

Loin des yeux, près du cœur*

francis maqueda

L'auteur étudie les conflits qui ont lieu dans les « lieux de vie », habitations communautaires mises à la disposition de certains patients par l'association Santé mentale et Communautés à Villeurbanne. Ils peuvent être pensés aussi bien comme des tentatives d'expulsion, de mise à distance du rival narcissique, que comme l'expression d'un lien naissant mais immédiatement attaqué.

« Ce qui nous sauve ne nous protège de rien, et pourtant cela nous sauve »

Christian Bobin - *L'inespérée*

Comme dans toute situation thérapeutique avec un patient psychotique, le travail avec les résidents *des lieux de vie*¹ suscite chez nous des émotions aussi bien négatives que positives. Mais nous savons aussi que le soin psychique, pour s'établir convenablement, notamment avec les patients psychotiques ou avec un fonctionnement psychotique, demande qu'une partie des émotions que nous éprouvons puisse être communiquée aux patients. C'est dire que nous divergeons alors de la neutralité bienveillante, mais en même temps cela permet de rendre vivantes l'intolérance, l'inquiétude ou l'incrédulité que le fonctionnement psychotique ne manque pas d'éveiller en chacun de nous.

Nous nous dégageons ainsi d'une attitude technique désaffectivée que de toute façon les patients seraient habiles à percevoir pour ce qu'elle serait, au mieux une défense, au pire une attaque. En effet, si quoiqu'ils disent ou fassent, nous restons en face d'eux dans une attitude de neutralité technique et aseptique, ils pourraient en tirer deux conclusions :

- ou bien ils nous sentiraient indifférents et se sentiraient abandonnés, puisque nous ne participerions en aucun cas à leur souffrance,
- ou bien ils nous sentiraient en position vulnérable, agrippés à notre rôle comme à une bouée, ou plutôt à un bouclier, pour nous protéger de deux sentiments fondamentaux qu'ils éveillent en nous :
 - le sentiment d'être vidés de notre pensée, avec la sensation que les bras nous en tombent,
 - le sentiment d'être envahis par une *substance étrangère* (on ne sait plus où on en est, on ne se reconnaît plus).

* Ce texte est la version modifiée d'une présentation au colloque L'intervention de groupe : critiques et prospectives, Montréal, mai 1994.

Toutefois (et c'est là où ils sont bien plus forts que nous, et en même temps c'est là aussi où ils limitent fort heureusement notre toute-puissance soignante) quand bien même nous nous efforçons d'être dans une attitude (de clinique) relationnelle, ces deux sentiments continuent à agir sur nous. Ils agissent la plupart du temps simultanément et nous procurent la désagréable impression de ne rien comprendre, d'être soumis à la violence, puis d'éprouver un sentiment de vide, de ne plus pouvoir penser, de provoquer en nous des obnubilations de pensée. Donc il faut bien se représenter a priori que les choses ne sont pas si simples, même si nous cumulons de l'expérience avec ces patients dans les dispositifs communautaires que sont les lieux de vie. Mais en même temps il faut bien nous rendre compte que notre intervention, aussi réduite soit-elle (une fois par semaine pendant une heure environ) dans le lieu où ils habitent², continue de constituer pour eux une blessure, blessure qui confirme que l'état dans lequel ils sont, nécessite notre aide. Aussi, pour se protéger de cette blessure, utilisent-ils des tactiques qui leur sont familières et qui nous déroutent toujours dans un premier temps :

- soit ils s'arc-boutent sur un fonctionnement très opératoire qui bon an mal an leur procure un sentiment de sécurité, même illusoire, et font preuve alors d'une grande passivité, à nos yeux intolérable,
- soit ils peuvent dévier leur agressivité ailleurs et s'attaquer au fonctionnement que nous leur proposons, le rendre fou, impensable, résistant à notre sollicitude bienveillante et thérapeutique.

