

Analyse de l'évolution d'une communauté thérapeutique : la Chrysalide*

thérèse perron

Étudier l'évolution d'une communauté thérapeutique, la Chrysalide, dont on est partie prenante depuis onze ans, constitue une entreprise délicate à cause de l'identification projective, toujours à l'œuvre dans la psychose, qui oblige à rendre compte du vécu des thérapeutes. L'analyse de quatre périodes significatives montre comment les changements successifs ont pris leur source tantôt dans le groupe des résidants tantôt dans l'équipe des thérapeutes. Le cadre thérapeutique est devenu de plus en plus raffiné et rigoureux pour contenir adéquatement les affects intenses des résidants et permettre une intervention thérapeutique efficace.

La Chrysalide est une communauté thérapeutique pour personnes souffrant de troubles psychotiques. Elle existe depuis treize ans. Son cadre thérapeutique et son modèle d'intervention ont évolué depuis sa fondation. Nous nous proposons de cerner les étapes de cette évolution et d'en analyser la dynamique.

Dans la revue *Santé mentale au Québec* de 1983, Lecomte et Tourigny ont fait une analyse des seize premiers mois de fonctionnement de la Chrysalide en s'inspirant du modèle psychosocial de Maxwell Jones (1952). Ils avaient exclu de leur réflexion l'interaction résidant-thérapeute, tout en reconnaissant son importance. Ici, la perspective utilisée sera psychanalytique et l'interaction résidant-thérapeute sera au cœur de l'analyse. Il faudra donc tenir compte des paroles, des actes et du monde intérieur des thérapeutes comme de celui des résidants.

La théorie des groupes d'orientation psychanalytique sera notre cadre de référence privilégié étant donné, d'une part, qu'à la Chrysalide on pratique une intervention de groupe et, d'autre part, que l'interaction dont il est question ici est en réalité celle de deux groupes : le groupe des résidants et l'équipe des thérapeutes.

Voici comment nous traiterons notre sujet. Nous présenterons tout d'abord quelques notions théoriques sur la psychose et sur les groupes d'orientation psychanalytique. Ensuite, après avoir décrit le cadre thérapeutique de la communauté, nous procéderons à l'analyse de son évolution.

* Ce texte est une version remaniée d'une conférence donnée au colloque L'intervention de groupe : critique et perspective, Montréal, mai 1994.

Notions théoriques

Bion et la psychose

Bion (1957) a contribué à l'enrichissement de la psychanalyse en élaborant une théorie du développement de la pensée normale et pathologique. Pour bien comprendre les mécanismes des troubles de la pensée, Bion prend pour point de départ la description freudienne de l'appareil psychique considérant la conscience comme l'organe de perception des qualités psychiques. Pour Bion, cet organe est présent sous une forme très rudimentaire, dès le début de la vie. Il permet de faire face aux phénomènes émotionnels et de les résoudre. Le contact avec la réalité interne et externe se trouve directement lié à cet organe qui accueillera plus ou moins cette réalité. De cet accueil variable de la réalité, l'auteur tire les notions de personnalités psychotique et non psychotique coexistant à des degrés variables chez tout individu. Quatre facteurs caractérisent la psychose : d'abord une très grande intolérance à la frustration associée aux pulsions destructrices intenses, ensuite une haine de la réalité interne et externe, puis la crainte d'un anéantissement imminent et enfin l'instauration de relations d'objet prématurées, ténues et tenaces. Les relations d'objet suscitent des transferts particuliers où les mécanismes de clivage et d'identification projective sont intenses. Le psychotique se livre à une attaque constante contre tout lien avec l'analyste ou avec les personnes significatives qui veulent l'aider à évoluer.

L'identification projective a inspiré à l'auteur un autre modèle pertinent pour notre propos, celui du contenant-contenu, tiré de l'observation de la relation mère-enfant. Il s'agit pour l'enfant de projeter dans le bon sein (contenant) un contenu formé par les sensations ou les émotions insupportables afin de les recevoir en retour désintoxiquées et plus supportables. Le soignant est appelé à contenir les affects indésirables, à les désintoxiquer et à leur donner un sens qui sera acceptable. À la Chrysalide, ces affects destructeurs sont souvent présents et peuvent être déposés à plus d'un endroit : dans le lieu de vie, chez les autres résidants ou chez les thérapeutes. C'est précisément cette importance de l'identification projective dans la psychose qui nous fera examiner régulièrement le vécu des thérapeutes au cours de notre analyse.

Les groupes d'orientation psychanalytique

Dans son ouvrage intitulé *Recherches sur les petits groupes* (1961) Bion met au point une terminologie spécifique au groupe qui comprend les notions suivantes : mentalité groupale, culture groupale, présumé de base, groupe à présumé de base, groupe de travail. C'est du groupe à présumé de base dont il sera question ici. Le terme de mentalité groupale désigne l'activité mentale collective qui se forme lorsque des personnes se réunissent en groupe. Elle est le récipient de toutes les contributions apportées par les membres. Elle se réfère à une opinion commune, unanime et anonyme à un moment donné.

