

Psychothérapeute en milieu psychiatrique : enjeux et aménagements

Charles Tourigny

L'auteur montre comment il est essentiel dans son travail de psychothérapeute auprès de psychotiques d'adopter ce qu'il appelle « une position psychodynamique ». Ceci implique la recherche d'une conception de la psychose qui permet non seulement une compréhension approfondie des mécanismes mentaux des psychotiques mais aussi de leur impact sur la vie psychique du thérapeute. Puis à la lumière de ces points de repère théoriques, il discute de certaines considérations cliniques telles que la fonction contenante du thérapeute, le rôle de l'équipe comme tiers thérapeutique et « l'attitude professionnelle ».

Préambule

Être psychothérapeute d'inspiration analytique dans une clinique externe de psychiatrie semble devenir une tâche qui tient de plus en plus de l'impossible. Et à plus forte raison quand cette clinique externe est située dans un secteur géographique que nombre d'études ont décrit au plan socio-économique comme le quart-monde.

Plusieurs facteurs contribuent à créer cette impasse : la réalité de grande pauvreté de la majorité de notre clientèle; la lourdeur de leur pathologie et les contraintes administratives, organisationnelles et légales d'une pratique hospitalière.

Nous nous situons aussi à une période de l'histoire de la psychiatrie où la fécondation réciproque psychiatrie-psychanalyse est remise en question de toutes parts par les idéologies psychiatriques dominantes.

Alors que faire de ce bagage de connaissances et d'expériences cliniques que de nombreux cliniciens ont développé tant à travers leur formation personnelle qu'à travers la patiente élaboration d'un aménagement de la pratique psychanalytique sous la forme de psychothérapie de support (Guertin, 1986)?

Ces « psychothérapies de la pratique courante » posent pour leur part les enjeux suivants : n'y a-t-il point de psychothérapie possible en dehors de l'analyse, de la psychothérapie psychanalytique, ou d'un cadre très rigoureux de relation à deux ou de groupe? Ne serait-il pas possible d'avoir une notion psychothérapique des actes, des gestes, des paroles que nous qualifions de support? Doit-on enfermer la notion de psychothérapie dans une perspective verbale excluant l'action psychothérapique (Jeanneau et Brisset, 1982)?

Ces questions, peut-être simplistes, ont pourtant toute leur importance quand nous avons une pratique prioritairement axée sur le traitement des psychotiques, ce qui est le lot des cliniciens de notre Centre. Mon intention n'est nullement

d'exclure la possibilité d'une psychothérapie psychanalytique pour psychotiques (qui se pratique quand même à notre clinique, mais de façon exceptionnelle doit-on en convenir). Cependant, je veux défendre l'idée qu'il faut absolument élargir la notion de ce qui est « psychothérapeutique » au sens psychanalytique pour tenir compte des exigences de la réalité psychotique.

Pour cela il ne faut pas s'enfermer dans un dogmatisme théorique qui définirait un cadre de pratique trop limité, mais tenter de définir plutôt une approche, une « position psychodynamique » qui pourrait inspirer la globalité de notre pratique. Donc que cette position ne soit pas de nature excluante mais plutôt intégrante devant une problématique qui d'une façon ou l'autre m'apparaît irréductible à un seul point de vue quel qu'il soit.

Je pense que pour tenir une telle position, il faut premièrement avoir une conception de la psychose qui nous donne des points de repère pour nous guider à travers ce long parcours que toute rencontre avec un psychotique nous propose.

Une deuxième condition consiste à reconnaître non seulement l'existence, l'utilité mais aussi les enjeux de nos réactions conscientes et inconscientes à l'impact des mécanismes mentaux du psychotique. Enfin, je vous entretiendrai de quelques considérations psychothérapeutiques qui découlent de cette « prise de position ».

Une conception psychodynamique de la psychose

Les points de repère que je vous propose dans notre rencontre avec le psychotique s'inspirent très directement des apports théoriques de deux psychiatres-psychanalystes de Lyon, Marcel Sassolas (1981, 1983) et Jacques Hochmann (1981). Ils ont tous les deux fait l'effort de proposer une théorisation à partir de la réalité d'une psychiatrie de secteur, d'une pratique dans des lieux divers et d'une préoccupation d'adapter une théorie à la pratique et non l'inverse.