Ainsi en est-il quand nous sommes engagés dans ce type de travail relationnel groupal. D'une part nous sommes, encore une fois, attaqués dans les contenus mégalomaniaques de notre position (et c'est tant mieux), d'autre part nous devons affronter des conduites, des passages à l'acte divers et complexes qui réactualisent chez nous des conflits et nécessitent un travail sur nous-mêmes dans les mouvements d'*insight* qu'ils déclenchent (notamment quand les patients attaquent des choses auxquelles nous sommes attachés). Globalement, ces moments de tension dans le fonctionnement du cadre institutionnel et relationnel atteignent aussi nos processus de pensée. Ils agissent comme des attaques contre les liens et nous confrontent alors à un fantasme de perte de nos capacités de fonctionnement thérapeutique. Aussi nous faut-il veiller très souvent à ne pas nous laisser entraîner dans cette vulnérabilité qui court chez chacun de nous quand notre passion professionnelle s'érode et rencontre un certain conformisme thérapeutique, ou s'entiche de modèles thérapeutiques qui promettent des résultats plus immédiats. J'ai toujours en mémoire les mots de Francis Scott Fitzgerald dans *La Félure* quand il propose « que l'on devrait pouvoir comprendre que les choses sont sans espoir et cependant être décidé à les changer ». En tout cas nos perspectives thérapeutiques doivent s'efforcer d'inclure, aussi bien chez les soignants que chez les patients, des potentialités de changement.

Ceci nous indique par ailleurs que cette passion professionnelle dont je viens de parler doit, dans la clinique relationnelle, faire alliance avec un certain calme,

c'est-à-dire nous maintenir vigilant par rapport à un certain activisme thérapeutique qui voudrait tout changer à tout prix. Nous savons bien que s'y prêter (à l'activisme thérapeutique) nous conduit à travailler sans nuance, sans préserver le difficile chemin d'une parole élaborative. Or la clinique relationnelle se situe dans la réserve, le respect pour ceux qui nous sont adressés ou s'adressent à nous, parce qu'ils dérangent, qu'ils souffrent, qu'ils sont abandonnés ou qu'ils s'abandonnent. Mais nous savons aussi qu'ils sont acteurs de leurs troubles autant qu'ils les subissent. Le soin apparaît bien alors comme un *compromis*, ce dont le patient psychotique a horreur d'ailleurs.

Il y a le compromis et il y a l'alliance. Nous parlons (nous), en effet, d'*alliance thérapeutique*³ comme projet et sources d'identifications réciproques entre les thérapeutes et les patients; et en même temps comme sauvegarde des capacités de penser, d'éprouver, d'exister comme sujet pour chacun. Mais nous savons d'une part que cette alliance peut serrer trop les liens qu'elle noue (capture) et d'autre part qu'une trop grande proximité (ou qu'un trop grand rapproché) peut provoquer des ruptures. Entre ces écueils, cette alliance, pour reprendre les termes de Winnicott, est chaque fois « à trouver et à créer ».

Alors, si j'essaie de décrire nos attitudes dans ce contexte des lieux de vie, et notamment dans la réunion de régulation hebdomadaire, je les découperais ainsi, en sachant que c'est tout à fait artificiel parce que c'est très mélangé :

- ◇ *être avec* le résident-patient dans une fonction d'accompagnement, de convivialité fraternelle comme si nous participions à la bonne marche d'un projet commun;
- ◇ *être en face* du résident-patient dans une fonction de face à face thérapeutique où nous essayons d'apporter des éléments de régulation et de compréhension des situations proposées (à notre analyse);
- ◇ *être dans l'intimité* (thérapeutique) parce que la plupart du temps nous nous pratiquons depuis longtemps (il n'y a pas de limite aux séjours dans les lieux de vie) et que nous pouvons nous appuyer sur des contenus internes dont nous avons connaissance à partir des entretiens préliminaires à l'entrée dans la maison et des entretiens mensuels au Centre Médico-Psychologique pendant le séjour :
 - avec le danger d'être totalitaire, et trop intrusif,
 - danger nuancé il est vrai par tout ce qui nous échappe dans le fonctionnement du groupe dont nous en apprenons parfois une partie, bien longtemps après. Je fais référence là à la pratique d'*une loi du silence* dans les lieux de vie, sorte d'« omerta » sicilienne à laquelle sont soumis d'ailleurs les stagiaires psychologues qui vivent dans ces maisons.
 Cette pratique de « la loi du silence » tendrait à nous faire penser deux choses :
 - la première qui est la préservation bien naturelle d'un territoire d'intimité, zone que tout un chacun protège et avec laquelle il fonctionne à sa manière,

- la seconde qui est que cette loi du silence protège aussi une zone présumée de conflits :
 - * conflits des résidents-patients entre eux,
 - * conflits entre les résidents-patients et les résidents-stagiaires,
 - * conflits entre les résidents et les correspondants-psychologues vécus alors comme des instances de jugements et susceptibles de prendre des décisions d'exclusion de la maison.