Le concept de présumé de base qualifie la mentalité groupale. Les présumés de base se présentent sous la forme d'émotions intenses, d'origine primitive. Ils sont considérés comme fondamentaux. Ils expriment les fantasmes tout-puissants et magiques du groupe sur la façon de résoudre ses difficultés. Ils sont inconscients. Il y a trois présumés de base. Le premier, le présumé de base de dépendance, est une mentalité groupale caractérisée par le fantasme collectif de dépendre d'un guide pour sa nourriture psychique et physique. Le second, le présumé de base d'attaque-fuite, est une mentalité groupale dont le fantasme collectif est d'attaquer ou d'être attaqué. Enfin, le présumé de base de couplage, est une mentalité groupale dominée par l'espoir messianique d'engendrer un guide à naître. Les présumés de base peuvent alterner ou se maintenir pendant de longs mois. Ils ne coexistent jamais.

L'auteur souligne de plus l'importance du mécanisme de l'identification projective en groupe. Selon lui, « en thérapie de groupe, un grand nombre d'interprétations doivent être fondées sur les réactions affectives de l'analyste, qui est le *récepteur* de l'identification projective, mécanisme dont le rôle est très important dans le groupe ».

Pour sa part, Anzieu parle de l'existence d'une réalité spécifique au groupe, qui est inconsciente et qui se caractérise par l'imaginaire, l'illusion, le rêve et les fantasmes. Il écrit notamment dans le texte sur « L'illusion groupale » (1971) que « l'espace imaginaire du groupe est la projection du corps fantasmé de la mère ». Dans un inventaire des premiers objets partiels groupaux, il voit le groupe comme une bouche, comme un sein et comme un ventre avec les angoisses primitives qui leur sont associées. Il s'intéresse aussi à l'interprétation et au contre-transfert dans les groupes. C'est ainsi qu'il explique, que les mêmes raisons qui rendent le transfert si complexe dans les groupes, font que le contre-transfert est plus que le simple écho inconscient des transferts des participants. Le contre-transfert joue non seulement à l'égard de certains participants, mais aussi à l'égard du groupe comme objet libidinal, et à l'égard des autres membres de l'équipe soignante.

Signalons enfin la contribution récente remarquable de René Kaës, à la conceptualisation d'une théorie psychanalytique du groupe (1993). À l'instar d'Anzieu, il souligne notamment l'importance de ce qu'il appelle l'analyse intertransférentielle, dans le travail de l'équipe interprétante. Cette analyse constitue le lieu de l'interprétation du contre-transfert opérant entre les thérapeutes et sur les participants. Malheureusement, comme notre étude porte sur une longue durée, il ne nous sera pas possible d'identifier ici avec finesse les mouvements contretransférentiels des membres de l'équipe. Sans compter que les données nécessaires ne seraient pas toujours accessibles aux individus ni partageables publiquement. Nous avons opté pour une position intermédiaire en rapportant de façon synthétique le vécu global des thérapeutes au cours de périodes significatives.

Notons par ailleurs que la plupart des auteurs mentionnent que la situation groupale favorise l'émergence d'angoisses intenses de type psychotique : angoisses de persécution, de fusion et de morcellement. On peut donc se demander s'il est possible d'utiliser le groupe pour la psychothérapie des psychotiques.

Selon nous, c'est l'ancrage dans la réalité quotidienne qui permet le mieux de composer avec cette difficulté. La structure et le fonctionnement de la communauté, la présence régulière des mêmes thérapeutes, les horaires précis, les limites dans le temps et dans l'espace, tout cela donne un cadre, des points de repère précis permettant un travail d'élaboration, dans la relation du résidant avec les thérapeutes.

Cadre de la communauté thérapeutique

Ce sont les expériences des communautés thérapeutiques de la Baisse, en France, et d'Arbours, en Angleterre, qui ont inspiré à l'origine le concepteur et les autres fondateurs de la communauté thérapeutique la Chrysalide. Mais ils ont tout de même donné à cette dernière une forme singulière, adaptée au milieu québécois.

Nature du projet

La Chrysalide est un lieu où on tente de traiter les troubles psychotiques par un dispositif permettant de favoriser l'évolution de la personnalité bloquée par des mécanismes psychiques inconscients. Le système de défense s'exprime non seulement à travers les symptômes, mais aussi dans les relations interpersonnelles et, tout particulièrement, dans les relations avec les autres résidants et avec les thérapeutes. L'élaboration sur les avatars de ces diverses relations permettra progressivement au résidant d'évoluer.

En dehors de la présence des thérapeutes sur place, les résidants sont renvoyés à eux-mêmes. En effet, la structure de soin est incomplète, et ne couvre pas tous les aspects de leur vie. Ils doivent donc combler ces manques à l'extérieur : dans le réseau institutionnel, d'une part, pour les soins hospitaliers et une thérapie individuelle, et dans la communauté, d'autre part, pour un travail, des études, etc. La prise en charge sur place est limitée de manière à ce que le résidant se responsabilise. La structure est donc discontinue mais la relation avec les thérapeutes est continue (toujours les mêmes thérapeutes mais pas tout le temps).

