

Fondements théoriques des communautés thérapeutiques pour psychotiques

yves lecomte

« La réalité externe est le chemin obligé pour atteindre la réalité interne des patients » (Sassolas, 1993, 6)

En guise de préambule au dossier « Communautés thérapeutiques et psychose », Filigrane a trouvé intéressant d'introduire ses lecteurs au concept novateur de communauté thérapeutique, cet aménagement particulier du cadre psychanalytique pour les patients psychotiques. Après avoir esquissé un bref historique de ce type de traitement psychothérapeutique, nous résumerons donc les conceptions théoriques sur le fonctionnement psychique du psychotique qui ont été élaborées dans le cadre de cette thérapeutique, pour ensuite, en un troisième temps, synthétiser les principales stratégies d'intervention conceptualisées dans les milieux de vie que sont les communautés thérapeutiques. Nous nous baserons principalement pour ce faire sur les écrits de Marcel Sassolas, clinicien théoricien dont la contribution s'avère des plus uniques dans ce domaine.

HISTORIQUE

Les communautés thérapeutiques pour psychotiques originent du milieu des années 60, période à laquelle des psychiatres anglais décident d'expérimenter une nouvelle approche de la psychose en-dehors des lieux de soins traditionnels (Schatzman, 1969; Barnes et Berke, 1973; Fabre, 1978; Lecomte et Tourigny, 1983a). Cette expérience se poursuit ensuite, mais selon une conception plus classique de la psychose, sous les auspices de l'Arbours Association dirigée par Joe Berke (1977).

Dans le monde francophone, les communautés thérapeutiques pour psychotiques voient le jour sous l'impulsion de Racamier (1990) et Carretier (1974) qui créent en 1967 le foyer de la Veulotte. L'organisme Santé Mentale et Communautés de Villeurbanne met sur pied les communautés thérapeutiques La Baisse (Sassolas, 1981) et Léon-Blum, dix ans plus tard, en 1985. Au Québec, une expérience semblable débute en 1980 à la communauté thérapeutique La Chrysalide (Lecomte et Tourigny, 1983) au moment même où, en Suisse, le foyer de Tavel ferme ses portes après cinq ans d'existence (1975-1980). L'expérience québécoise se poursuit encore aujourd'hui.

Définition

Les communautés thérapeutiques ont pour objectif la sauvegarde et la restauration de la vie psychique du psychotique contre laquelle celui-ci a élaboré un système de défense très complexe. Pour atteindre cet objectif, les diverses communautés thérapeutiques ont adopté des modalités de fonctionnement qui, malgré certaines divergences, se ressemblent. La vie quotidienne de 5 à 12 psychotiques se déroule dans un milieu qui leur donne toute liberté d'organiser leur vie personnelle, relationnelle, professionnelle, etc. Parfois des stagiaires y vivent. Des thérapeutes y interviennent avec un horaire variable selon les endroits, afin de régulariser la vie commune et de donner une finalité thérapeutique à la vie quotidienne.

Fondements théoriques et cliniques

Quels sont les fondements théoriques et cliniques des communautés thérapeutiques? Les réponses à cette question varient au cours des années. En fait, les cliniciens de ce champ d'intervention élaborent des formulations à la pièce, selon l'évolution de leur théorisation et les problèmes pratiques et conceptuels rencontrés dans les lieux de vie. C'est ce qui explique le caractère variable, souvent incomplet, en friche, de ces diverses élaborations qui s'avèrent cependant porteuses d'une grande richesse clinique. Aussi, aurions-nous aimé synthétiser les réflexions théoriques énoncées à ce jour; faute d'espace, nous avons cependant choisi de résumer dans le présent texte la pensée de Marcel Sassolas sur le fonctionnement psychotique et les communautés thérapeutiques. Celle-ci est, en effet, tributaire des principaux courants de pensée actuels dans le domaine et présente l'avantage d'être novatrice et articulée.