Les zones de silence couvrent en général :

1. les interdits contenus dans le règlement intérieur sur :
 - l'abus de l'alcool et de drogue,
 - la violence contre soi-même et contre les autres;
2. sur le contrôle des invités, personnes extérieures au groupe, par celui ou celle qui les invite en sachant qu'en principe (et je souligne en principe), l'invitation est dépendante de l'accord du groupe.
3. et sur la participation de chacun au bon fonctionnement collectif de la maison :
 - tâches ménagères,
 - approvisionnement par des courses collectives des produits de base,
 - gestion de la caisse commune et de la caisse téléphone,
 - obligation pour chacun de participer à la réunion de régulation hebdomadaire.

Mais ce qui parcourt l'ensemble de ces zones de conflit, de tension et d'obligation, c'est au fond des désirs individuels de s'approprier la maison pour « soi tout seul » et des alliances conjoncturelles de mini-groupes pour « expulser » de la maison d'autres résidents mis en position de « boucs émissaires ».

Il est bien évident que dans la dynamique du lieu de vie (depuis près de dix ans maintenant), des expulsions surviennent. J'entends par expulsion des périodes relativement courtes qui aboutissent soit à une « mise à pied » provisoire suite à un manquement réitéré aux obligations de la maison après plusieurs avertissements; soit à une hospitalisation si le résident délire trop au point de s'empêcher de percevoir la réalité commune au groupe ou s'il choisit de se protéger de trop d'excitations en allant quelque temps à *l'asile*.

Mais ce qui est assez remarquable, c'est que quand cela survient, la place laissée provisoirement vacante par « l'expulsé » apparaît après comme une place nécessaire et utile à « l'équilibre conflictuel » du groupe. « Loin des yeux, près du cœur », le groupe regrette l'absent, prend soin de lui en allant lui rendre visite à l'hôpital par exemple, et éventuellement le pare de toutes les « vertus » à la place des « vices » qui lui étaient attribués auparavant. Paradoxalement, c'est parfois à l'occasion de ces absences que le groupe est utilisé par les sujets qui le composent comme contenant, comme si ce qui faisait conflit auparavant et qui était alors insupportable, était réintroduit dans le groupe comme élément d'une dynamique nécessaire. C'est en quelque sorte la réalisation de l'expulsion, et l'absence du protagoniste qui opèrent comme processus de transformation dans le groupe.

La position du « vilain petit canard provisoire » ayant bien pour fonction de réaliser l'ensemble des positions du groupe, « comme si se métabolisait ainsi une fonction du groupe par l'intermédiaire du non-groupe, comme fond et forme d'une même structure, ou sens et non-sens qui se dialectisent dans un sens », ainsi que le souligne René Kaës (1993).

De notre côté de psychologues correspondants, nous avons donc à être très vigilants d'accompagner ces mouvements, mais aussi à être vigilants à ne pas trop nous faire embarquer par le groupe/expulsant sur des contre-attitudes qui priveraient des fonctionnements de sécurité au détriment de fonctionnements conflictuels.

Bien évidemment, et en d'autres termes, cette conflictualité passe entre l'individu et les autres, ou entre l'individu et le groupe. Le groupe apparaît bien alors comme un système de tension. La culture du groupe est fonction de ce conflit et tend, avec notre aide bien sûr, à la formation d'un *compromis*, compromis qu'une personnalité psychotique a toujours tendance à combattre. Cependant, on peut tout à fait entendre l'attachement soudain de certains membres du groupe à celui qui est exclu, comme une manière de fixer leur conflit intrapsychique sur le mode du compromis, encore que ce compromis ne s'esquisse que si l'autre est à l'extérieur. À l'intérieur, l'autre agirait trop comme menace, d'où la manœuvre classique d'expulsion/vidange. À nous, alors, de travailler pour réintroduire l'autre à l'intérieur en reprenant les éléments d'expulsion comme autant de désirs inconscients du groupe ou des membres du groupe.