La durée du séjour est fonction des besoins et des capacités de chacun et peut être de plusieurs années. Les résidants doivent avoir un minimum d'autonomie, pour pouvoir vivre dans la communauté et progresser à travers les manques et les ruptures dans leurs relations avec l'équipe soignante. Ces trous dans la réalité renvoient à d'autres manques, réels ou imaginaires, qui ont marqué leur vie affective.

Cadre administratif

Le budget de fonctionnement de la Chrysalide vient de deux sources, les résidants eux-mêmes et les divers organismes gouvernementaux.

Dans le but d'éviter les ambiguïtés et la confusion des rôles, on a séparé la structure administrative et la structure thérapeutique. La structure administrative

est constituée d'un conseil d'administration et d'un comité de gestion. Composé de deux personnes, le comité de gestion assure la collecte des loyers et la gestion des demandes des résidants et des problèmes matériels. Sa fonction est importante parce qu'il représente la réalité, le tiers entre le résidant et le soignant et qu'il évite donc les conflits et le risque de mettre en péril le lieu de vie. Le cadre physique pourra donc être perçu comme suffisamment solide, pour recevoir les attaques sans être détruit.

Cadre thérapeutique

Cinq résidants vivent dans la communauté. Les soignants sont des cliniciens (ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé mentale depuis plusieurs années. Ils assurent une présence d'environ deux heures par jour, cinq jours par semaine. De plus, un service d'urgence est disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les thérapeutes se partagent la garde à tour de rôle; une « pagette » leur permet d'être rejoints par téléphone si un problème personnel ou de groupe survient.

Certains aspects du programme thérapeutique ont été modifiés au fil des ans, comme nous le verrons plus loin, mais celui-ci demeure, pour l'essentiel, le même qu'au début. Les résidants ont à leur disposition cinq moments dans la semaine pour parler de ce qui les habite avec un thérapeute. La réunion du lundi et le souper communautaire sont obligatoires; les autres moments de rencontre sont fonction du désir de chacun mais rares sont les jours où l'écoute disponible n'est pas utilisée.

La réunion du lundi est le moment pivot. Elle est toujours animée par les deux mêmes thérapeutes. Ses objectifs sont de faciliter les échanges sur les difficultés relationnelles qui entravent la vie communautaire et de permettre à chacun d'élaborer sur ses réactions émotives et ses conflits. C'est aussi là que se prennent toutes les décisions concernant la vie interne (tels les achats, les réparations, les tâches d'entretien, etc.) et que l'on discute de l'admission d'un candidat ou de l'exclusion d'un membre. Ces dernières décisions étant difficiles à assumer par les résidants sans culpabilité ou sans connotation agressive, l'équipe des thérapeutes en prend ultimement la responsabilité.

Au souper communautaire, l'organisation du repas est prise en charge par l'une ou l'autre des personnes demeurant dans le lieu de vie. Un thérapeute partage le repas. C'est un moment d'échange sur le réel ; c'est un temps privilégié où les résidants ont un accès plus personnel au soignant.

Les règles de base dans le lieu de vie sont voulues simples et souples à l'origine : on exige le respect de l'intimité d'autrui et de l'intégrité des lieux, l'accomplissement des tâches d'entretien, l'acquittement du loyer ainsi que la contribution à une caisse commune. La suite montrera comment l'expérience a conduit à une élaboration et à un raffinement de cette base de départ.

Ajoutons, en terminant, que la régulation de l'intervention clinique de l'équipe se fait au cours d'une réunion hebdomadaire et d'une supervision extérieure bimensuelle.

Analyse de l'évolution de la Chrysalide

Un retour sur les treize ans d'existence de la communauté thérapeutique révèle que pendant les six premières années, les thérapeutes ont surtout été préoccupés par le contenant physique tandis qu'au cours des années qui ont suivi, ils se sont moins préoccupés du contenant pour devenir plus à l'écoute du contenu psychique.

Première phase : le souci du contenant

Nous analyserons deux périodes significatives : le démarrage et l'installation dans un lieu adéquat.

LE DEMARRAGE

Au cours des premières années, les thérapeutes sont très stimulés par la création du projet. Celui-ci est innovateur et mobilise une énergie et une solidarité qui procurent beaucoup de gratifications. Avec l'excitation et les désirs parfois grandioses de combler un manque ou de réparer un parent ou un proche, vient aussi l'angoisse due au manque d'expérience des thérapeutes et au déni de leurs limites.

Le fantasme de la morbidité est quelquefois plus fort que le plaisir car on a été prévenus des écueils rencontrés par la Baisse durant son implantation. On craint que la maison ne soit détruite par la violence potentielle des résidants ; on redoute que leur désorganisation ne les rende imprudents ou négligents et provoque des incendies dans la maison. On s'inquiète de gestes suicidaires, des ennuis avec les familles ou le voisinage, etc. Mais ce vécu de l'équipe thérapeutique fait aussi écho à des enjeux émotifs importants du groupe de résidants. Les cas de Robert et de Julie le montrent bien.