Depuis la parution en 1981 de son article « La Baisse : une communauté thérapeutique » dans la *revue Santé mentale au Québec*, Sassolas n'a cessé de réfléchir sur les idées maîtresses qu'il y avait développées. Dans un va-et-vient entre la pratique et la théorie, il a réussi à enrichir l'une et l'autre. Il a ainsi créé un tiers symbolique, l'espace théorique, ayant permis à sa pensée de se développer et de résister au combat incessant et épuisant de tout travail avec les psychotiques. C'est de cette manière qu'il a eu « la capacité d'innover non seulement des lieux, mais aussi des méthodes » (Racamier, 1990, 49).

LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DU PSYCHOTIQUE

S'inspirant des écrits théoriques de Klein, Kohut, Searles et Racamier, Sassolas analyse le fonctionnement psychique et le système défensif du psychotique et retient cinq concepts-clé autour desquels s'organisent, selon lui, les rapports psychotiques avec le monde ambiant.

Vivre hors de soi

Le développement psychique a lieu le long de deux axes organisateurs : la sexualité et la mort. Ces deux axes créent chez le psychotique une angoisse intense et provoquent des fantasmes archaïques d'une terreur et d'une excitabilité telles que ce dernier ressent l'activité psychique comme une menace à son intégrité. Ce danger apparaît d'autant plus grand que, selon Sassolas, le psychotique vit ses fantasmes comme une pièce de théâtre qui se joue sur une scène et que le spectateur prendrait pour la réalité. On comprend alors qu'il choisisse de vivre hors de soi, selon la formule consacrée par Racamier.

Deux stratégies actualisent ce choix : éteindre sa vie psychique et fonctionner comme un automate ou expulser ses émotions dans un délire qui structure son magma psychique.

Le psychotique développe un système défensif et cherche, au moyen de mécanismes tels que le déni, le clivage, l'agir, la projection, l'identification projective, à effacer toute trace psychique de son vécu. Cette constatation fait dire à Sassolas que la situation idéale pour un psychotique est une vie psychique dont serait éliminé tout stimulus psychique interne (rêves, fantasmes, souvenirs) et externe (liés au monde relationnel).

Stimuli internes et externes

Pour faciliter l'élaboration de stratégies d'intervention, Sassolas, à la suite de Freud, distingue deux sortes de stimuli : internes et externes.

Les premiers sont le résultat du fonctionnement mental du sujet : rêves, fantasmes, pensées spontanées, alors que les deuxièmes originent de la réalité extérieure au sujet : désirs, espoirs, etc.

Rapport à l'environnement : omnipotence et non-séparation

Le rapport du sujet psychotique au milieu environnant se vit sous l'emprise de l'omnipotence et de la non-séparation.

L'omnipotence réfère à l'image refoulée et clivée qu'a le psychotique de lui-même, c'est-à-dire à une image de soi grandiose, faite de toute-puissance et de perfection, originant du narcissisme primaire. Cette omnipotence, tout en se manifestant par des comportements et des attitudes concrètes, est inconsciente et clivée : elle coexiste avec un sentiment de dévalorisation. Cette illusion de toute-puissance a pour fonction défensive de protéger le psychotique contre la blessure narcissique liée à la défaillance psychique implicite à toute relation thérapeutique.

Selon Sassolas, la blessure narcissique est le signe pathognomonique de la vulnérabilité narcissique du psychotique : l'intensité du déni est fonction de l'intensité de la fragilité narcissique. Cette même vulnérabilité serait à la source du déclenchement des décompensations psychotiques. Suite à une blessure narcissique (déception, échec, dévalorisation) ou à une stimulation narcissique (succès, réussite, valorisation), le patient, en effet, ne pourrait métaboliser ces événements et basculerait dans la psychose.

La deuxième caractéristique du rapport psychotique à l'environnement, la non-séparation, signifie, selon Sassolas, que l'objet, soi ou autrui, n'existe pas pour le psychotique puisque celui-ci se confond perpétuellement avec l'autre, fusionné qu'il est encore à la mère archaïque. Le psychotique n'accepte pas sa séparation ni l'existence en lui d'une vie psychique propre, car cette séparation psychique sous-tend la destruction d'autrui et le démembrement de soi.

Le mode de communication

Pour le psychotique, la communication passe par le réel car il rejette toute représentation symbolique. Autrement, il devrait, en effet, accepter l'absence de l'objet représenté par le symbole, ce qui lui est inacceptable.