* * *

Essayons maintenant d'entrer dans le lieu de vie pour préciser ce que je viens d'avancer, en soulignant que c'est dans la réunion de régulation que les éléments des conflits en particulier vont tenter d'être mis en paroles.

Dans *Le génie des origines* Racamier met en valeur l'ambiguïté. En fait, il propose de relier les contraires des couples opposés pour pouvoir reprendre la contradiction. Or il y a quelque chose de remarquable dans les lieux de vie, pour peu qu'on y soit attentif, c'est d'y voir se dérouler le scénario psychotique, et notamment celui de son système défensif. Je pense particulièrement au processus d'expropriation de soi et au renoncement à la propriété de sa propre vie mentale. Souvent, certains résidents choisissent d'ailleurs, par projection, d'installer ce scénario chez un autre, un peu à la manière du coucou qui pose ses œufs dans le nid d'un autre. J'illustrerai cette proposition par un exemple des rapports entre deux résidents. Ces deux patients, pour brouiller un peu plus les pistes, portent le même prénom, ce qui nous oblige d'ailleurs régulièrement, pour les prénommer, à faire un effort de différenciation. Je choisirai donc, non pas de dissimuler la confusion sous des prénoms d'emprunt pour les séparer de manière commode, mais de les appeler par leurs initiales pour faire vivre cette ambiguïté.

E.F. est un jeune homme de 28 ans dont l'aspect d'adolescent attardé emprunte souvent la panoplie du petit loubard de banlieue, mais il dissimule difficilement

une hésitation identitaire sexuelle dont il se défend d'ailleurs. E.F., avant son entrée dans le lieu de vie, vivait très en retrait de la société entre un père alcoolique violent et ayant dilapidé la fortune et l'entreprise familiale de maraîchage, et une mère effacée qui passait la plupart de son temps au domicile de sa seule fille. E.F. a par ailleurs deux frères qui ont quitté le domicile familial (E.F. est le deuxième dans la fratrie, juste devant sa sœur). E.F. passait donc la plupart de son temps au domicile de son père, ne faisant rien sinon maugréant en silence sa rage contre ce père. E.F. dénie en lui toute pathologie psychique, sauf de mettre en avant une critique jamais refroidie de la société en général qui finira par émouvoir une assistante sociale. Cette dernière lui obtiendra un Revenu Minimum d'Insertion (RMI) tout en lui proposant de fréquenter un centre de jour thérapeutique, hors de notre secteur, et dans le même temps le sollicitera pour qu'il fasse une démarche d'entrer dans un lieu de vie. E.F. va accomplir ces deux dernières démarches, seul et de façon tout à fait volontaire, ce qui fait qu'il habite à la « maison Blum » depuis près de deux ans maintenant. Mais ce qui est remarquable, c'est qu'il n'a de cesse, depuis son entrée, de montrer la blessure psychique qu'occasionne cette inscription, déniait encore une fois toute pathologie chez lui, traitant régulièrement tous les autres résidents de « débilés mentaux » et rabattant les stagiaires au rang de femmes de ménage ou à celui d'objet de séduction, immédiatement avorté (E.F. séduit et se retire immédiatement). Ces attitudes sont sans doute à mettre en relation avec un sentiment de danger que perçoit E.F. par rapport à la dépendance qu'impliquerait le fait de vivre dans un lieu de vie.

L'autre résident dont je voudrais parler, E.E., est un patient de longue date de Santé Mentale et Communautés. C'est aussi un homme jeune d'une trentaine d'années, fils unique qui a perdu sa mère à l'entrée de l'adolescence et qui répète depuis lors une succession navrante d'échecs sur un fond de désordres psychotiques et psychopathiques. Ces désordres se manifestent périodiquement dans des périodes d'exubérance maniaque où il s'agglutine à des petits truands et s'endette excessivement — mais c'est un voyou raté — et des périodes de crises délirantes où il reprend à son compte une partie de l'histoire familiale, dont récemment celle d'un grand-père persécuté par le totalitarisme. Il a alors aussi de fréquentes crises d'angoisse aiguë qui le conduisent à être hospitalisé fréquemment. E.E. a par ailleurs perdu son père de vue, semble-t-il après une période de conflit. Ce père a fui sans laisser d'adresse, épuisé peut-être par cette relation de dépendance tyrannique, incapable d'aménager une prise de distance concertée. Contrairement à E.F., E.E. a quelquefois travaillé mais a quitté ses emplois successifs dès qu'une promotion lui était proposée.