Robert protège sa fragilité de base en tenant les autres résidants et les thérapeutes à distance tout en exerçant un contrôle rigoureux sur la propreté de la maison et la préparation adéquate des repas. Très habile de ses mains, il fabrique à l'extérieur, en atelier, des meubles fonctionnels et décoratifs qu'il apporte au fur et à mesure dans le logement. Investissant ainsi le lieu de vie avec les objets de sa fabrication, il occupe une place à part qui est renforcée par son statut de résidant le plus ancien de la communauté. C'est ainsi qu'il préserve un certain équilibre.

Mais la vie communautaire pousse à des rapprochements qui déclenchent périodiquement chez lui des réactions paranoïdes d'agressivité verbale. Celles-ci vont atteindre leur paroxysme avec l'arrivée d'un nouveau résidant, Gaby, qui est très désorganisé dans sa pensée et dans ses comportements. Ce dernier, très souffrant, est débordé par ses pulsions destructrices. Il a de la difficulté à prendre soin de lui, du lieu de vie et des meubles qui le garnissent. Naturellement, Robert ne peut tolérer cette situation et leur relation se détériore encore davantage autour de la nourriture que Robert le soupçonne d'avoir contaminée. Robert croit sa survie menacée. Ses crises et son contrôle paranoïde prennent une telle ampleur que les autres résidants fuient tout contact avec lui et envisagent de partir. Nous retrouvons là la mentalité groupale d'attaque-fuite de Bion. Pour Robert le désordre repré-

sente l'ennemi contre lequel il faut se défendre ou qu'il faut fuir. Alors que pour les autres résidents ce sont les crises de Robert qu'il faut fuir. Etant donné sa très grande vulnérabilité narcissique et son angoisse paranoïde de destruction, les interventions des thérapeutes viennent renforcer les défenses de Robert qui ne peut reconnaître sa part dans le conflit. Ici la crainte des thérapeutes combinée à celle du groupe sera sous-jacente au choix de Robert de partir pour aller vivre seul. Ce choix sera un soulagement pour lui comme pour le groupe des résidents et l'équipe des thérapeutes.

Quant aux risques d'ennuis avec le voisinage, ils se concrétisent peu après le départ de Robert avec l'arrivée de Julie, qui souffre d'un trouble de personnalité sévère. Elle ne restera que huit mois à la Chrysalide, ne pouvant s'astreindre à respecter les règles minimales du lieu de vie. Pendant ce court laps de temps, elle écoute de la musique à très haut volume à toute heure, de sorte que le voisinage s'en plaint au propriétaire. Elle s'accommode assez bien de la présence des hommes mais l'arrivée d'une autre résidente suscite chez elle des réactions négatives : elle fait du chapardage, introduit des amis à son gré et fait des crises d'agressivité telles que la police doit intervenir. La tension monte dans le groupe et le climat devient intolérable. Les résidents demandent aux thérapeutes d'intervenir. Robert et Julie présentent le même symptôme de violence mais comme Julie utilise la violence agie, les thérapeutes doivent intervenir rapidement en lui demandant de se conformer aux règles minimales de respect de l'intégrité des personnes et des lieux. Malheureusement, le travail d'élaboration sur le conflit n'est pas abordé avec la patiente parce qu'elle décide de quitter peu de temps après.

On voit que c'est à des dangers bien réels et pas seulement appréhendés que les soignants doivent faire face. Ils s'adjoignent un quatrième thérapeute à l'automne. L'équipe investit beaucoup le lieu. On y fait des visites tous les jours de la semaine. Les thérapeutes participent, au besoin, à des corvées communautaires quand ils sentent le débordement trop grand ou pour investir et dynamiser un climat dépressif et mortifère. On consacre aussi beaucoup d'énergie à partager l'information entre thérapeutes pour garder sa cohérence au traitement. Il n'est donc pas étonnant qu'après un an et demi de fonctionnement, les membres de l'équipe soient essoufflés. Reconnaissant leurs limites, ils décident de ne plus faire de visite la fin de semaine.

Cette période est, de plus, marquée par le départ d'un des trois thérapeutes-fondateurs et son remplacement par quelqu'un d'autre. Des tensions et des conflits liés aux besoins de contrôle plus intenses d'un thérapeute en sont la cause. Mais on n'est pas encore en mesure d'analyser la dynamique intertransférentielle (Kaës, 1993) enjeu autour de l'exercice de l'autorité, tant dans l'équipe qu'auprès des résidents, faute du recul nécessaire que permettra plus tard la présence d'un superviseur.