Comment communiquer avec autrui si ce dernier n'utilise pas les symboles? Par le réel : objets et comportements y sont des messages réels. En plus d'être le lieu de dépôt des affects, le réel est « un vecteur essentiel » (Sassolas, 1990, 49) de la communication psychotique. En corollaire, les comportements des intervenants et les modalités de traitement sont des messages encore plus crédibles que les paroles.

L'investissement relationnel

Il découle du type de rapport qu'il établit avec l'entourage que le psychotique perçoit autrui comme un prolongement narcissique de lui-même sur lequel il s'attribue un contrôle omnipotent. Dans un jeu de miroir, l'investissement du psychotique par son thérapeute ne peut alors être que narcissique, stimulant ainsi le patient à développer le fantasme que le clinicien cherche à prendre possession de lui. La relation qui se développe entre les deux en est donc inévitablement une d'emprise mutuelle.

Cette emprise mutuelle est favorisée par une autre stratégie du système défensif psychotique. Le patient stimule, en effet, l'omnipotence infantile refoulée du thérapeute autant par son idéalisation que par la disqualification de ses propres capacités. L'idéal professionnel du thérapeute est tellement sollicité que ce dernier développe la certitude que le psychotique ne peut vivre sans lui, qu'il est le seul efficace, qu'il est omnipotent. Il adopte une attitude réparatrice vécue par le psychotique comme une mainmise sur sa vie, et contre laquelle il se défend avec une vivacité symptomatologique accrue.

Par ailleurs, les attaques contre les liens thérapeutiques s'avèrent une autre stratégie du système défensif utilisée contre l'investissement relationnel. Le psychotique perçoit son thérapeute comme détenant la santé psychique et la capacité de la donner à autrui, (perception d'être à la fois très puissant et dangereux); s'ensuivent alors des activités envieuses (au sens de détruire ce que l'autre a de bon et qu'on n'a pas) pour enlever au thérapeute le plaisir de penser.

Finalement, une dernière caractéristique de l'investissement relationnel psychotique consiste dans la perception du thérapeute comme un assaillant psychique potentiel. En effet, le psychotique ressent autrui — et donc le clinicien — comme un prolongement de lui-même essentiel à sa vie psychique. Si le thérapeute lui fait

défaut de quelque manière que ce soit, l'équilibre narcissique du psychotique est menacé et des réactions d'angoisse, de retrait (du thérapeute ou de lui-même) ou de rage très intenses s'en suivent.

LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

Dans la conception de Sassolas, la pierre angulaire de tout traitement thérapeutique, c'est-à-dire porteur de changement, réside dans la relation psychanalytique avec son passage obligé par le langage¹. Mais cette cure sous sa forme classique ne réussit que dans de rares cas à cause de trois problèmes liés au fonctionnement psychique du psychotique.

En premier lieu, le cadre psychanalytique classique confronte le sujet à une relation d'objet, affectivement investi, comportant deux risques pour le psychotique. En effet, si, d'une part, le thérapeute fait défaut, il est vécu comme destructeur et, d'autre part, s'il se rapproche trop, il devient persécuteur. Deuxième problème, le médium de communication de ce traitement : le langage, chronicise et stérilise la relation thérapeutique, car « Entre le psychotique qui disqualifie les messages verbaux, au privilège exclusif des messages agis, et le soignant psychiatrique qui disqualifie les messages agis et n'accorde valeur qu'aux messages verbaux, l'échange risque assez vite de tourner court » (Sassolas, 1990, 49). Également, le langage blesse narcissiquement le psychotique. En l'utilisant, le thérapeute démontre à la fois sa capacité de verbaliser et les difficultés de communication du psychotique. Enfin, troisième problème, les comportements d'auto-disqualification et d'auto-abandon du psychotique, dont l'ultime confirmation est la mise sous curatelle, menacent son évolution et provoquent le rejet ou l'indifférence des proches et des thérapeutes, ces comportements nuisant psychiquement à ces derniers en leur faisant éprouver des affects archaïques insupportables (tels la rage) par le biais de l'identification projective.