Depuis quelque temps, E.E. tente de vivre à la maison « Blum » :

- soit dans le registre de la dépendance, de la passivité, du parasitisme, en cachant ainsi sa terreur de la séparation, vécue comme un abandon, une mutilation et montrant ainsi sa difficulté à exister seul;
- soit sur un registre très pulsionnel :
 - en effet, E.E. *s'enivre* régulièrement, jusqu'à être inconscient et inopérant dans la maison. Il dort le jour et erre la nuit.

- E.E. *mange* la nourriture des autres en se servant des produits communs pour inviter des amis peu recommandables;
- E.E. « *baise* » et a une relation très tumultueuse avec une autre résidente du lieu de vie, ce qui est particulièrement insupportable à E.F. qui présente une insurmontable inhibition envers les filles.

Tous ces excès d'E.E. sont décrits par E.F. comme intolérables et le conforte dans l'idée qu'E.E. est bien malade; mais il s'autorise aussi à dire à bas bruit depuis quelque temps qu'E.E. lui fait trop penser à son père. Aussi E.F. tente-t-il d'exclure ou de faire exclure régulièrement E.E. de la maison, montrant à la fois qu'il voudrait la maison pour lui tout seul, y rester et en même temps évacuer celui qui lui évoque son père... inversant ainsi sa propre situation où lui a été contraint de partir. Dans le même temps, il annonce régulièrement, sans s'en donner les moyens, qu'il va quitter le foyer, ce sur quoi nous ne sommes pas d'accord, tant il nous montre combien, en fait, il commence à y être attaché, même s'il souffre d'y jouer sa problématique.

En fait E.F., sans que nous y prenions toujours garde, « frappe à notre porte » du côté d'une sensibilité que l'on pourrait avoir à préserver le foyer comme un lieu pas trop conflictuel, pas trop difficile à gérer psychologiquement, en sollicitant une certaine vulnérabilité à un conformisme thérapeutique. Il nous demande de « montrer les dents » à sa place, nous prévenant qu'il va finir par s'occuper d'E.E. et le battre, mais surtout nous conduit à penser qu'E.E. met trop en péril l'équilibre de la maison. Cependant, devant certains abus trop flagrants d'E.E. par rapport au règlement intérieur, nous sommes contraints de l'exclure provisoirement de la maison, décision qu'E.E. avait anticipé d'ailleurs, déclarant à d'autres interlocuteurs qu'il cherchait à se faire mettre à la porte (mais en même temps il montrait qu'il pouvait enfin entrer directement en conflit avec nous, ce dont il se protège beaucoup en nous protégeant aussi d'ailleurs).

Il déclare aussi à ces mêmes interlocuteurs (d'autres soignants de Santé Mentale et Communautés à la Maison d'Accueil Psychothérapique [MAP]) que c'est un terme définitif qu'il recherche à son séjour à la maison, alors qu'en fait, hormis ces quelques frasques, bien pénibles il est vrai pour le reste des résidents, il nous montre depuis quelque temps combien la maison lui rend service, et combien, paradoxalement, c'est lui qui y apporte un peu de vie. Nous ne sommes pas loin de penser, d'ailleurs, qu'il répète son symptôme de démissionner dès qu'une promotion se dessinait (il s'agit là d'une promotion interne en quelque sorte).

Mais revenons à E.F. Si on l'écoute attentivement, et si on est sensible à son comportement, notamment dans le jeu des contraires avec E.E., qu'apprend-on?