La période de démarrage se caractérise donc, dans un premier temps, par un désir intense de soigner où le déni des limites s'accompagne d'une angoisse persécutive. Dans un second temps, la reconnaissance des limites entraîne deux

réaménagements successifs du cadre thérapeutique. Nous avons déjà parlé de l'arrêt des visites de fin de semaine, les critères d'admission des candidats sont aussi resserrés. On évaluera davantage l'aspect paranoïde de la personnalité du candidat : on estime maintenant que ceux qui ont une « structure paranoïaque », au sens psychiatrique du terme, ne peuvent profiter du programme thérapeutique de la Chrysalide à cause de leur peur extrême des rapports interpersonnels et de leur rigidité structurale ; de plus, leurs agirs risquent de compromettre la survie du projet. Cela n'élimine évidemment pas les candidats dont les traits, les défenses ou même le délire paranoïdes ne sont pas au centre de la structure psychotique. Quant aux candidats ayant des troubles de personnalité sévères c'est leur grande intolérance à la frustration et leur difficulté à respecter les règles qui les rendent inadmissibles.

L'INSTALLATION DANS UN LIEU ADEQUAT

Au bout d'un certain temps, le désir d'habiter un lieu adéquat pour assurer le développement d'une vie interne stable, nous incite à faire une demande de subvention pour construire une maison. Une fois celle-ci obtenue, en janvier 1985, les thérapeutes ont donc une double tâche : assurer le fonctionnement de la communauté thérapeutique et gérer la construction de la maison.

Malheureusement, notre joie d'une réponse favorable est ternie par une certaine tristesse, parce qu'à cette époque, la Chrysalide est vide. En effet, trois résidents viennent de quitter le lieu : deux pour aller vivre ensemble et l'autre pour habiter seul en chambre après quatre années vécues dans la communauté. Par ailleurs, deux autres ont dû être hospitalisés. Nous étions particulièrement attachés à ce groupe qui avait été le plus chaleureux et le plus harmonieux jusque-là.

Cependant après quelques mois la petite communauté reprend vie avec l'arrivée de nouvelles personnes, et sa dynamique sera colorée par la présence d'une jeune femme prénommée Jeannette. Peu après son arrivée, elle devient la meneuse des résidents. Elle organise des soupers, prend des initiatives dans la maison, propose des corvées, lance des activités. Elle favorise ainsi le rapprochement entre les résidents. Un climat chaleureux s'instaure dans la petite communauté. Les soupers donnent lieu à des échanges intéressants où chacun parle de son vécu et reçoit le soutien des autres. C'est le printemps et la Chrysalide est bien vivante avec un groupe tout neuf.

Quelques conflits éclatent, dûs aux grands besoins de contrôle de Jeannette qui continue de maintenir une position centrale. Elle s'est fait un allié qui devient rapidement dépendant d'elle. Elle nous annonce qu'elle est enceinte et le groupe de résidents décide de la soutenir et d'accepter le bébé. Quelques jours plus tard, on apprend qu'elle a fait une fausse couche. Le même scénario se reproduit un mois plus tard. Le mois d'après elle amène un chien à la maison sans consulter personne. Comme les autres résidents réagissent positivement à cette nouvelle présence, les thérapeutes se rallient en émettant la règle de vie suivante : que le propriétaire d'un animal doit s'en occuper.

Elle est très en colère contre deux thérapeutes à qui elle reproche de ne pas bien faire leur travail. Le groupe est le plus souvent divisé en deux sous-groupes antagonistes mais, à certains moments, Jeannette parvient à entraîner tout le monde derrière elle dans la contestation des règles instaurées par les thérapeutes, notamment sur la présence obligatoire aux soupers communautaires. Puis, elle augmente sa consommation de drogue et d'alcool. Elle noue des liens avec des toxicomanes qu'elle amène à la maison. Elle se désorganise progressivement et ne peut plus assumer ses tâches dans la maison et les besoins du chien. Les autres résidants commencent à se plaindre. C'est la disparition de la télévision couleur qui achève la dégringolade. À ce moment-là, l'équipe soignante devient plus structurante. On rappelle les règles concernant l'intégrité des lieux et le respect de l'intimité d'autrui.

Analysons de plus près ce qui se passe durant cette période. Jeannette a demandé son admission à la Chrysalide parce qu'elle ne veut pas vivre seule et pour se défaire d'un problème de drogue. Elle veut aussi, dit-elle, faire le deuil d'une relation amoureuse avec un chanteur populaire très connu. D'emblée elle sait nous séduire en stimulant notre image grandiose et omnipotente de nous-mêmes. Elle nous apporte un matériel abondant et gratifiant et nous sommes désireux de lui apporter notre aide. Pourtant, elle manifeste rapidement des signes de résistance et évite le travail thérapeutique sur le deuil et les pertes par une conduite défensive de couplage et l'annonce de sa grossesse. Selon l'interprétation bionienne, les autres membres du groupe acceptent cette nouvelle parce qu'ils voient défensivement dans cette annonce un espoir magique qui viendra les sauver et les libérer de leurs sentiments de haine, de destruction ou de désespoir. À cette époque, nous ne disposons pas encore de la compréhension théorique nécessaire, pour interpréter comme défensifs son couplage avec un autre résidant, et sa fonction de leader dans le groupe. Comme sa conduite défensive est insuffisante pour calmer son angoisse, elle recommence à consommer de la drogue.

