

Traitement à long terme de patients psychotiques dans le cadre d'un groupe¹

maxine sigman

Les patients psychotiques semblent avoir de la difficulté à contenir les émotions menaçantes. Chez eux, la séparation et la perte sont fréquemment marquées par des crises psychologiques et par des hospitalisations répétées. La participation prolongée au groupe donne aux patients fragiles la possibilité d'amoindrir certaines de ces crises psychologiques et leur fournit un rempart contre l'anxiété, la dépression et les conflits. Le présent document entend illustrer, à l'aide de segments tirés de rencontres en groupe tenues à une année d'intervalle, comment les participants travaillent ensemble au douloureux processus de guérison des pertes. Chez les quatorze patients ayant participé aux activités du groupe pendant plus de deux ans, le nombre de jours d'hospitalisation a chuté de plus de 50 pour cent.

Les individus psychotiques semblent avoir des perceptions (visuelles, auditives et tactiles) plus intenses que les autres. Peut-être sont-ils nés avec une vulnérabilité biologique leur conférant cette capacité. Par exemple, les patients schizophrènes semblent avoir de la difficulté à filtrer la douleur provenant de la réalité extérieure et à juguler les émotions menaçantes qu'ils absorbent en eux-mêmes. En 1924, Freud a suggéré que l'individu psychotique se défend en prenant la fuite devant ce qui lui semble insupportable dans le monde extérieur et en s'inventant une fausse réalité, une illusion, qui joue un rôle protecteur contre les idées et les affects envahissants. Lorsqu'on travaille avec des personnes gravement perturbées, de telles résistances ou défenses contre les prises de conscience sont persistantes et prennent des formes multiples; toutefois, il semble qu'elles soient exacerbées par la perte et par le deuil. Une « perte » peut prendre la forme de toute modification d'un statu quo : le départ d'un lieu familier, la séparation d'avec un groupe ou une personne, la séparation la plus douloureuse étant le décès. L'objectif du présent article est de montrer comment des individus psychotiques, dans le cadre d'un groupe, s'efforcent de composer avec la séparation et la perte. L'article se concentrera sur des segments tirés de rencontres en groupe tenues à une année d'intervalle, segments qui illustrent la façon dont les participants travaillent ensemble à ce processus.

Le groupe du jeudi

Le groupe du jeudi a été mis sur pied en 1985 à l'intention de patients ambulatoires souffrant de troubles psychiatriques chroniques, et référés par l'hôpital. Pour

être référés au groupe, les patients devaient être disposés et aptes à participer à une rencontre hebdomadaire en groupe d'une durée de 45 minutes. Mon but était simple : fournir à ces personnes un lieu et un moment où se rencontrer régulièrement afin de parler de ce qui leur tenait à cœur. Depuis un certain temps j'avais l'impression que, pour bon nombre de patients, la séparation, l'isolement et l'intimité étaient accompagnés de crises psychologiques, lesquelles entraînaient fréquemment un effondrement du patient et son hospitalisation, et qu'un groupe pourrait servir à amortir certaines de ces crises. En effet, dans le cadre d'un groupe, on aurait la possibilité d'interpréter les comportements psychologiques exacerbés et l'escalade de l'anxiété en les assimilant aux craintes du participant et aux événements ponctuant sa vie actuelle. De plus, dans ce cadre, les membres seraient capables de fixer le degré d'intimité qu'ils pourraient supporter tout en demeurant à l'aise. Enfin, le groupe, se réunissant à la même heure, en un même lieu et devant un même leader, serait en mesure d'offrir un soutien solide à ses membres les plus fragiles. En s'appuyant sur l'expérience accumulée ailleurs, on estimait que le groupe pourrait servir de rempart contre la dépression, l'anxiété, la psychose et les conflits qui assaillent ses membres (Sigman, 1985). Les patients ne se sentiraient plus abandonnés dans la vie et, grâce au cadre offert par le groupe, ils n'auraient pas à se compromettre outre mesure dans le partage de leurs expériences. Bion (1959) a insisté sur l'importance, pour le développement normal de l'enfant, de la présence de parents capables de jouer le rôle de contenant solide pour leurs identifications projectives, afin que les enfants puissent explorer leurs propres émotions. Bion ajouta que cette dynamique était une composante essentielle de l'interaction patient-thérapeute.