Comment aménager un cadre thérapeutique qui puisse réduire l'impact de ces trois difficultés sur la relation thérapeutique, et permettre un traitement efficace à la majorité des patients dont « la plus ou moins grande prévalence des mécanismes psychotiques dans le fonctionnement mental » (Sassolas, 1981, 146), rend insupportable la relation dyadique?

Sassolas rappelle qu'au cours des années, les cliniciens ont imaginé deux aménagements à la cure psychanalytique classique. Le premier consiste dans l'utilisation de la bi-polarité thérapeutique² comme antidote à l'omnipotence respective du psychotique et de son thérapeute, source de chronicisation de la relation. Pour un bon nombre de patients, elle réussit à rendre tolérables les angoisses et frustrations de la situation thérapeutique et à rendre à nouveau possible l'élaboration psychique. Mais la bi-polarité ne suffit pas toujours. Le groupe, deuxième aménagement, est alors utilisé comme médiateur de la communication. Ce groupe n'est pas celui de la psychothérapie classique qui suscite beaucoup d'angoisse. Il fonctionne dans la réalité quotidienne, comme celui du foyer du Cerisier³ (Sassolas, 1977).

L'analyse approfondie des trois écueils au traitement classique décrits plus haut amène Sassolas à la constatation suivante. Si les aménagements du cadre psychanalytique permettent à la relation dyadique d'être thérapeutique pour beaucoup de psychotiques, une partie de la solution thérapeutique pour les autres se trouve dans le milieu même où ils vivent. Pour les patients isolés, sans famille ou avec une qui est pathogène, la relation duelle demeure, en effet, chronicisée. Qu'offrir à ces patients? La réponse imaginée est la création d'un « milieu de vie substitutif » sous la forme d'une communauté thérapeutique.

Troisième aménagement majeur du cadre psychanalytique, les communautés thérapeutiques sont conçues pour déchroniciser la relation thérapeutique duelle chez les patients sans milieu de vie adéquat. Comment cette déchronicisation opère-t-elle ?

Les communautés thérapeutiques, parce qu'elles sont un milieu de vie, offrent au psychotique un « théâtre de soins » sur la scène duquel déposer ses affects et faire jouer aux autres un rôle relié à sa problématique personnelle. Le psychotique recourt donc à « des mises en actes de sa vie psychique », et rejoue, à travers les situations vécues dans ce lieu, le scénario sous-jacent à son fonctionnement mental : le deuil non résolu de son omnipotence et de la perte de la relation fusionnelle avec la mère. Il livre donc en actes sa vie psychique. Il revient aux intervenants à décoder ce scénario et à le lui restituer.

Communauté thérapeutique et relation duelle

Comment ces lieux de vie solutionnent-ils les problèmes que la relation duelle pose aux psychotiques?

L'intégration des rencontres thérapeutiques dans la réalité quotidienne facilite l'investissement relationnel des psychotiques en diminuant leur angoisse et les stratégies défensives concomitantes. En effet, cette quotidienneté sert de pare-excitation aux vécus psychiques reliés à la proximité des thérapeutes. Elle permet aussi d'atténuer les différences entre les professionnels et les résidents, diminuant d'autant la blessure narcissique que la différence entre les deux engendre, ce qui a pour conséquence, autre avantage, de limiter l'intensité des réactions envieuses. Il devient alors possible aux résidents de se reconnaître dans leur thérapeute et d'assainir leur relation avec lui. De plus, les multiples interactions entre thérapeutes et résidents viennent contredire les fantasmes d'exclusivité fusionnelle de ces derniers (être le seul à se nourrir de la substance du thérapeute et le seul à le nourrir de sa substance par identification projective).

La communication entre les résidents et les thérapeutes devient donc possible par l'insertion du réel dans la situation thérapeutique. En effet, les cliniciens peuvent communiquer dans le langage de leurs patients, langage « dont les vecteurs sont les actes et les choses ». Les affects, les souvenirs, les pensées, etc. peuvent être ainsi lus et entendus par les uns et les autres, et devenir un matériel d'échanges sur lequel élaborer.

Les comportements d'auto-disqualification, agis souvent en présence des thérapeutes, peuvent être observés, repérés, reliés aux mouvements relationnels entre

les résidents, aux événements de la vie quotidienne. Ils peuvent ainsi être contenus, atténués avant d'avoir suscité des réactions irréversibles et d'avoir été refoulés ou clivés au point de ne plus être significatifs.