- que E.F. boit aussi, sans doute dans une moindre mesure, mais par moment beaucoup et de manière plus cachée,
- qu'il consent de plus en plus à dire qu'E.E. représente tout ce qu'il ne se permet pas, ou ne s'autorise pas à faire,
 - c'est-à-dire avoir une vie nocturne agitée et des relations avec une femme,

- se permettre d'inviter des amis dans la maison et faire la fête,
- s'endetter pour assouvir ces excès, etc.,

tout ce dont E.F. a une peur phobique importante, parce qu'il connote ces excès du signe de la pathologie paternelle.

Or, en même temps et subtilement, E.F. prend soin de E.E. quand il s'inquiète que ce dernier manque à ses séances de psychothérapie ou aux rendez-vous avec son médecin; ou quand E.E., trop angoissé ou trop délirant, se retrouve à l'hôpital psychiatrique. Dans le même ordre d'idée, E.F. *bien qu'il s'en défende*, prend soin de la maison (l'évoquer en réunion le met en rage), précautionneux par exemple du stock de nourriture restante et préoccupé de la santé des uns et des autres (y compris celle du chat de la maison). Dans une des dernières réunions, nous avons mêmes découvert qu'E.F. avait prêté de l'argent à E.E., en délicatesse financière avec sa tutrice. Autant de faits et gestes dont bien sûr nous parlons en réunion pour éviter la part du non dit qui serait de céder devant la terreur ou le mépris dont fait preuve E.F. pour tout et pour tous. C'est d'ailleurs la condition pour que ce qu'il vit soit porteur de sens, pour que son narcissisme blessé ne sombre pas dans la confusion et l'ambiguïté.

Aussi est-il très sensible et attentif quand nous évoquons ce mépris dont il fait preuve, comme une envie déguisée d'être comme E.E. Comme si combattaient en lui, mais dans la confusion, un besoin préconscient d'expulser E.E. de la maison avec le désir d'être E.E., ou le garder pour l'avoir (être E.E. ou avoir E.E., comme dans les interrogations identificatoires à l'adolescence. Mais trop près c'est sans doute trop angoissant, alors loin serait acceptable pour éviter le compromis).

E.F., au sommet de sa colère méprisante, nous demande aussi si E.E. nous paie pour que nous le gardions, en nous prêtant un désir de garder E.E. à tout prix, comme un objet thérapeutique précieux. En fait, il nous dit aussi que nous n'en faisons pas autant pour lui, ou mieux nous pouvons supposer qu'il nous interroge pour savoir si nous en ferions autant s'il se montrait aussi délinquant avec le cadre qu'E.E. « Mais je ne suis pas malade comme E.E. » ajoute-t-il, déniait une nouvelle fois les difficultés psychiques qui avaient motivé sa demande d'entrée dans le lieu de vie.

Les « coups de boutoirs » successifs, autant ceux de E.E. que ceux de E.F., qui bien évidemment entraînent d'autres effets chez les autres résidents, provoquent en retour chez nous des sentiments de colère, voire de haine, des envies d'expulsion pour en finir avec cette situation inextricable et retrouver, sans doute illusoirement, un certain confort de fonctionnement. Mais l'expérience nous apprend qu'animer de tels cadres thérapeutiques suppose aussi d'accepter nos manques, d'intégrer notre propre haine, de supporter la souffrance des patients, leurs revendications affectives, leur colère, sans y répondre aussitôt par des passages à l'acte ou par des activités réparatrices. Peut-être l'idée que ces patients déposent en nous ces sentiments pour voir en quelque sorte ce que nous en faisons, nous aide à contenir les projectiles qu'ils nous adressent.

Au début je faisais allusion à une certaine proximité affective qui *parcourt* les relations dans de tels groupes. Sans doute ces patients sont-ils à la recherche, avec nous, d'une relation symbiotique susceptible de les protéger contre l'angoisse psychotique de se vivre séparés. L'intensité de leurs attaques est probablement à la hauteur de leurs investissements où nous sommes vécus comme un prolongement d'eux-mêmes. Mais pour éviter les pièges d'une chronicisation, nous devons être vigilants à ne pas trop nous faire embarquer dans cette fonction symbiotique qu'ils attendent. La place thérapeutique que nous occupons par ailleurs, si elle est infiltrée de notre histoire commune, nous permet de restituer du sens à la souffrance et à la colère qu'ils expriment en lien avec le manque qu'ils ressentent. Autrement le risque est de rester dans la confusion et le non-dit.