Ils considèrent les troubles psychotiques comme l'expression d'un système défensif particulier, un mode de fonctionnement original, une manière d'être, une tentative pour vivre hors de soi. Voici ce qui caractérise à leur sens le mieux les psychotiques.

Ces patients ont une relation très particulière au réel, c'est-à-dire qu'ils y projettent beaucoup d'eux-mêmes et qu'ils y voient beaucoup de nous-mêmes. Le réel pour eux n'est jamais neutre car ils le bourrent continuellement d'affects qu'ils veulent éjecter hors d'eux.

Ils ont peu accès à la symbolisation, d'où la prédominance chez eux de la pensée concrète. L'utilisation du symbole implique une représentation de l'absence. Or, l'absence, la séparation, la différence, voilà justement l'inacceptable, l'inconcevable pour qui fonctionne sur un registre psychotique, d'où l'importance du geste, de l'agir, du non-verbal.

Il y a chez eux la prédominance du fantasme d'exclusivité fusionnelle selon lequel ils sont sur cette terre l'unique interlocuteur du thérapeute. Ce fantasme

démontre la nature très particulière de l'investissement qu'ils font du thérapeute, vécu par eux comme un prolongement narcissique d'eux-mêmes, objet, donc, de leur part d'un contrôle omnipotent et permanent. D'où prévalence dans les processus défensifs psychotiques des mécanismes projectifs, en particulier l'identification projective qui leur permet non seulement d'éjecter hors d'eux tout affect ou représentation psychique indésirable, mais encore de les localiser, de les « transplanter » à l'intérieur de leur interlocuteur.

La finalité de ce système défensif est de créer une néo-réalité aconflictuelle et intemporelle en niant avec plus ou moins de succès les deux caractéristiques fondamentales de la condition humaine, à savoir que nous sommes séparés et mortels. Afin de ne pas se sentir des êtres séparés, les psychotiques essaieront de nier la différence entre les êtres. Elle est trop blessante pour eux car elle marque la défaillance de leur narcissisme primaire, de leur toute-puissance.

Le vécu fantasmatique des psychotiques est rempli de sentiments très primitifs qui démontrent leur lutte continuelle contre un puissant instinct de mort. L'avidité, l'envie haineuse, le désir de fusion, le désir de rendre l'autre fou, de détruire sa capacité de penser et de faire des liens en sont les manifestations les plus directes. Cependant on y trouvera aussi souvent l'idéalisation, le désir de soigner l'autre, de le réparer concrètement, etc.

Les psychotiques se présentent souvent comme des exilés de leur propre vie psychique. Ils sont peu intéressés à leurs symptômes, les niant la plupart du temps ou nous envahissant avec leur réalité extérieure qui n'en finit pas de faire effraction dans la rencontre.

J'ajouterais, cependant, malgré ce système défensif rigide que nous retrouvons dans les maladies mentales les plus sévères, qu'il reste toujours ce qu'il est convenu d'appeler la partie saine du moi. Nous devons nous en servir de cesse de l'évaluer, de la solliciter, car c'est la partie avec laquelle le psychothérapeute peut faire alliance. Pendant toute la longue période d'ancrage, que présentent souvent les premières années de notre travail thérapeutique, une grande partie de nos interventions s'adresse à cette partie saine du moi afin tantôt de la renforcer, tantôt d'y trouver la souffrance qui permettra au thérapeute, par identification, d'éprouver pour son patient une certaine empathie. En contrepartie, cette empathie nécessaire se développera plus facilement si le psychothérapeute même le plus « normal » et le mieux « harmonisé » reconnaît en lui une « partie folle » qu'il a pu aménager. D'où une attitude souple de sa part où il acceptera d'être touché mais non désorganisé. Cette vulnérabilité sera d'autant plus positive s'il reconnaît en lui la présence de réactions conscientes et inconscientes provoquées par la « partie folle » des psychotiques.