Des publications antérieures viennent appuyer le bien-fondé du traitement en groupe des patients souffrant de troubles mentaux sérieux (Cohn, 1988; de Bosset, 1988, 1991; Kanas, 1985; Kibel, 1991; Lesser et Friedman, 1980; Malawista et Malawista, 1988; McIntosh et Stone, 1991; O'Brien et coll., 1972; Seeman, 1988; Vaccaro, 1992; Wilson, 1992; Yalom, 1985; Sigman et coll., 1985).

Obstacles initiaux

Le groupe du jeudi a failli ne pas démarrer, il a même failli disparaître durant les quatre premières années, car trop peu de personnes lui étaient recommandées. Cette situation traduisait peut-être un état de fait régnant à l'intérieur du contexte hospitalier. Le personnel soignant ne reproduisait-il pas là le rapport existant entre lui et les patients, « oubliant » la possibilité d'un traitement en groupe dès que le leader n'était plus présent en personne (Sigman, 1989). J'ai distribué un questionnaire au personnel, puis j'ai publié un article sur les problèmes rencontrés dans l'obtention de recommandations de patients (Sigman, 1990). Aujourd'hui, il existe une liste d'attente pour le groupe.

Une rencontre en groupe, janvier 1994

Ce qui suit est tiré de notes prises lors d'une rencontre en groupe tenue après le congé de Noël. Ce congé nous avait fait rater une rencontre. Or, j'avais lu la veille dans le journal que le père de Dan, l'un des membres du groupe, était décédé et qu'il allait être enterré le vendredi, c'est-à-dire le lendemain.

Juste avant le congé, Dan avait dit devant le groupe avec beaucoup d'émotion : « Je suis tellement fâché contre mon père, en train de mourir et de m'abandonner, que je pourrais le tuer ». Sitôt cela dit, Dan reconnut le ridicule de son emportement.

En y réfléchissant, je reconnais que l'emportement de Dan avant le congé pouvait bien s'appliquer au fait que moi-même et le groupe nous apprêtions à nous quitter pour le congé de Noël. Mais sur le coup, et jusqu'au moment d'écrire des notes sur cette séance, je n'y ai pas fait attention. Je refuse de m'imaginer la réaction de Dan à la mort de son père : c'est là ma propre contre-résistance. J'arrive donc à la rencontre d'après Noël. Apercevant Dan, je lui dis : « Salut Dan, je suis tellement contente que tu sois venu aujourd'hui, je suis désolée pour ton père ». Dan me remercie. Leon poursuit : « J'ai eu trois *parties* durant les Fêtes, etc., », exprimant sa résistance à surmonter la perte. Depuis des années, il se fait du souci pour le décès possible de ses deux parents, même si ceux-ci sont bien portants.

Je demande alors à Dan comment il va. « Ça va, me répondit-il en sanglotant, il me manque, c'était un homme bon, il a lutté jusqu'au bout. Nous lui avons demandé s'il voulait que nous lui enlevions l'oxygène pour qu'il puisse mourir... il a dit non... il voulait vivre jusqu'au bout... Je m'inquiète pour les funérailles demain... j'ai peur de fondre en larmes... » Ce sur quoi je dis : « Qu'est-ce que ça représente pour toi de fondre en larmes, tu as le droit de pleurer, tu sais ». « Je sais que c'est correct de pleurer; mais c'est que j'ai peur de sauter dans la tombe. » Ben intervient : « Je crois qu'il veut dire plus que pleurer ».

À ce moment, Sol parla de Billy, un des membres du groupe absent, hospitalisé et « déprimé »; Nan ajouta ensuite : « J'ai vu Billy à l'hôpital... il était très vulnérable ». Kay dit : « J'ai vu Billy... il était très hostile et agressif ». Leon parla de ses sentiments à l'égard de son père, contre lequel il est si souvent fâché, mais qu'il aime en même temps. Je mentionnai l'ambivalence vécue par certains membres du groupe éprouvant des sentiments contradictoires; j'ai souligné que celle-ci faisait partie de la nature humaine, à l'exemple de celle de Dan, qui était très fâché contre son père à la veille du congé parce que ce dernier était malade et qu'il l'abandonnait, alors qu'en même temps, il l'aimait. Leon poursuit : « J'ai des fantasmes au sujet des femmes. J'ai des problèmes avec mes intestins. J'ai très mal au rectum. Depuis une semaine, rien ne se passe au niveau de mes intestins. (Quelqu'un lui suggère d'aller voir un médecin.) Je ne veux pas voir de médecin. Les instruments qu'ils utilisent font très mal ». Nan sourit... Je me retiens de dire que ce n'est pas le moment pour Leon de poursuivre au sujet de ses intestins, et garde le silence. Quelqu'un lui demande s'il a des hémorroïdes. Leon répond : « Non, c'est une