Par contre, son clivage de l'équipe soignante en bons et mauvais parents ne nous échappe pas mais nous sommes impuissants à le traiter adéquatement parce qu'il s'alimente à des divisions réelles dans l'équipe. En effet, des alliances se sont faites dans l'équipe en fonction des intérêts de chacun. Deux thérapeutes ont pris le dossier « construction de maison » en mains tandis que les deux autres investissent la clinique. Le transfert de Jeannette sur le sous-groupe de « cliniciens » est négatif et celui sur les deux autres est positif. Les « cliniciens » se sentent mal à l'aise dans la situation, parce qu'animés par des sentiments de colère face à cet obstacle à leurs désirs et à leurs objectifs, ils sont, en même temps, soucieux de dominer leur contre-transfert négatif. De fait, sans doute par crainte d'une attaque trop directe, l'équipe est peut-être trop lente à réagir. Par ailleurs, on ne fait pas d'analyse intertransférentielle à cette époque, ce qui nous empêche de déceler tant chez les résidants que chez les thérapeutes une alternance des mentalités groupales de couplage et d'attaque-fuite.

Par contre, face aux tensions et aux désaccords qui se manifestent dans l'équipe, un des membres du sous-groupe des « cliniciens » propose comme solution une

redéfinition de l'ensemble du projet assortie d'une redistribution des tâches. Certains éléments de cette proposition sont acceptés et le cadre thérapeutique sera réaménagé de deux manières : on n'acceptera plus désormais de toxicomane chez les résidants et la fonction thérapeutique de la réunion du lundi sera réaffirmée. Cependant cette opération se soldera par le départ d'un des thérapeutes responsable du dossier construction.

Deuxième phase : le souci du contenu

Comme pour la phase précédente, nous examinerons de plus près deux périodes significatives.

Il importe de mentionner qu'à partir d'août 1988, les thérapeutes, moins préoccupés des dangers extérieurs, se mettent plus à l'écoute de leurs besoins de développement et décident de faire appel à un superviseur. Le psychanalyste François Peraldi, malheureusement disparu, nous a accompagné régulièrement pendant quatre ans et demi dans cette démarche. En filigrane, tout au long de ce texte, il faudra entendre le sentiment de gratitude qui nous lie à son souvenir.

LE COUPLAGE COMME RESISTANCE THERAPEUTIQUE

Au début de l'année 1987, le groupe est constitué de deux hommes et de deux femmes. Raynald, de nature obsessionnelle, est très bien organisé. Il structure rapidement les rapports du groupe par ses initiatives et ses humeurs. La dynamique du groupe est la suivante : Raynald est le leader des quatre résidants et il établit un lien privilégié avec Murielle de qui il se dit amoureux. Leur lien est érotisé, elle est « sa reine ». Mais leur relation est tumultueuse, tour à tour symbiotique et antagoniste. Quand ils sont proches, ils sont dans leur bulle et les autres n'existent pas. Ils se suffisent à eux-mêmes et filent le parfait bonheur. Mais Murielle ne peut tolérer longtemps cette harmonie parfaite. Elle se sent captive et réclame un peu d'air. S'ensuivent alors des crises très intenses où elle essaie de se défaire du contrôle omnipotent de Raynald. C'est un imbroglio infernal, une folie à deux.

Quelquefois, ils déplacent leurs problèmes sur l'autre jeune fille qui devient leur bouc émissaire. Cette dernière aimerait elle aussi être investie et on la rejette. Elle envie Murielle et l'attaque régulièrement par des remarques hostiles. Elle se comporte en marginale et alimente les difficultés en envahissant les autres par son désordre et son besoin compulsif d'être rassurée.

Pendant ce temps, nous essayons, à plusieurs reprises, mais sans succès, d'inclure une cinquième personne. Le court séjour de Danielle va modifier la dynamique de ce groupe. Celle-ci prend des initiatives et elle investit les repas de façon intense et sophistiquée. Elle dépolarise la dynamique du rejet de l'autre résidante. Elle est très désireuse de parler aux thérapeutes de ses conflits, et dévoile d'une manière spontanée la violence et les relations incestueuses au sein de sa famille. Elle entretient simultanément deux relations amoureuses importantes dans sa vie, avec une femme et avec un homme, et elle parle ouvertement dans le groupe de sa vie sexuelle avec eux. Elle trouve difficile la vie à la Chrysalide, il y a trop

de proximité entre les résidants et la menace de répétition de la situation familiale incestueuse est forte. Elle part à la fin de l'été.

Après son départ, l'angoisse est grande dans le groupe. L'humeur est à la colère, à la tristesse et à la dépression. Les quatre résidants forment maintenant deux couples fusionnels en miroir. Il y a beaucoup de non-dits et le sujet de la sexualité vécue au sein de la communauté reste tabou. Au niveau du transfert, on fait appel aux thérapeutes non pas comme à des parents, mais pour faire respecter la loi ; on nous demande de faire de la médiation dans les conflits de couples. Ceux-ci en veulent aux thérapeutes d'avoir laissé partir Danielle qui, d'une certaine façon, a ouvert la boîte de Pandore du sexe en rendant explicite le discours sur la sexualité.