La réponse totale du psychothérapeute aux besoins du psychotique

Sans prétendre aborder tous les aspects du contre-transfert, j'aimerais toutefois présenter, pour les fins de cet article, la position que défend Winnicott (1969). Il

propose, lorsque nous parlons du travail auprès des psychotiques, d'utiliser le concept de « réponse totale du psychothérapeute aux besoins du patient ». Ceci pour montrer que nous dépassons ici le cadre classique de la définition du contre-transfert qui ne devrait exister, selon lui, qu'en rapport avec la névrose de transfert.

Cette nuance posée, je me propose, à partir principalement d'un texte de Jacques Hochmann (1981) intitulé « La peur du fou », d'explorer plus à fond l'impact qu'ont sur notre vie psychique les mécanismes mentaux du psychotique. Hochmann ramène ces manifestations à deux sentiments principaux : la peur d'être vidé et la peur d'être envahi.

La peur d'être vidé

Nous la rencontrons chaque fois que nous nous sentons négligeant, inadéquat, et que nous avons l'impression de ne pas bien nous occuper du patient, d'être incompetent, voire totalement inutile.

Pour saisir l'émergence de tels sentiments dans la rencontre de psychotiques, il faut comprendre, selon Hochmann, leur avidité. Ils voudraient avoir le thérapeute uniquement pour eux et se remplir de sa présence, de son temps et de son attention. Ceci peut paraître étonnant car souvent les psychotiques démontrent tout le contraire, c'est-à-dire qu'ils ne veulent rien recevoir de bon de nous, ni notre présence, ni notre attention. Mais cette apparente contradiction s'explique par une caractéristique particulière de l'avidité des psychotiques : ceux-ci, ou certains d'entre eux du moins, ne s'intéressent pas tant à ce que nous leur donnons qu'à ce qu'ils nous prennent. De plus, ce que nous gardons leur paraît beaucoup plus précieux et désirable, et c'est ce dont ils sont avides et ce dont ils cherchent à s'emparer. C'est pourquoi nombre de psychotiques ne viennent pas aux rendez-vous que nous leur proposons, mais souvent à un autre moment qui est toujours celui où nous ne pouvons pas les recevoir, et où ils ont l'impression de nous voler quelque chose de beaucoup plus intéressant que ce que nous étions prêts à leur donner. C'est ce type d'avidité qui pourrait expliquer en partie le sentiment d'être complètement vidés que nous éprouvons par moments.

Ce sentiment a souvent pour conséquence une sidération de la pensée du psychothérapeute. Nous faisons référence ici à ces moments où nos processus mentaux sont embrouillés, paralysés en quelque sorte, d'où une sensation de tête vide, d'incapacité à imaginer. Je crois que ce sentiment peut être compris à la lumière de ce que Jean Cournut nous apprend au sujet du traumatisme et de ses effets, dans une perspective économique de l'appareil psychique. Sommairement dit, on peut penser que certains fantasmes du psychotique sont d'une telle intensité et d'un tel primitivisme, parfois, qu'ils renvoient à des parties non représentables, ou pré-représentationnelles de son appareil psychique. Et le psychothérapeute réagit alors non seulement au contenu du fantasme mais à l'aspect quantitatif du fantasme, c'est-à-dire à quelque chose de l'ordre de l'intolérable, de

l'innommable, de l'indicible. Alors rempli par ce trop plein d'excitation interne, l'appareil psychique du thérapeute produit, ce que Cournut appelle un contre-investissement de fond, pour emmurer cette excitation débordante. Ceci crée l'effet d'un traumatisme momentané dans l'appareil psychique du thérapeute et par conséquent un vide de représentation, vécu comme un sentiment de sidération.