fissure ». Alors moi, sans doute en réaction au mot fissure, et me demandant comment diable on pouvait parler d'intestins alors que Dan était si inquiet à l'idée de sauter dans la fosse sur le cercueil de son père, je fais une « fissure » et demande : « Ben, que voulais-tu dire en disant que Dan s'inquiétait d'autre chose que du fait de pleurer? » (Je savais qu'il en savait plus que moi là-dessus.)

Survient alors une autre interruption (résistance de la part du groupe), et le groupe se remet à parler de Billy. Quelqu'un dit que Billy avait cessé de prendre ses médicaments. Ben dit : « Je connais ça, la dernière fois que ça m'est arrivé, je me suis retrouvé à l'hôpital ». Sol ne cesse, pendant ce temps, de répéter que Dan ne devrait pas demeurer seul pendant la semaine de *shiva* (les sept jours de deuil), qu'il devrait dormir chez sa mère. Pensant que Sol projette ses propres peurs, je lui dis : « Sol, ça, c'est ton problème, et non celui de Dan. Dan se débrouille dans son appartement, mais, en ce moment, son père lui manque. C'est toi qui aimes dormir chez ta mère ». Sol répond : « Elle dort dans une chambre et moi dans l'autre ».

Dan parle alors de la culpabilité qu'il éprouve pour avoir causé tant de problèmes depuis des années à cause de sa maladie – depuis 20 ans... toutes ces complications... si peu de plaisir... et toute cette colère. Leon lui dit : « Tu n'as pas à te sentir coupable ». Moe ajoute : « Ce n'est pas ta faute si tu as été malade, tu n'y pouvais rien ». Dan répond en pleurant : « Je sais cela; même mon père a dit que ce n'était pas ma faute... mais je regrette quand même... mon père ne méritait pas cela, c'était vraiment un homme bon... Je suis inquiet pour demain, pour les funérailles... et si je devenais fou? ».

Leon déclare alors qu'il n'irait jamais aux funérailles de ses parents s'ils mourraient. Et Moe de dire qu'il n'a pas pu aller aux funérailles de sa mère (Moe a passé huit mois à l'hôpital à la suite de la mort de sa mère; il était très suicidaire). – La résistance de Moe à cette prise de conscience insupportable a commencé à céder au moment où il s'est fait une petite amie dans le pavillon de l'hôpital; elle est actuellement sa fiancée – Sol mentionne que son père est mort vingt ans auparavant et que lui-même a dû séjourner à l'hôpital par la suite.

L'échange continue. Dan raconte que l'homme du salon funéraire qui l'a aidé à choisir un cercueil a été très aimable, l'invitant à considérer les cercueils comme de simples meubles, et non comme des cercueils. Mike, s'adressant à Dan : « Je trouve que tu es une très bonne personne... tu parles à partir de tes sentiments... demande seulement à Dieu de te venir en aide ». Dan exprime à nouveau ses craintes face au lendemain, dans le cimetière. Mike ajoute : « Apporte simplement ton *siddur* (son livre de prières) et tiens-le dans tes mains ».

À ce moment, les larmes me sont montées aux yeux. Mike avait peu parlé jusque-là, ne faisant partie du groupe que depuis un mois, et il avait trouvé le moyen de donner quelque chose à Dan. Il lui donnait ce qu'il pouvait... ce qu'il croyait être utile pour lui; c'était généreux de sa part. Ce moment m'a beaucoup émue.

Juste alors, Sol ajoute : « Seth, ce doit être difficile pour toi d'être assis à côté de Dan; tu ressens le choc de ce qu'il vit ». – Sol avait peut-être perçu ma

tristesse du fond de la salle – Seth répond : « Je crois que ce doit être très difficile pour Dan; je crois savoir ce qu'il veut dire ».