Toute cette dynamique est en place depuis l'arrivée de Raynald qui s'est montré le plus vivant, le plus organisé, le plus responsable des membres du groupe. Ce sont, sans doute, son agressivité et ses défenses maniaques qui ont incité les autres à rechercher son amitié à tout prix. L'exclusion de la résidante, qui est devenu le bouc émissaire, provient aussi de sa rivalité avec Murielle qui veut l'exclusivité de Raynald. Les défenses de ce dernier expriment un désir mégalomane d'être au-dessus de tout le monde incluant les thérapeutes. Il critique leurs interventions. Il veut le contrôle absolu de la communauté en gérant la caisse commune, l'espace, les comportements, les règles, de même qu'en séduisant par son intelligence et ses intérêts similaires à ceux des thérapeutes. En effet, il travaille même sur un article décrivant les facteurs de stress dans une communauté thérapeutique. Il séduit aussi, en rationalisant dans un discours qui impressionne souvent le groupe (incluant les thérapeutes) ou en prenant des initiatives particulièrement attirantes pour les autres résidants. Ne voulant pas d'une cinquième personne dans la communauté, il invente de nouveaux critères d'admission à son avantage pour ne pas défaire l'équilibre instauré.

C'est un concours de circonstances qui entraîne son départ avec un pied de nez pour les thérapeutes. En effet, à l'occasion de la mort tragique de son frère, il refuse d'élaborer sur ce que cette perte représente pour lui, préférant rationaliser comme il a tendance à le faire. C'est Murielle qui vit et exprime à sa place des sentiments de perte. Sur ces entrefaites, apprenant que se libère un des appartements supervisés situés au deuxième étage de l'édifice, Raynald profite d'une information obtenue en douce auprès d'un des thérapeutes, pour présenter sa candidature au comité de gestion sans en parler à la réunion hebdomadaire. En s'installant avec Murielle à l'étage du haut, il peut ainsi rester proche des thérapeutes sans investir dans une thérapie. Il réalise du même coup son rêve de se normaliser par la vie de couple qu'il idéalise.

Le départ du couple pour aller vivre dans un des appartements supervisés nous renvoie l'image de nos contradictions. Il nous amène d'une part à analyser nos enjeux intertransférentiels, dans le sens de Kaës, et d'autre part à modifier notre fonctionnement. Le passage à l'acte de Raynald nous a fait comprendre la nécessité de définir plus clairement les objectifs des deux projets : les personnes vivant

à la Chrysalide s'inscrivent dans un processus thérapeutique, contrairement aux locataires des appartements. Les thérapeutes devront donc analyser et, s'il y a lieu, interpréter comme défense leur désir d'aller vivre aux appartements supervisés.

On réorganise de façon plus systématique le cadre thérapeutique. Les entrevues d'évaluation seront approfondies pour mieux cerner la demande et la problématique du candidat ainsi que bien identifier le lieu de vie comme étant un lieu de traitement. Les règles sont définies de la façon la plus claire possible de même que les critères d'exclusion (toxicomanie, psychopathie, maladie organique). Nous instaurons, de plus, une période d'essai de trois semaines.

Par ailleurs, comprenant mieux l'aspect défensif du couplage au sens de Bion, nous l'interprétons aux résidants concernés. Les demandes d'aide individuelle et les apartés seront désormais orientées vers la réunion thérapeutique du lundi pour limiter les transferts latéraux et le clivage de l'équipe. En somme tous les problèmes pratiques et relationnels ayant trait à la vie commune seront ramenés à la réunion dont le cadre devient aussi rigoureux pour le groupe qu'une séance de psychothérapie individuelle. Par ailleurs, les autres moments de présence des thérapeutes deviennent des temps de circulation de la parole favorisant notamment la diminution des symptômes. Ils permettent aussi de remâcher et d'intégrer les contenus souvent très intenses de la réunion thérapeutique.

MOUVEMENT CHEZ LES THERAPEUTES

De septembre 1989 à septembre 1990, un des thérapeutes-fondateurs part en année sabbatique. Son poste est comblé pendant son absence et ses fonctions sont redistribuées entre les membres les plus expérimentés. La dynamique intertransférentielle s'en trouve profondément transformée. Son retour, un an plus tard, remettra en question les nouveaux équilibres instaurés et sera source de tensions dans l'équipe. La redistribution des rôles est de nouveau à l'ordre du jour et au début de 1991 un autre thérapeute-fondateur annonce son départ pour l'automne. On peut penser que le présupposé d'attaque-fuite est à l'œuvre ici. Ce départ constitue une perte importante pour l'équipe comme pour les résidants. Des liens intenses avaient été tissés tout au long de ces années et les thérapeutes devaient être à l'écoute des réactions des résidants.

C'est Pierre qui réagit le plus fortement à cette perte anticipée. Il vit à la Chrysalide depuis quatre ans et est habité par un délire de persécution. Il se croit poursuivi par la police depuis qu'il a fait une tentative suicidaire, suivie d'une période d'hospitalisation d'un an, qui ont précédé son arrivée dans le lieu de vie. Pendant ses quatre années de séjour dans la communauté, il retourne à l'hôpital sporadiquement quand il a une crise majeure ou un épisode aigu de délire. Il n'est donc pas étonnant, qu'un mois avant le départ du thérapeute (à qui il faisait vivre par identification projective des affects particulièrement pénibles), il commence à mal aller et que de nouveau, avec notre accord, il soit hospitalisé.