Pour sa part, Winnicott (1969) s'intéresse au sentiment d'inhumanité que nous ressentons parfois face aux psychotiques. Il attribue ce type de sentiment au fait que le patient se comporte comme s'il avait besoin de régresser, dans sa manière de ressentir le psychothérapeute, au niveau du jeune enfant qui voit dans la mère beaucoup plus qu'un simple être humain, tel que le voient des yeux d'adulte. Le patient a besoin de ressentir chez le psychothérapeute l'équivalent d'une première mère qui contient la totalité du monde dont le petit enfant fait inextricablement partie, jusqu'à ce qu'il ait acquis son propre soi devenu capable de supporter la séparation d'avec le corps de la mère et leur séparation à tous deux du reste du monde. D'où un sentiment possible pour le thérapeute de se sentir vidé de son humanité car jamais à la hauteur de ces attentes.

La peur d'être envahi

Cette peur provient en grande partie de deux éléments caractéristiques du fonctionnement psychotique qui, selon Hochmann, sont la haine et l'identification projective.

L'envie haineuse a beaucoup été étudiée par les auteurs kleinien et ils ont démontré combien le psychotique peut haïr féroce la santé mentale du thérapeute parce qu'elle lui fait envie. Searles, dans son article « L'effort pour rendre l'autre fou » rend compte de cette menace qui pèse sur notre équilibre émotif.

Par exemple, le patient qui hante ou menace le psychothérapeute avec ses fantasmes suicidaires évoque souvent chez celui-ci un désir conscient et inconscient que le patient s'élimine littéralement lui-même de la situation thérapeutique. Quelques-uns des patients les plus malades vus en psychothérapie de support peuvent être extrêmement provocants, non seulement verbalement mais à travers leurs gestes, spécialement à travers des comportements dangereux soit à l'intérieur ou à l'extérieur des heures de thérapie. Ils peuvent harceler le thérapeute ou même sa famille au téléphone alors que les heures de thérapie peuvent être passées en silence ou dans l'énumération de plaintes hypocondriaques.

Quelquefois les gestes agressifs et les menaces de violence peuvent tomber sur la tête du thérapeute sans qu'il sache pourquoi. Tout ceci mène à des sentiments de frustration, de colère et d'impuissance, et même à des désirs de vengeance que le psychothérapeute a souvent du mal à évacuer s'il n'est pas lui-même bien supporté.

Certains autres patients plus masochistes vont souvent provoquer un comportement sadique chez le thérapeute comme conséquence de l'éveil chez lui de sentiments de désespoir au sujet de son travail. Les patients peuvent faire aussi

que le thérapeute soit en colère en niant que celui-ci puisse avoir un quelconque sentiment d'empathie à leur égard. De tels patients peuvent avoir un effet dévastateur sur l'estime de soi du thérapeute quand ils lui imputent leur sentiment qu'il est réellement cruel, ignorant, humiliant, négligeant à leur égard. La blessure des aspirations narcissiques du psychothérapeute peut alors conduire non seulement à la colère mais aussi à des sentiments pénibles de culpabilité, de honte et de dépression qui envahissent son univers intérieur.

Quelques considérations thérapeutiques

J'aimerais maintenant m'attarder à la façon qu'une telle conception de la psychose et son impact sur l'univers du thérapeute peuvent influencer la fonction soignante même de celui-ci, plus particulièrement dans la partie la plus lourde de son travail avec des patients régressés ou peu intéressés à la connaissance de leur vie psychique. Souvent les méthodes psychothérapeutiques traditionnelles ne fonctionnent pas avec eux parce que la partie saine du moi n'est pas suffisamment développée, ce qui signifie surtout un contact avec la réalité déficitaire, une faible capacité d'insight, une faible tolérance à la frustration et à l'angoisse, une faible capacité relationnelle et peu de motivation à changer. C'est pour cette clientèle que nous pensons souvent à un travail de support que ce soit sous forme d'actes de support, de thérapie ou de psychothérapie de support. Dans cette perspective, je développerai ici quelques considérations théoriques qui m'apparaissent être des éléments essentiels et spécifiques à une pratique éclairée du support en psychothérapie.