Puis, Sol relance l'idée que Dan ne devrait pas demeurer seul (c'est sa façon à lui de surmonter des événements pénibles). – Offrait-il une résistance à sa propre tristesse et la projetait-il sur Seth, assis entre lui et Dan? Était-ce à moi qu'il s'adressait aussi, indirectement?

Quelques réflexions

On peut suivre un segment du processus du travail en groupe comme celui susmentionné et l'analyser à la lumière de la résistance caractéristique des mécanismes de défense protecteurs. Si nous examinons toutefois les associations globales au niveau du processus primaire, nous sommes en mesure de constater que le groupe aborde concrètement les questions qui le préoccupent, bien que ce soit souvent sur le plan de l'inconscient.

De plus, il pourrait sembler que je me joins souvent au groupe à ce niveau de l'inconscient. Je donne l'impression de diriger le groupe tout en étant « avec » ses membres, souvent sans analyser le processus. Ce n'est que lorsque je parcours les notes prises pendant la séance que je commence à comprendre plus en profondeur les défenses et les résistances qui se sont manifestées. Quand je remets en question ma propre « résistance » à reconnaître ou à comprendre ce qui se passe au sein du groupe, je me demande si peut-être je ne me contre-identifie pas à la façon d'être au monde des participants. Le terme « contre-identification projective », créé par Grinsberg (1962), semble utile ici. Grinsberg s'en sert pour décrire une forme de contre-transfert dans lequel le thérapeute, sans s'en rendre compte consciemment, développe en réalité une perception de lui-même conforme aux projections des patients. Selon Ogden (1979), la personne impliquée dans le processus d'identification projective agit en partie à un niveau de développement où les frontières entre le moi et l'objet sont indistinctes. Les frontières du thérapeute peuvent devenir encore plus floues à mesure qu'augmente sa perception d'une menace. Goldberg (1979) fait remarquer que les émotions engendrées chez un thérapeute par des patients psychotiques sont plus intenses que celles engendrées par des patients plus sains. Dans la séance évoquée plus haut, il est possible que j'aie manifesté davantage d'anxiété face à la capacité de Dan de surmonter la mort de son père parce que c'est à la même saison que mon propre père est décédé, il y a de cela plusieurs années.

Le groupe, une année plus tard

Voici des segments tirés de deux séances tenues en janvier 1995.

Première séance

Dan s'est présenté à la première de ces séances se disant extrêmement anxieux; il voulait apparemment « quitter sa peau », sans savoir pourquoi. Ben expliqua à Dan

que parfois, lorsqu'il éprouvait la même sensation, c'est que quelque chose d'autre l'ennuie et qu'il doit chercher ce dont il peut s'agir. Dan répondit : « Je ne comprends pas ce que tu veux dire ». Leon mentionna qu'il se sentait troublé par le fait que ses parents se querellaient très fréquemment, qu'il éprouvait de la colère envers son frère, qu'il craignait ne pouvoir la contenir et qu'il envisageait de passer à l'acte. (Il ne s'était pas présenté à la première séance suivant le congé de Noël.) Il dit qu'il était très furieux contre moi parce que je m'absentais pour de longues vacances et pour aller à des conférences. Nous avons discuté à fond de cette question. D'autres participants y sont allés de leur opinion sur les vacances; Leon dit alors qu'il se faisait du souci pour le moment du décès de ses parents. Ben commenta que le décès de personnes proches était pénible, mais qu'on s'y faisait, en quelque sorte. (Au cours des dernières années, il avait perdu une soeur, son père et un chien). Je me demandai à voix haute si l'anxiété de Dan ne venait pas du fait que c'était l'anniversaire du décès de son père. Dan répondit qu'il s'ennuyait énormément de lui, surtout maintenant, au moment du Superbowl... « Je n'ai qu'une seule envie : pleurer. Rester au lit ne sert à rien, sauf si je peux dormir. À demeurer tout simplement étendu, je deviens très anxieux. Ma mère dit qu'elle ne peut plus m'aider, qu'elle est trop vieille, mais je ne lui demande que de m'écouter, ce qui m'aide. Et elle le fait. » Les participants s'exprimèrent sur ce qui les aide à vivre, comme la prière, l'étude, le fait de parler devant le groupe. Billy commença à imiter un comédien (de la résistance s'était manifestée au sein du groupe) et Leon revint sur la question de mes absences trop fréquentes, ce sur quoi lui et Dan me prièrent de prolonger la séance hebdomadaire du groupe, car ils n'avaient pas suffisamment de temps pour se vider le coeur. Je leur répondis que j'y songerais. Cela mit fin à la séance.

