre) à développer des relations intimes avec les autres, ou d'en avoir envie,
- et au point d'élaborer et de réaliser des projets de vie, sans nous, sans aucun soignant, quelque part dans l'étendue du possible.

Où en sont donc Julien, Françoise et Richard ?

Julien, même s'il voulait rester à l'hôpital, est à la ressource depuis près de trois (3) ans. Il a pris près d'un an à sortir de ses réclamations infinies, et de sa plainte concernant le sort de petit nègre au tas de «marde» qui lui était fait. Il a ainsi détaché cette représentation de petit nègre, de son transfert sur la Maison Jacques-Ferron, devenus deux (2) éléments distincts ; il entrevoit que cette représentation n'est pas l'absolue vérité de sa condition, mais la conséquence en lui de certains éléments de son histoire. Sa psychothérapie avec le clinicien qui assume également les responsabilités de directeur de la ressource a cessé d'être l'occasion la plus tendue de ses réclamations (essentiellement d'être retourné dans le giron régressif hospitalier), le patron lui ayant semblé être la meilleure personne vers qui la diriger de façon efficace ; il a progressivement accepté de se laver et d'entretenir sa chambre ; il a maintenant le sens de l'humour, y compris à son propre sujet ; finalement, il accepte que, pour que sa curatelle soit levée, il doive témoigner à d'autres qu'il peut prendre soin de lui-même de façon minimalement

adéquate - ce qui constitue tout de même un changement de positionnement subjectif substantiel.

Françoise, la prostituée des marchés aux puces, est à la ressource depuis près de deux (2) ans. Le fait qu'elle continue à ne pas se protéger lors des rapports sexuels, malgré toutes nos interventions, génère beaucoup d'inquiétudes tant au Service de la curatelle qu'à la Maison Jacques-Ferron, et rend son maintien à la ressource très incertain et perpétuellement remis en question. Lorsqu'elle renonce un peu à la prostitution, ce qui lui arrive quelquefois, elle devient plus déprimée, dort beaucoup, urine au lit, puis vole toutes sortes de petits bijoux et colifichets féminins. Elle a commencé à revenir avec insistance en thérapie sur plusieurs éléments de sa vie passée, et le fait que cette élaboration soit significative pour elle contribue pour beaucoup à son maintien à la Maison Jacques-Ferron, autant dans son choix personnel d'y rester que dans la décision de l'équipe de l'accepter. Cependant, la suite des choses reste très aléatoire.

Richard, l'homme discret, nostalgique du CEGEP, celui qui veut du Lithium, est finalement arrivé au bout de cette demande. Pour une raison ou une autre, il a finalement conclu qu'il n'en obtiendrait jamais. Il s'est alors rapidement désorganisé, a coupé tout contact avec nous, et sa politesse n'était plus qu'un souvenir. Pendant quelques semaines, il a erré dans un quartier de la Rive-Sud de Montréal et autour du CEGEP de Longueuil, d'une part, et a mimé longuement des conversations téléphoniques à ses parents, d'autre part. Nous l'avons finalement fait hospitaliser lorsque ses promenades se sont mises à ressembler à de l'itinérance passablement désorganisée. Des recherches nous ont permis alors d'apprendre, dans son dossier de psychiatrie infantile oublié, ce qu'aucun de ses soignants actuels ne savaient :

- lorsque sa mère est décédée (Richard avait 4 ans), la direction de la Protection de la Jeunesse s'était impliquée, et Richard avait été placé en famille d'accueil jusqu'à sa majorité : au moment du placement, Richard était devenu mutique pendant plusieurs mois ;
- le quartier de la Rive-Sud où il est errait était celui de son enfance, d'avant le décès de sa mère et le placement.

Quelques considérations sur l'éthique relationnelle pour terminer, comme une manière de berceuse qui nous retourne au sommeil.

Tout compte fait, il n'y a que le positionnement éthique adéquat dont on puisse être sûr de l'utilité dans l'intervention auprès des personnes dites psychotiques ; en effet, lorsqu'il ne nous permet pas de faire progresser un traitement, il empêchera au moins de nuire, ce qui n'est pas le cas du savoir clinique, ni de techniques thérapeutiques, qui en eux-mêmes, si non assis sur une éthique humanisante (dans la lignée de ce qu'en dit Dolto), peuvent donner lieu à toutes sortes de simagrées relationnelles dangereuses.

Le motif premier d'une intervention clinique auprès d'un psychotique, c'est de permettre à celui-ci une rencontre plus vraie que celles auxquelles il est accoutumé, c'est-à-dire où il aura progressivement l'occasion de s'entendre dire (et par lui et par le clinicien) deux ou trois choses authentiques quant à sa souffrance de sujet et quant à son histoire singulière - et ce, dans un contexte où l'autre le respecte, ne cherche pas à avoir de pouvoir sur lui, est touché par sa souffrance, et se sait capable de lui proposer une suite utile (donc, peut être sécurisant et rassurant, face à ce qu'il constatera sur lui-même).

Il ne s'agit donc pas d'arriver à un diagnostic qui « met la folie dans les formes, la folle dans une boîte et on n'en parle plus » (Jacques Ferron, La conférence inachevée), d'explorer, au long cours, les secrets de la nature et de l'expérience humaines, pour notre jouissance personnelle, ni d'appliquer une technique relationnelle, aussi raffinée soit-elle, pour accéder aux éléments inconscients de la personnalité et du fonctionnement de l'autre.

Il s'agit, répétons-le, positionné dans une éthique humanisante, de rencontrer une personne dans la vérité de sa souffrance et de son histoire, où on tente de l'assister dans un début de questionnement, d'expression et de prise de conscience, quant à ce qui la détermine.

Finalement, amis lecteurs (ou ennemis), certains d'entre vous tiquez peut-être sur cette manie occasionnelle d'insérer « dit » entre sujet et psychotique. Ceci permet simplement de faire passer dans cette désignation d'une personne, souhaitons-le :

- 1 que ce qui le constitue psychotique n'est et n'occupe qu'une partie de sa vie ;
- 2 que le mot psychotique s'appose dans une relation, où une personne en qualifie une autre, et qu'il ne s'agit pas là d'une vérité absolue et immanente ;
- 3 que ce faisant, on insiste sur ce qui différencie, exclut et discrimine plutôt que sur ce qui ressemble à (les possibilités de traitement en sont d'autant réduites, puisqu'il faut qu'un jeu souple d'identification - projection à l'autre soit possible pour le thérapeute, et pour le sujet en thérapie) ;
- 4 que la relation diagnostique peut facilement entraîner des conséquences graves pour la suite de la vie de quelqu'un, et que le mot psychotique est probablement le terme clinique entraînant les effets les plus destructeurs sur le plan narcissique et social : qu'il y a là une relation de pouvoir qui peut glisser facilement vers l'abus.

BIBLIOGRAPHIE

Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Editions du Seuil, Paris.

Ferron, J. (1987). La Conférence inachevée. VLB Editeur, Montréal.

Racamier, P.-C. (et al.) (1973). Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques. Editions Payot, Paris.

Résumés

A partir d'une expérience de dix ans à la Maison Jacques-Ferron, ressource alternative en santé mentale proposant un traitement d'inspiration psychanalytique à des personnes dites psychotiques et sévèrement désorganisées, des propositions sur les modalités d'intervention clinique, sur le rapport à la théorie, ainsi que sur l'éthique relationnelle, sont discutées.