Élaboration psychique et stratégies thérapeutiques

Comment les communautés thérapeutiques permettent-elles l'élaboration psychique? Quelles stratégies thérapeutiques privilégient-elles?

L'élaboration psychique

L'élaboration psychique dans la communauté thérapeutique est possible à certaines conditions. Ainsi, la taille réduite du groupe et l'autonomie complète dans la vie quotidienne favorisent l'émergence d'un climat de confiance qui permet la spontanéité des comportements, à l'image de l'association libre en psychothérapie psychanalytique. Par ailleurs, l'instauration d'un cadre stable au point de vue temporel, physique et relationnel (les mêmes thérapeutes) s'avère aussi une condition essentielle.

Toujours selon Sassolas, il est également important que le temps et le changement fassent partie intégrante du cadre thérapeutique. Les intervenants doivent imaginer des mécanismes qui rappellent que le séjour du résident s'inscrit dans une temporalité, qu'il a un début et une fin. Il en est de même pour le changement thérapeutique contre lequel se défend le psychotique. Des signes concrets doivent lui démontrer que la participation à la vie quotidienne signifie aussi participer à un projet thérapeutique.

Notons que le choix de ces signes et de leurs manifestations doit cependant tenir compte de la blessure narcissique implicite qu'ils comportent pour le résident. De la même façon, l'intervenant doit être respectueux des modes de vie et des comportements des résidents, tout en se permettant d'en parler et de les interroger pour comprendre les conflits intrapsychiques qu'ils sous-tendent. Ainsi, par exemple, toute violence physique ou verbale nécessite une intervention immédiate visant, d'une part, à rétablir la primauté des règles de cohabitation et, d'autre part, à tenter d'entendre le message que cette violence comporte : l'expression d'une détresse narcissique liée à la reconnaissance de la défaillance psychique et à l'angoisse de dépendance. Enfin, autre insertion des notions de temps et de changement dans la relation, il est important pour Sassolas que le cadre thérapeutique puisse contrer la compulsion de répétition qui entraîne les psychotiques à utiliser les actions et paroles des thérapeutes pour perpétuer leur attitude défensive. L'activisme face à l'auto-disqualification en est un exemple.

Les stratégies thérapeutiques

Stratégie face à l'omnipotence

Comme nous l'avons vu, toute rencontre thérapeutique avec le psychotique recèle le message implicite qu'il a une défaillance psychique, véritable « injure à son omnipotence ». Le psychotique en souffre et le thérapeute doit le reconnaître

s'il ne veut que son silence ou son indifférence ne constituent une blessure supplémentaire.

En fait, l'attitude du thérapeute devrait en être une de modestie, selon Sassolas, afin de ne pas augmenter les facteurs blessants de la rencontre thérapeutique, ni de confronter l'image de toute-puissance que le psychotique se fait du thérapeute, image qui s'avère la source d'un sentiment de persécution ou d'une idéalisation défensive.

Stratégie face aux mécanismes de déni

Sassolas distingue deux formes de déni : d'une part, l'auto-disqualification comme sujet ou l'auto-abandon et, d'autre part, le déni de toute pathologie avec son refus sous-jacent de dépendance.

Face à l'auto-disqualification qui se manifeste par des comportements parfois rébarbatifs provoquant des réactions de rejet chez l'entourage, la stratégie d'intervention que propose l'auteur comporte trois volets : 1) comprendre sa signification inconsciente, soit une attaque narcissique contre les imagos parentales; 2) refléter au patient que, d'une part, cette autodisqualification « ne va pas de soi » : elle est une façon nuisible d'exprimer sa souffrance, et que, d'autre part, elle origine des relations vécues dans le groupe; 3) suppléer à ses conséquences négatives, vivre l'inconfort de la mauvaise conscience et manifester au patient les affects que lui-même et les autres ressentent envers cette dévaluation.

L'autre forme de déni : la méconnaissance de toute pathologie, sert à aseptiser la dimension thérapeutique du milieu de vie. Malgré l'angoisse que la maladie du résident fait vivre au thérapeute, dû à ses propres pulsions archaïques (envie, destructivité, omnipotence), ce dernier doit tenir bon et réintroduire progressivement la partie malade de son vis-à-vis dans le discours thérapeutique pour la perlaborer, car elle est la partie vivante du sujet.