La fonction contenant

Tous les psychothérapeutes, qui abordent le traitement des psychotiques avec la préoccupation de trouver un sens à la folie, vivent l'expérience de rencontrer, à un certain point, un « mur du son ». Le patient nous apparaît alors sourd à ce qu'on lui dit, il écoute plutôt ce qu'on fait, ce qu'on agit, ce qu'on lui manifeste non verbalement. C'est dans ces moments, je crois, que la fonction de contenant agit dans son sens le plus vrai, c'est-à-dire à la façon de ce que Winnicott (1969) appelle le « holding » au stade du maintien. Sans prétendre que les étapes du travail psychothérapeutique soient un calque des étapes de la maturation du moi, je pense qu'il y a tout de même un parallèle à faire à ce propos.

Winnicott décrit cette phase du maintien comme un moment où la dépendance psychologique est absolue chez le nourrisson, parce qu'il n'a pas réussi encore à différencier son « self » des soins maternels. À ce stade, la physiologie et la psychologie ne sont pas encore distincts ou commencent seulement à le devenir. Cette phase se caractérise par l'existence essentielle d'un environnement qui maintient. Le nourrisson ne peut survivre sans lui. L'environnement qui maintient a pour fonction principale de réduire à un minimum les empiétements auxquels

l'enfant doit réagir, sans qu'il y ait risque pour lui d'être anéanti, annihilé. Le maintien vise à protéger contre les dangers physiologiques, il tient compte de la sensibilité de la peau, de la sensibilité auditive, de la sensibilité visuelle, ainsi que du fait que l'enfant ignore l'existence de toute autre chose que le self; il comprend toute la routine des soins de jour et de nuit, et il s'adapte jour après jour aux changements dus à la croissance et au développement, changements à la fois physique et psychologiques.

Quand le psychotique envahit chacun de nos sens avec ses odeurs, avec ses vêtements bizarres ou non soignés, avec ses silences lourds, son langage souvent inaudible ou ses cris surprenants, avec ses gestes désinhibés ou sa peur d'être touché, son incapacité à se nourrir et à se loger convenablement, n'est-ce pas là l'expression d'un besoin de maintien qui s'adresse à cette mère totale qu'il recherche constamment, sans doute, dans le psychothérapeute? Quand nous prenons en compte cette réalité des besoins primaires, ne devenons-nous pas l'environnement qui maintient?

Dans l'esprit de Winnicott, cette expérience du maintien est la condition d'accès à une autonomie relative et possiblement à une indépendance. Long trajet pour le psychotique qui souvent n'aboutira pas à ce stade d'indépendance et qui sera fait souvent d'aller-retour entre évolution et régression. Winnicott précise que dans cette phase de maintien les apports de l'environnement ne peuvent se suffire d'être mécaniques, leur fiabilité dépend de l'empathie de la mère. C'est ici que l'auteur considère la notion de mère suffisamment bonne, c'est-à-dire fiable mais imparfaite. Fiable dans le sens où la mère entendra les signaux que l'enfant lui donnera pour soit respecter son évolution vers une dépendance relative, soit pour ne pas faire à sa place ce qu'il est capable de faire, donc d'éviter d'être parfaite. C'est une phase où le nourrisson dépend des soins maternels, qui reposent sur l'empathie de la mère plutôt que sur sa compréhension de ce qui est verbalisé, ou pourrait l'être.

Donc cette fonction contenante est en rapport d'une part avec les besoins primaires des psychotiques, mais aussi sûrement en rapport avec la qualité concrète de leur pensée. Quand ils mettent, par identification projective, des morceaux d'eux en nous — que ce soit parce qu'ils sont destructeurs et qu'ils veulent s'en protéger en les mettant à l'extérieur d'eux ou que ce soit des objets bons qu'ils mettent en nous pour les protéger contre leur rage intérieure — ils les mettent en nous pour qu'on les contienne concrètement. Ceci demande alors au thérapeute non seulement une tolérance mais aussi une vigilance pour que ces contenus ne le détruisent pas.