Nous comprenons alors qu'il est, en fait, aux prises avec des pulsions archaïques de destructivité, d'angoisse et de contrôle omnipotent parce qu'il se trouve

forcé de réaménager ses rapports avec les thérapeutes sans rien pouvoir y faire. Pendant les semaines qui ont précédé, il a, en effet, repoussé toute tentative de donner du sens à sa souffrance (exactement comme Raynald à propos de la mort de son frère). Pour éviter d'être complice du déni de ses affects, l'équipe décide donc de l'inviter à venir parler de ce qu'il vit à la réunion thérapeutique. Aussitôt la période de crise résorbée, Pierre s'absente donc de l'hôpital, avec l'accord du psychiatre, et se présente à la réunion. Il en vient graduellement à intégrer au reste de sa personnalité ses pulsions archaïques de destructivité, de même qu'à reconnaître ses pulsions de maîtrise et son angoisse de séparation, associées notamment à la crainte de perdre ses parents âgés, relativement proches de la mort.

Conclusion

Notre analyse permet de dégager trois axes distincts mais interreliés dans l'évolution de la Chrysalide. En premier lieu, la préoccupation pour le contenant a donné place à un souci de plus en plus grand pour le contenu clinique (il serait plus juste de dire que les thérapeutes ont compris l'importance de leur fonction de contenant psychique des affects indésirés des résidents). On constate, en second lieu, que la perspective psychanalytique a remplacé petit à petit le modèle psychosocial d'origine. On peut dire enfin, en troisième lieu, que le cadre thérapeutique, d'abord minimal et souple, est devenu de plus en plus élaboré, raffiné et rigoureux traduisant ainsi une prise en charge graduellement plus assumée de la fonction paternelle.

Après-coup, on peut discerner une certaine régularité dans le processus d'évolution de la Chrysalide. On constate que les mouvements successifs de cette évolution ont origine tantôt du groupe des résidents tantôt de l'équipe des thérapeutes. Ou bien un nouveau résident posait des problèmes cliniques encore inédits, ou bien le partage des tâches et du pouvoir au sein de l'équipe soignante, suscitait des tensions qui se soldaient par un départ ou un réaménagement du cadre et du modèle d'intervention thérapeutique. Chaque fois, l'équipe soignante réagissait au vécu des résidents et le groupe des résidents résonnait à l'expérience des thérapeutes.

Il importe de noter combien il était délicat pour nous d'effectuer cette analyse. Le manque de clarté des versions antérieures de ce texte révélait les opérations défensives à l'œuvre dans notre exploration d'un passé auquel nous avons participé. Il nous a fallu, à plusieurs reprises, avoir recours à des interlocuteurs extérieurs pour sortir de nos propres enjeux intertransférentiels. Et ce n'est pas sans inquiétude que nous avons partagé notre analyse avec nos collègues. Il a déjà été question plus haut d'ouverture de la boîte de Pandore du sexe chez les résidents à l'occasion du départ de Danielle. Maintenant, c'était la boîte de Pandore de l'analyse intertransférentielle qui risquait de s'ouvrir.

thérèse perron

3848a drolet, montréal, québec,
H2W 2L2

Bibliographie

- ANZIEU, D., 1971, L'illusion groupale, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 4, 73-93.
- ANZIEU, D., 1972, La fantasmagorie orale dans le groupe, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 6, 204-213.
- ANZIEU, D., BEJARANO, A., KAES, R., MISSENARD, A., PONTALIS, J.B., 1972, *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Dunod, Paris.
- BION, W.R., 1956, Development of Schizophrenic Thought, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.37, n° 4-5 Trad. fr. de F. Robert, 1983, PUF, Paris.
- BION, W.R., 1957, The Differentiation of Psychotic from the Non-psychotic Part of the Personality, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 38,3-4. trad. fr. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, automne 1974, n° 10.
- BION, W.R., 1959, Attacks on Linking, *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 40, 5-6, Trad. fr. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1982, n° 25, 285-298.
- BION, W.R., 1961, *Expériences in Group*, Basic Book, N.Y. Trad. fr. *Recherches sur les petits groupes*, 1965, PUF, Paris.
- GRINDBERG, L., SOR, D., de BIANCHEDI, ET., 1976, *Introduction aux idées psychanalytiques de Mon*, Dunod, Paris.
- JONES, M., 1952, *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities*, Tavistock, London.
- KAES, R., 1993, *Le groupe et le sujet du groupe*, Dunod, Paris.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., 1983 : La communauté thérapeutique. Deuxième partie : La Chrysalide, *Santé mentale au Québec*, vol. VIII, n° 1, 122-134.
- SASSOLAS, M., 1979, Les maladies infantiles des structures intermédiaires, *Transitions*, n° 1, 44-52.