Stratégie face à la destruction de l'activité mentale

Pour contrer la destructivité psychique, le thérapeute doit laisser les affects du psychotique envahir son espace mental jusqu'à ce qu'ils deviennent perceptibles aux deux interlocuteurs. Cette perception rend possible la restitution des affects sous une forme intégrable, et permet progressivement au psychotique de les affronter et de les vivre siens, via le processus d'identification projective.

L'activité mentale est cependant d'origine interne et externe; des stratégies spécifiques d'intervention sont donc utilisées pour chacun des deux types de stimuli.

Pour ce qui est des stimuli d'origine interne, deux situations sont possibles. Dans la première, le psychotique a réussi par ses stratégies défensives à neutraliser les stimuli. La loi de l'*omerta* règne sur le contenu psychique, d'où la pauvreté du discours. La stratégie thérapeutique consiste à rendre légitime le silence du résident sur sa vie psychique tout en maintenant la relation thérapeutique.

Le travail élaboratif est alors rendu possible par le groupe. Véritable objet intermédiaire, il permet au résident d'y participer à son rythme, à sa manière, dans un

retrait passif s'il le faut. Même minimale, cette participation au groupe permet au résident de tolérer l'intérêt pour la vie psychique qui s'y manifeste, parce qu'il passe par l'intérêt pour la vie psychique des autres. Si les autres participants sont incapables de se laisser aller au plaisir de la parole et de la pensée, le thérapeute supplée alors en devenant l'objet de leur « voyeurisme et vampirisme psychique ».

Exister psychiquement, selon les mots de Sassolas, signifie laisser le psychisme du thérapeute devenir l'objet d'un intérêt pour le groupe, augmentant d'autant les chances que cet intérêt se porte sur la vie psychique du résident. Il va sans dire que le fait, pour le thérapeute, de parler de lui-même ou de commenter ses actes doit toujours demeurer de nature thérapeutique. Sont à éviter les deux excès qui risquent de susciter des réactions envieuses chez le résident : la discrétion et l'exhibitionnisme.

Une deuxième situation liée aux stimuli internes est celle où le système défensif du psychotique est débordé par l'intensité des stimuli. Sassolas suggère alors une autre stratégie qui comporte, elle aussi, trois volets : 1) reconnaître que le résident est aux prises avec de fortes pulsions et qu'il fait tout ce qu'il peut pour les contenir; 2) lui proposer un milieu de vie suffisamment structuré pour contenir les nuisances et les souffrances occasionnées par ce combat tout en permettant de conserver la potentialité relationnelle des liens avec lui; 3) un traitement pharmacologique pour diminuer les stimuli.

Par ailleurs, en ce qui concerne les stimuli d'origine externe, Sassolas prend en considération les affects, pensées, fantasmes résultant des événements qui se produisent dans le milieu de vie et propose qu'ils deviennent le matériel de travail suscitant l'élaboration psychique. Ce qui présuppose certaines conditions. Pour que ces événements réels soient une voie d'accès au vécu psychique, il faut, en effet, que le milieu de vie soit bien structuré, les règles clairement établies et ponctuées de moments significatifs de rencontre avec des thérapeutes, afin de pouvoir relier ces événements les uns aux autres, et aux relations entre les résidents.

Stratégie face à l'investissement narcissique

Face à l'investissement narcissique dont le thérapeute est l'objet de la part du psychotique et aux réactions qu'il suscite ainsi chez ce dernier, Sassolas suggère que le clinicien montre qu'il comprend la nature de cette réaction et qu'il aide le psychotique à relier ses réactions aux fluctuations relationnelles qui les ont suscitées.

CONCLUSION

Depuis plus de 25 ans, des thérapeutes en France et au Québec s'emploient à développer des lieux de vie qui soient compatibles avec le fonctionnement psychique des psychotiques. Ce projet de lieux visant à ce que ce type de patients se réapproprient leur vie psychique a pris pour forme les communautés thérapeutiques.