Commentaire : la contre-identification projective

Après cette séance, je me sentais tellement impuissante et incompétente que je remis en question le bien-fondé de prolonger les séances. J'avais le fort sentiment de ne pas donner suffisamment au groupe. Après consultation avec mes collègues, je me suis rendue compte que le fait de prolonger les séances de dix minutes n'aiderait personne. J'ai compris que les participants étaient aux prises avec un problème de type « loin des yeux, loin du cœur », qu'ils croyaient que je les « oubliais » dès que je prenais congé. J'ai compris également que, par le biais du mécanisme de la contre-identification projective, je vivais et partageais le sentiment d'impuissance exprimé par les participants. À la suite de cette consultation informelle, je me suis rendue à l'évidence qu'un changement superflu, peu importe dans quel sens, ne serait d'aucune utilité. J'ai donc pu revenir à ma conviction selon laquelle le groupe, avec ses rencontres tenues à intervalles réguliers, était en mesure de procurer un soutien « suffisamment valable » aux participants.

Deuxième séance

La semaine d'après, par coïncidence, la séance du groupe débuta avec l'arrivée en trombe d'une patiente, absente la semaine précédente, exprimant sa rage au

sujet d'un changement à l'heure du rendez-vous avec son psychiatre (y avait-il eu au sein du groupe des rumeurs de modification d'horaire?). Les autres participants s'exprimèrent sur les colères qu'ils éprouvaient, colères susceptibles de les amener à tuer. Leon dit : « Docteur Sigman, j'aimerais que vous compreniez ce que cela signifie pour moi que de nourrir des pensées colériques... je me sens alors très mal, c'est comme si je passais à l'acte... » J'intervins en parlant de la différence entre les pensées et les actes. Moe paraphrasa l'Évangile selon Saint-Mathieu, chapitre IV : « ce que vous pensez, vient de votre cœur, et c'est comme si vous l'aviez fait ». Kay s'objecta à l'interprétation de Moe mais dit qu'elle ne voulait pas voir de dispute au sein du groupe. Leon répliqua qu'il n'avait aucun contrôle sur ses pensées, qu'elles surgissaient tout simplement dans son esprit. Ben ajouta qu'il avait l'impression qu'il y avait une grande différence entre les pensées et les actes, même si les pensées provenaient du cœur. (Ben avait été hospitalisé brièvement après avoir donné libre cours à sa colère et avait maintenant une notion très claire de la différence entre pensée et acte.) Moe se référa de nouveau à Saint-Mathieu, chapitre XIV, tandis que Mike répondait : « Mais Moe, cela, c'est le Nouveau Testament; nous, nous sommes censés suivre l'Ancien Testament. Dans le judaïsme, lorsqu'on est assailli de mauvaises pensées, on doit tout simplement les chasser et continuer à vaquer à ses occupations ». Moe ajouta, de son ton imperturbable et inimitable : « Je ne fais que présenter un point de vue différent ». En fait, Moe exprimait ce qu'il continue à croire fermement, à savoir que « les pensées équivalent aux actes ». Il ne participe à aucune séance d'ici à ce que le groupe ne se sépare pour les vacances, probablement à cause de ses pensées colériques. Il surmonte la séparation en quittant le groupe avant que celui-ci ne le quitte. À cet égard, il n'a pas fait de progrès; il est cependant capable de dire devant le groupe à quel point sa fiancée vit difficilement le jour de l'anniversaire du décès de son père.

Durant l'année qui vient de s'écouler, Dan et Leon semblent avoir effectué des progrès sensibles dans leur façon de composer avec les séparations. L'anxiété de Dan s'est nettement dissipée au moment où il a confié au groupe à quel point il s'ennuyait de son père. Leon m'a téléphoné immédiatement après le congé de Noël pour m'expliquer qu'il devrait s'absenter de la prochaine séance à cause de sa colère contre moi, la force de sa résistance. Leon ne s'était jamais absenté d'une réunion du groupe. À la rencontre subséquente, il a toutefois été capable d'exprimer en paroles ses émotions, les autres membres du groupe l'épaulant dans cet effort. De cette façon, la réticence de Leon et du groupe à exprimer la colère contre moi sembla se dissiper quelque peu.