Ainsi, dans ce jeu relationnel des contraires entre E.E. et E.F., ne peut-on pas penser qu'E.F. met en jeu une partie de sa problématique inconsciente (avec son père), comme si, dans un transfert latéral, il réactualisait son passé dans l'ici et maintenant du transfert? Ce passé qui n'est plus derrière lui, mais en lui, quoiqu'en partie ignoré. Dans la situation groupale du lieu de vie, E.F. se trouve à la fois dans le passé et le présent sans vraiment être ni dans l'un ni dans l'autre. Expulser E.E. c'est réaliser l'inverse de ce qui lui est arrivé. C'est lui qui est parti de la maison du père. Expulser E.E. c'est le triomphe de sa toute-puissance, garder la maison pour soi au risque d'être englouti dans un appauvrissement pulsionnel, et en même temps être malheureux, comme abîmé par la disparition de l'objet identificatoire. Mais où les choses sont encore plus compliquées, c'est qu'E.E. parti, c'est signe qu'E.E. est trop délinquant, trop malade, trop angoissé, trop délirant, comme lui commence à l'imaginer pour son propre compte.

* * *

Aussi est-il important que dans ces situations nous « tenions bon » en nous gardant de suppléer aux manques. La colère, le mépris d'E.F. sont sans doute à la hauteur de ce qu'il pressent et commence à ressentir de ses propres difficultés. À cet égard, alors qu'E.F. ne participait que de temps à autre à des activités occupationnelles qui lui tenaient lieu de soin, il s'est engagé depuis peu dans un travail individuel avec un psychothérapeute. C'est dans ce même temps d'ailleurs qu'il s'est inquiété de la désinvolture avec laquelle E.E. honorait ses séances de psychothérapie.

C'est dire, bien qu'il s'en défende encore beaucoup, qu'il a commencé d'accepter de mettre à l'intérieur de lui ce qu'il expulsait au dehors. Mais comme si E.F. investissait E.E. plus comme une partie de lui-même que comme un être séparé; partie contre laquelle il peut se rebeller quand il traite E.E. de « débile », ou quand il le pousse à partir, mais partie dont actuellement il ne peut se déprendre comme d'un appendice merveilleux qui comblerait son manque et cacherait sa blessure d'être séparé.

Couple incroyable, sans doute pris en partie dans une fascination homosexuelle, tragiquement réuni par une même figure défailante du père, mais en même temps

menant l'un et l'autre, l'un contre l'autre, une lutte avide pour solliciter notre intérêt et notre attachement. Une des faces de cette lutte étant sans doute les poussées extrêmes d'agressivité à notre égard et à l'encontre du cadre proposé, comme pour mobiliser chez nous des réponses qui montreraient que malgré tout nous continuons à prendre soin d'eux; mais c'est aussi le signe d'un lien à nous (exemple récent de E.E. qui fait venir à la maison le médecin responsable du lieu de vie pour l'accompagner à l'hôpital, et celui de E.F., le lendemain, qui exhibe ostensiblement les bleus et les éraflures qu'il s'est faits en tombant de vélo).

Aussi, pour revenir à ce qui se passe en nous... mieux vaut prendre alors acte de ce qui fait que ces patients s'accrochent à nous et que nous le leur rendons bien. Ils viennent sans doute chercher chez nous cette relation symbiotique, susceptible de les protéger contre l'angoisse psychotique de se vivre séparés, mais en même temps leur présence stimule sans doute en nous des désirs réprimés de relation symbiotique.