Créés initialement en opposition à l'institution asilaire, ces communautés sont progressivement devenues un dispositif surspécialisé du système de soins thérapeutiques offerts aux psychotiques.

Les communautés thérapeutiques ont été conceptualisées en fonction de deux finalités. La première était de dynamiser la relation thérapeutique duelle afin qu'elle redevienne porteuse de changement psychique, tel que, par exemple, le visualisent Sassolas et son groupe à La Baïsse. La deuxième était de rendre la communauté elle-même porteuse de ce changement, comme le prônent, par exemple, les cliniciens de La Chrysalide.

Au-delà de cette différence de finalité et des modalités d'intervention qu'elle sous-tend, le travail auprès des psychotiques dans l'ensemble des communautés rencontre les mêmes embûches.

Embûches liées au fonctionnement psychique des résidents qui fuient le changement, craignent les rapports humains, et dépendent d'autrui pour survivre.

Embûches liées aux thérapeutes qui se débattent avec leurs propres besoins psychiques et le danger de l'ennui (Racamier, 1990), de même qu'avec leurs réactions contretransférentielles face à des patients qui cherchent constamment à les tenir éloignés et à mettre en échec la relation thérapeutique et, du même coup, leur idéal professionnel de soignants.

Embûches liées à l'exercice de la fonction maternante de ces lieux dont la défaillance suscite chez les résidents le sentiment d'être abandonné à soi-même, à la merci de sa vie psychique, alors que son excès s'avère un obstacle à l'émergence et à l'expression de tout conflit intérieur.

Embûches liées aux courants idéologiques traversant le champ de la santé mentale et qui privilégient l'approche biologique et ses traitements ou la réadaptation avec ses solutions orthopédiques.

Paradoxalement, ces embûches à la création et au maintien d'une relation thérapeutique vivante ne découragent pas les divers interlocuteurs de ces lieux de vie. Au contraire, l'expérience clinique montre que, pour les intervenants et un grand nombre de résidents, ces communautés thérapeutiques stimulent les uns et les autres à rechercher les conditions du maintien d'une relation, dans le cadre d'une coexistence commune, qui leur laisse la liberté de penser et d'agir. N'est-ce pas là la finalité de ces communautés thérapeutiques?

yves lecomte

centre de santé mentale et communautaire
188, boul.rené-lévesque est
montréal, qc H2X 1N6

Notes

1. Cette conception diverge de celle prônée à Montréal par le groupe de La Chrysalide et selon laquelle la participation même au lieu de vie peut être agent de changement thérapeutique. La relation thérapeutique duelle est recommandée mais non imposée aux résidents qui doivent se chercher un thérapeute par eux-mêmes. Il est à noter que La Chrysalide fonctionne en dehors de toute appartenance à un réseau hospitalier et que l'accès à des ressources psychothérapeutiques dépend des institutions.

2. Il s'agit de l'insertion d'un personnage tiers dans la relation thérapeutique sous la forme, par exemple, d'un médecin qui prend en charge la médication, les contacts avec la famille et d'autres problèmes de nature concrète.
3. Le foyer du Cerisier est un lieu où se réunissent de 6 à 10 patients en présence de deux thérapeutes, deux fois par semaine, durant une période de trois heures. Le groupe est immergé dans la vie quotidienne. Cette situation de groupe a pour autre caractéristique d'être régie par des paramètres qui lui assurent une fiabilité, et la rendent porteuse de sens psychique. Cette situation est très efficace pour préserver les possibilités d'élaboration thérapeutique.