Discussion

L'efficacité du groupe

Qu'est-ce qui fait que ce groupe fonctionne? Il me semble que moins je cherche à être efficace, plus le groupe l'est, lui. Je crois que ma présence en tant que

personne réelle, intéressée et concernée par les patients, aide ceux-ci à se sentir plus humains face au vide qu'ils éprouvent. Ils se chargent ensuite, grâce à leur propre sensibilité, de convertir cela en « bonnes paroles » à l'intention des autres membres du groupe.

Les patients savent que je ne les juge pas. La plupart du temps, ils ne se jugent pas les uns les autres. Ils savent que j'accepte leur contribution à chacune des rencontres.

Je permets au groupe d'arriver, d'exister. Il n'y a ni buts, ni attentes. Au sein du groupe, tous savent que personne ne tente de les changer. Cette liberté d'être ouvre la porte à la croissance et à la confiance; ainsi, chacun peut apporter quelque chose aux autres participants du groupe. Les patients savent qu'ils peuvent être tels qu'ils sont, parfois un peu fous, craintifs, ou même très anxieux, très psychotiques ou très suicidaires. Ils ont la certitude d'être acceptés, quel que soit leur état du moment.

Mais le plus important, c'est sans doute la régularité des rencontres, d'une durée de 45 minutes, tous les jeudis. Elles se déroulent toujours dans la même salle. Je suis toujours là... sauf pendant mes vacances. Il n'y a pas d'autres limites. Le groupe constitue en lui-même le cadre solide à l'intérieur duquel les membres peuvent participer, quelle que soit la fragilité de leurs propres structures.

Statistiques sur l'hospitalisation des participants

Les participants sont-ils moins fréquemment hospitalisés depuis qu'ils se sont joints au groupe? J'ai étudié les admissions à l'hôpital pour chacun des membres du groupe depuis au moins deux ans. J'ai comparé le nombre de journées passées à l'hôpital avant et après l'arrivée dans le groupe, chaque membre servant de mesure pour lui-même. Ainsi, dans le cas d'un membre faisant partie du groupe depuis neuf ans, j'ai enquêté sur les neuf années précédant son arrivée dans le groupe. Dans le cas d'un autre participant, membre du groupe depuis deux ans seulement, j'ai compté uniquement les journées d'hospitalisation au cours des deux années précédant son arrivée, et non ses hospitalisations antérieures. Au total, les 14 patients membres du groupe depuis au moins deux ans ont été hospitalisés durant 1624 jours avant leur arrivée dans le groupe, contre 786 jours seulement par la suite.

Un membre (Moe) a dû être hospitalisé pendant huit mois à la suite du décès de sa mère dont il s'était occupé toute sa vie. Il est revenu au groupe et s'est finalement pris un logement dans un environnement supervisé. Aujourd'hui, il est fiancé à une participante vivant dans le même environnement. Il est toujours aux prises avec des voix et des dépressions. Quatre autres personnes ont accédé, depuis qu'elles font partie du groupe, à une situation de logement plus autonome.

Une femme de 67 ans a récemment quitté le groupe après sept années de participation. Elle n'a connu aucune hospitalisation durant cette période, mais en avait vécu quatre durant l'année précédant son arrivée dans le groupe. Elle est passée de l'ergothérapie offerte par l'hôpital au travail bénévole à son église. Elle a progressé

petit à petit, jusqu'à maintenant, où elle s'est sentie capable de se tirer d'affaire sans l'aide du groupe. Une autre femme avait déjà fait de même, après trois ans de participation au groupe

Quelques statistiques

L'âge des membres actuels s'échelonne de 28 à 63 ans. La plupart sont malades depuis la vingtaine. Les diagnostics sont multiples : schizophrénie, troubles bipolaires, maladie schizo-affective. Tous ont été hospitalisés à quelques reprises et sont rattachés à la clinique de soins prolongés ou à un psychiatre de l'hôpital.

Plus de 75 personnes ont été référées au groupe depuis sa création en 1985, et 52 en ont participé à ses séances. Seize personnes y sont demeurées le temps de une à trois rencontres. Quelque vingt autres y sont restées de un mois à deux ans; quatorze autres y sont restées deux ans ou plus. Et deux autres se sont jointes au groupe l'an passé.