Comment ne pas céder alors au vertige de la réparation en maintenant le cap du changement thérapeutique? Le cadre des lieux de vie est sans doute un bon vecteur de ce changement. Il se défend contre la chronicisation en spécifiant que le séjour ne peut qu'y être temporaire, même s'il n'y a pas de limites fixées (moyenne de durée de séjour : 3 ans). Il se garde de trop marquer la structure d'une connotation soignante, ce qui serait disqualifiant puisqu'il n'y a pas de véritables soignants qui résident dans la maison (seulement des stagiaires). Il évite l'abandon puisqu'aussi bien chaque résident a notre numéro de téléphone et peut nous appeler 24 h/24, ce qui indique que nous sommes susceptibles de penser à eux tout le temps. Mais en même temps, nous, les psychologues/correspondants, nous y venons régulièrement, chaque semaine, pour y tenir une réunion de régulation en sonnant à la porte d'une maison dont nous n'avons pas les clefs, pour une réunion qui est obligatoire. On voit bien comment, alors, le cadre que nous leur proposons est à la fois fiable et lacunaire, comme pour montrer qu'en même temps nous prenons soin d'eux mais que nous sommes aussi incapables de combler tous les manques et toutes les attentes. Souffrance et colère s'y engouffrent bien évidemment mais ce qui est important c'est, encore une fois, qu'un sens puisse leur être apporté, sans doute en lien aussi avec le manque ressenti dans la relation avec nous et avec les autres, afin qu'ils en découvrent la richesse, sans en être détruits ni le dénier. En fait, le plus souvent dans cette activité, nous prêtons aux patients notre appareil à penser, notre plaisir à faire fonctionner les pensées. Cependant, dans ce travail, c'est bien l'activité de liaison qui est primordiale, pourquoi « loin des yeux » entraîne-t-il « près du cœur ». Ce ne sont évidemment pas les « liaisons » qui sont « dangereuses » mais bien les « déliaisons ».

Conclusion

Pour résumer, disons que j'ai essayé d'indiquer que les conflits, paradoxalement et particulièrement dans ces situations groupales des lieux de vie, peuvent être

pensés aussi bien comme des tentatives d'expulsion, de mise à distance du rival narcissique, que comme l'expression d'un lien naissant, mais immédiatement attaqué. C'est bien, alors, à partir de la mobilisation de « l'alliance thérapeutique » que les soignants peuvent intervenir sur le terrain des relations entre les membres du groupe. Reste que la distance relationnelle à tenir par les thérapeutes demeure toujours un exercice difficile, tant leur empathie soignante peut inhiber les capacités des patients à prendre soin d'eux-mêmes et des autres. Cependant, la pathologie psychotique, quand on s'y attache sur un mode psychodynamique, nous montre que la souffrance à penser les liens et les manques peut se révéler violente, toxique et intolérante. Le cadre, régulièrement mis en pièces, doit être sans arrêt reconstruit, ou plutôt ré-étayé de manière souple pour, qu'entre autres, les conflits puissent s'y dérouler dans une temporalité lente qui ne les éteint pas. Dans ces conditions, alors il y a une chance pour que les scénarios inconscients des résidents puissent se déployer, au risque d'ailleurs de la dépression...

francis maqueda

santé mentale et communautés

136, rue louis becker

69100 villeurbanne

france

Notes

1. Les lieux de vie sont des maisons d'habitation communautaire, mises à disposition de six à huit patients par l'association Santé Mentale et Communautés. Chaque patient y dispose d'une chambre pour laquelle il paie un loyer modique. Le groupe de patients gère les parties collectives, avec l'aide de deux stagiaires en formation.
2. Il est bien évident que nous les voyons plus que cela, mais ailleurs : au Centre de soins.
3. L'alliance thérapeutique est différente du contrat de soin où le plus souvent le patient n'est que l'objet de ce contrat et n'y est pas forcément en position de sujet. Dans l'alliance, les partenaires ne sont pas forcément égaux, mais sont d'importance égale.

Bibliographie

- KAES, R., 1993, *Le groupe et le sujet du groupe*, Dunod, Paris
- RACAMIER, P-C., 1992, Le génie des origines, *Psychanalyse et psychose*, avril, Payot, Bibliothèque scientifique, Paris.
- SASSOLAS, M., 1983, Quels cadres pour notre rencontre avec le patient psychotique? ou Comment arrondir les angles sans pour autant tourner en rond? *Techniques de Soins en Psychiatrie de Secteur*. Lyon, PUL, Coll. L'autre et la différence, pp. 93-99.
- SASSOLAS, M., 1991, L'alliance thérapeutique en haute sécurité, *30 années de Psychiatrie lyonnaise*. Cesura Lyon Editions, p. 401-418.