Références

- BERKE, J., 1977, *Butterfly Man*, The Anchor Press, London.
- FABRE, J.P., 1978, *Les communautés antipsychiatrique : une approche différente de la psychose*, Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie, Université de Bordeaux.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., 1983a, La communauté thérapeutique. Première partie : définition, caractéristiques et évolution, *Santé mentale au Québec*, VIII, n° 1, 107-21.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., 1983b, La communauté thérapeutique. Deuxième partie : La Chrysalide, *Santé mentale au Québec*, VIII, n° 1, 122-34.
- RACAMIER, P.C., CARRETIER, L., 1974, Un foyer thérapeutique. Remarques sur la méthode de soins dans les évolutions au long cours in Chiland, C., Béquiart, P. dir., *Traitements au long cours des états psychotiques*, Privat, Paris, 169-185.
- RACAMIER, P.C., 1980, *Les schizophrènes*, Payot, Paris.
- SASSOLAS, M., 1993, La fonction soignante en psychiatrie ou Comment affronter la douleur de penser, *GRUPPO*, 1-9
- SASSOLAS, M., 1990, Déjouer les pièges de la psychose au quotidien in Vidon, G. Goutal, M., dir., *L'hébergement thérapeutique. Une alternative à l'hospitalisation psychiatrique*, Erès, Toulouse, 23-33.
- SASSOLAS, M., 1990, Est-ce ainsi que les hommes vivent?, *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1.
- SASSOLAS, M., 1990, La place des structures intermédiaires dans une approche psychothérapique des psychoses, *Transitions*, 5, 41-47.
- SASSOLAS, 1990, Le théâtre de soins, ses acteurs et ses lieux in Sassolas, M., ed., *Le théâtre de soins, ses acteurs et ses lieux*, Césura, Lyon, 45-56.
- SASSOLAS, M., 1988, La transplantation des affects, *Synapse*, n° 42, 60-67.
- SASSOLAS, M., 1988, La réalité quotidienne comme outil thérapeutique, *Revue de la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 5.
- SASSOLAS, M., 1988, Dedans, c'est dedans. Dehors, c'est dehors in Sassolas, M., dir., *Dedans-Dehors*, Césura, Lyon, 275-84.
- SASSOLAS, M., 1988, Les rhododendrons de la psychiatrie ou à partir de quels critères concevoir le fonctionnement des structures de soins en psychiatrie, *L'Information psychiatrique*, 64, n° 7, 889-905.
- SASSOLAS, M., 1987, Comment s'articulent dans une structure intermédiaire, dynamique personnelle et dynamique institutionnelle, *Revue médicale de Suisse Romande*, 107, 641-6.
- SASSOLAS, M. 1986, Les structures intermédiaires à leur juste place in Hochmann, J., dir., *Psychiatries : de révolution... en évolution*, Césura, Lyon, 91-102.
- SASSOLAS, M., 1985, Approche psychothérapique des psychoses en-dehors des cadres habituels de la psychothérapie, *Entrevues*, 10, 61-76.
- SASSOLAS, M., 1985, Approche psychothérapique des psychoses et psychiatrie communautaire in Amyot, A., Leblanc, J., Reid, W., eds, *Psychiatrie-Psychanalyse : Jalons pour une fécondation réciproque*, Gaëtan Morin, Boucherville, 211-228.

- SASSOLAS, M., 1984, Ces lieux de vie dont il faut bien partir, *Transitions*, 18, 7-17.
- SASSOLAS, M., 1983, Quel cadre pour notre rencontre avec le patient psychiatrique in Hochmann, J., dir., *Techniques de soins en psychiatrie de secteur, Césura*, Lyon, 94-99.
- SASSOLAS, M., 1983, Les obstacles au changement dans notre tête et dans celle des patients et leur expression institutionnelle : la maladie de l'île déserte, *Transitions*, 14, 103-112.
- SASSOLAS, M., 1983, Structures intermédiaires et approche psychothérapique des psychoses in Hochmann, J., dir., *Techniques de soins en psychiatrie de secteur*, Presses universitaires de Lyon, Lyon, 137-171.
- SASSOLAS, M., 1982, Les frères orphelins, *Transitions*, supplément n° 9, 97-114.
- SASSOLAS, M., 1981, Les schizophrènes et nous, *Entrevues*, 1, 49-59.
- SASSOLAS, M., 1981, La Baisse. Une communauté thérapeutique pour psychotiques, *Santé mentale au Québec*, VI, n° 2, 143-160.
- SASSOLAS, M. 1979, Les maladies infantiles des structures intermédiaires, *Transitions*, 1, 44-52.
- SASSOLAS, 1977, Le foyer du Cerisier d'hier à aujourd'hui, *L'Information psychiatrique*, 53, n°4.
- SCHATZMAN, M., 1969, Madness and Morals in Berke, J. dir., *Counter Culture*, Peter Owen Ltd, London, 290-313.