Conclusion

Je crois fermement que la force du groupe réside dans sa capacité de servir de structure susceptible de contenir la dépression, l'anxiété et la psychose. Sa force tient aussi à l'humour et surtout au combat que les patients doivent livrer pour garder contact avec la réalité. Et c'est grâce à la compréhension d'autrui que les patients peuvent poursuivre ce combat. « »

maxine sigman

6100, côte des neiges #305
Montréal, Québec, H3S 1Z7

Notes

1. Je tiens à remercier Mme Ruth Shamah, O. T. de ses commentaires, précieux dans l'élaboration du présent article.

Références

- Bion, W., 1959, Attacks on Linking, *Int. J. Psychoanal.*, vol. 40, p. 308-315.
- Cohn, B., 1988, Keeping the Group Alive : Dealing with Resistance in a Long-Term Group of Psychotic Patients, *Int. J. Group Psychother.*, vol. 38, n° 3, p. 319-335.
- de Bosset, F., 1988, A Comparison of Homogeneous and Heterogeneous Group Psychotherapy Models for Chronic Psychiatric Outpatients, *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, vol. 13, n° 4, p. 212-214.
- de Bosset, F., 1991, Group Psychotherapy in Chronic Psychiatric Outpatients : A Toronto model, *Int. J. Group Psychother.*, vol. 41, n° 1, p. 65-78.
- Goldberg, G., 1979, Remarks on Transference-Countertransference in Psychotic States, *Int. J. Psychoanal.*, vol. 60, p. 347-356.

- Grinberg, L., 1962, On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification, *Int. J. Psychoanal.*, vol. 43, p. 436-440.
- Kanas, N., 1985, Inpatient and Outpatient Group Therapy for Schizophrenic Patients, *Am. J. Psychother.*, vol. 39, n° 3, p. 431-439.
- Kibel, H., Group Psychotherapy for the Chronic Mentally Ill, *Int. J. Group Psychother.*, vol. 41, n° 1, p. 3-9.
- Lesser, I., Friedmann, C., 1980, Beyond Medications : Group Therapy for the Chronic Psychiatric Patient, *Int. J. Group Psychother.*, vol. 30, p. 187-199.
- Malawista, K., Malawista, P., 1988, Modified Group-As-a-Whole Psychotherapy with Chronic Psychotic Patients, *Bull. Menninger Clin.*, vol. 52, n° 2, p. 114-125.
- McIntosh, D., Stone, W., 1991, The Flexible Boundaries Group : Format, Techniques, and Patients' Perceptions, *Int. J. Group Psychother.*, vol. 41, n° 1, p. 49-64.
- O'Brien, C., Hamm, K., Ray, B., Pierce, J., Luborsky, L., Mintz J., 1972, Group vs. Individual Psychotherapy with Schizophrenics – A Controlled Outcome Study, *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 27, p. 474-478.
- Ogden, T., 1979, On Projective Identification, *Int. J. Psychoanal.*, vol. 60, p. 357-373.
- Seeman, M., 1988, Toward a Mastery of Psychotic Symptoms : A Group Phenomenon, *Can. J. Psychiatry*, vol. 33, n° 8, p. 702-704.
- Sigman, M., John, R., Levinson, E., Betts, D., 1985, Multiple Family Therapy with Severely Disturbed Psychiatric Patients, *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, vol. 10, n° 4, p. 260-265.
- Sigman, M., 1986, The Parallel Processing Phenomenon in the Supervisory Relationship – A Therapist's View, *Current Issues in Psychoanalytic Practice*, 2, nos 3-4, p. 21-31.
- Sigman, M., 1989, Unconscious Repetition at Case Conferences, *Bull. Menninger Clinic*, vol. 54, n° 4, p. 340-349.
- Vaccaro, J., 1992, Group Treatment or Group Rehabilitation : Comment on Kahn and Kahn, « Group Treatment Assignment for Outpatients with Schizophrenia », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, n° 6, p. 555-560.
- Wilson, W., 1992, Response to Kahn and Kahn, « Group Treatment Assignment for Outpatients with Schizophrenia », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, n° 6, p. 551-553.
- Yalom, I., 1985, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York, Basic Books Inc.