L'utilisation du tiers et le rôle de l'équipe

Étant donné le besoin constant de fusion chez le psychotique et sa difficulté à utiliser une pensée symbolique, nous devons installer un cadre, un tiers qui concrètement signifiera ou rappellera au patient qu'il existe un autre, un ailleurs,

un non-soi. Ceci, pour protéger d'une part le thérapeute contre l'envahissement de ce besoin fusionnel et d'autre part le patient lui-même, car si ce fantasme de contrôle absolu sur le thérapeute se réalise, il risque rapidement de le voir s'inverser en fantasme où le clinicien serait un persécuteur qui aurait les mêmes pouvoirs que lui, qui le dominerait et l'humilierait. Dans une équipe soignante, il y a une variété possible de tiers en fonction des besoins et de la situation : le psychiatre, les groupes d'ergothérapie, l'éducatrice pour l'aide à la gestion, etc.

C'est dans cette perspective que Sassolas (1981) décrit l'équipe comme un ensemble relationnel vivant qui est essentiel non seulement pour l'investissement de ce travail par ceux qui le font, et le plaisir qu'ils peuvent y trouver, mais aussi pour le projet thérapeutique lui-même.

Ce démenti permanent du fantasme d'exclusivité apporté par l'existence de l'équipe est souvent douloureux pour le psychotique, car il vient donner le message que nous sommes des êtres différents, donc séparés. Un de mes patients dernièrement illustre très bien cet enjeu de la différenciation par la citation suivante : « Il y en a pour qui la différence entre le jour et la nuit est une question de nuance, alors que la différence entre le blanc pur et le blanc cassé pour d'autres représente un abîme. »

L'attitude professionnelle

On sait que le contre-transfert est une donnée intrinsèque de notre travail, le problème principal est le degré avec lequel il l'influence. Le comportement du patient amène le psychothérapeute à lutter constamment pour garder l'équilibre entre deux éléments constitutifs de « l'attitude professionnelle », soit la position d'empathie et la capacité de pensée. Tout en restant un individu capable de ressentir les choses, vulnérable (en opposition à rigide), avec des fantaisies, des rêves, des impulsions, des réactions à l'égard du patient, il doit rester capable d'en prendre conscience, de les tolérer et de les utiliser pour enrichir sa compréhension. Préserver sa capacité de pensée dans le travail avec les psychotiques n'est pas chose simple, comme nous avons pu le voir précédemment, et cela suppose d'abord une distance optimale.

Il est reconnu qu'avec un psychotique nous ne pouvons appliquer à la lettre l'attitude de réserve préconisée dans la cure-type analytique ou les psychothérapies analytiques, parce que cette attitude vise à diminuer au maximum l'apport de la réalité extérieure et à maximiser la projection sur le thérapeute de la réalité intérieure du patient. Il faut, au contraire, aménager la distance optimale pour ne pas provoquer un transfert trop intense. Par exemple, ceci peut se faire parfois par une préoccupation plus grande vis-à-vis la réalité extérieure du patient, parfois par la possibilité que le patient a de voir le thérapeute dans des activités en dehors de leur relation à deux, par exemple : participation du thérapeute à une activité sociale pour les patients, visite à domicile, discussion avec un autre intervenant, etc.

L'attitude professionnelle c'est aussi de reconnaître que nous avons un rôle de soignant qui se situe, comme dit Sassolas (1990), à la charnière de ces deux réalités, l'extérieure et la psychique. Les psychothérapeutes ne peuvent être utiles aux patients psychotiques que s'ils restent à cette frontière et gardent sans cesse le contact avec ces deux parties de leur univers. Et en se maintenant sur cette frontière, ils constituent « une véritable épine irritative psychique » pour le patient puisqu'ils se refusent à aller dans le sens des processus défensifs psychotiques qui escamotent toujours l'une ou l'autre de ces deux réalités. Il est parfois nécessaire bien sûr d'aller dans le sens de ces défenses psychotiques : c'est ce que nous faisons lorsque le médecin prescrit des médicaments qui vont modifier la réalité psychique du patient ou lorsque nous lui proposons un séjour à l'hôpital qui le met temporairement à l'abri des stimulations de la réalité extérieure. C'est justement parce qu'existent ces deux recours éventuels et temporaires, ces deux filets de protection, les médicaments et l'hôpital, que les soignants engagés dans cette pratique peuvent garder le cap pendant de grandes distances.

Nous pensons aussi qu'une attitude professionnelle aidante comprend une attitude de modestie. Nous devons être capables de fixer des buts, des objectifs de traitement pour nos patients qui tiennent compte de leurs capacités, de leurs limites et non de nos propres attentes et ambitions thérapeutiques. Ce n'est pas toujours un deuil facile à faire. Il faut se rappeler constamment que nous sommes destinés, comme le disait Bettelheim à propos du traitement des psychotiques, à naviguer entre un délire de toute-puissance et un délire d'impuissance.

Conclusion

Nous pensons que le cadre de référence psychanalytique peut constituer un point de repère essentiel à une compréhension globale de la psychose et permettre d'inventer quotidiennement à travers une « position psycho-dynamique » une pratique tenant compte des exigences de la réalité psychotique.

La problématique de la réalité dans la psychose présente depuis toujours un enjeu primordial tant pour les théoriciens que pour les praticiens de la psychanalyse. Si nous adoptons la position délicate de nous tenir à la frontière de la réalité extérieure et de la réalité psychique des psychotiques, certaines implications s'en suivent.

Dans le contexte actuel d'une prédominance des approches objectivantes de la maladie mentale, il nous faut affirmer et démontrer qu'il y a place encore pour la subjectivité, c'est-à-dire la nécessité de ne pas exclure la signification de la rencontre entre « l'être psychotique » et « l'être thérapeute ». Ceci peut se faire non pas en se fermant aux découvertes de la psychiatrie biologique et de la réadaptation sociale, mais en intégrant les découvertes psychothérapeutiques au sujet de la réalité psychique à ces connaissances objectives afin de créer une synergie nouvelle.

Il est important de se rappeler que l'avènement de la technologie bio-médicale dans sa recherche constante pour reculer les frontières de la mort a été à l'origine

aussi de la création de la science bio-éthique. Ces bio-éthiciens écoutent les questions que la technologie n'a pas le temps d'entendre, questions par ailleurs assez semblables à celles que le psychotique pose au sujet de la mort et de la séparation.

Cette position implique aussi que nous réfléchissions sur la façon que les processus mentaux des psychotiques influencent l'organisation clinico-administrative des soins : le modèle de fonctionnement des équipes, le modèle gestionnaire, l'aménagement des lieux de soins, les politiques de santé mentale.

Enfin, être psychothérapeute c'est finalement déclarer que même le plus démuné des psychotiques a besoin de parler, d'être écouté, d'être compris et, possiblement, de trouver une signification à ce qu'il vit.

Charles Tourigny

190, boul. René-Lévesque est
Montréal H2X 1N6

Références

- GUERTIN, M., 1986, Psychothérapie de soutien ou soutien en psychothérapie : Une réflexion nécessaire sur le travail en psychiatrie de secteur, *Santé Mentale, au Québec, XI*, n° 2, 149-155.
- HOCHMANN, J., 1981, La peur du fou, *Santé Mentale au Québec, VI*, n° 1, 3-18.
- JEANNEAU, A., BRISSET, C., 1982, Psychothérapie de la pratique courante, *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37810 C., 2.
- SASSOLAS, M., 1983, Quels cadres pour notre rencontre avec le patient psychotique? ou comment arrondir les angles sans pour autant tourner en rond, in Hochmann, J., ed, *Techniques de soins en psychiatrie de secteur*, Presses universitaires de Lyon, Lyon, 93-99.
- SASSOLAS, M., 1981, Les schizophrènes et nous : parcours psychothérapeutiques et points de repère analytiques, *Entrevues*, n° 1, 49-59.
- SASSOLAS, M., 1990, *Dialectique de la vie et du soin : Perspectives. Est-ce ainsi que les hommes vivent?* texte inédit.
- SEARLES, H., 1981, *Le contre-transfert*, Gallimard, Paris.
- WERMAN, D.S., 1984, *The Practice of Supportive Psychotherapy*, Brunner / Mazel, New York.
- WINNICOTT, D.W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Paris.