

L'approche individuelle pour le schizophrène aussi! An individual approach for the schizophrenic

Jean-Guy Lavoie

Volume 12, numéro 2, novembre 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030396ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030396ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lavoie, J.-G. (1987). L'approche individuelle pour le schizophrène aussi! *Santé mentale au Québec*, 12(2), 32-39. <https://doi.org/10.7202/030396ar>

Résumé de l'article

Les soins du malade mental grave dans la communauté invitent actuellement à un «partenariat» élargi. La diversité des intervenants oblige à définir les rôles de chacun dans la cohérence et la complémentarité. Cet article vise à rappeler la problématique psychique particulière du schizophrène qui rend ce sujet éminemment vulnérable dans ses relations interpersonnelles. Son statut de sujet est constamment menacé. Les apports spécifiques d'une relation individuelle sont illustrés pour souligner la nécessité d'aménager un rapport duel significatif et constant dans l'ensemble des mesures de soins et de soutien social.

L'approche individuelle pour le schizophrène aussi!

Jean-Guy Lavoie*

Les soins du malade mental grave dans la communauté invitent actuellement à un «partenariat» élargi. La diversité des intervenants oblige à définir les rôles de chacun dans la cohérence et la complémentarité. Cet article vise à rappeler la problématique psychique particulière du schizophrène qui rend ce sujet éminemment vulnérable dans ses relations interpersonnelles. Son statut de sujet est constamment menacé. Les apports spécifiques d'une relation individuelle sont illustrés pour souligner la nécessité d'aménager un rapport duel significatif et constant dans l'ensemble des mesures de soins et de soutien social.

La réflexion sur les structures soignantes qui avait nourri le développement de la psychiatrie communautaire avait pourtant proposé de redonner au malade son plein statut de sujet.

L'objectif fondamental visait à ramener le malade dans sa communauté pour qu'il retrouve les ancrages essentiels à son existence. Le patient, redéployant ses racines dans son milieu, devait retrouver là les éléments nutritifs qui lui permettraient de reconstituer la sève qui circulerait à nouveau à l'intérieur de sa vie psychique.

L'entreprise de réimplantation est avancée. Les mesures biologiques et plus récemment, les mesures sociales s'ajoutent aux thérapies psychologiques pour consolider le maintien dans la communauté. Ces résultats permettent de croire que le retour en arrière ne sera plus possible et que le recours à l'asile sera désormais évitable.

Mais la schizophrénie n'a pas rendu les armes pour autant. La guérison reste le plus souvent inaccessible et le processus ne faiblit guère malgré toutes nos mesures thérapeutiques. Et le traitement du schizophrène pose l'énorme défi aux soignants de préserver l'identité du malade dans nos structures objectivantes, d'autant plus que le patient est lui-même démuné pour défendre son identité fragile.

L'examen de cette pathologie fait ressortir quelques-uns des écueils rencontrés dans le traitement. Ainsi, les liens de type narcissique établis avant la rupture de l'équilibre psychique sont empreints d'une telle rigidité que les modifications nécessaires à une meilleure réadaptation sont compromises. Chaque nouvel échec étend les ravages. Les blessures s'accumulent et l'estime de soi décroît progressivement, obligeant le sujet à s'agripper à des investissements illusoire.

À chaque nouvelle crise, la réponse du milieu est plus mitigée. Pour un temps, les rapports instrumentaux sont maintenus, mais le risque d'un rejet affectif est constant.

En général, le malade n'a guère d'autre choix que d'effectuer un repli sur soi où il pourra se nourrir d'illusions.

Les instances thérapeutiques sont alors appelées à la rescousse. Un diagnostic est posé, un traitement est entrepris. L'épisode aigu se résorbe, mais souvent la façon de maîtriser les angoisses massives est d'abandonner des morceaux de vie.

Lorsque la tempête s'est acharnée à plusieurs reprises, les dégâts sont énormes.

Le malade doit relever le défi de renouer des liens avec son milieu en même temps qu'il reconstruit son monde intérieur.

Dans la tourmente, les structures soignantes risquent aussi d'ériger un barrage protecteur, car le contact avec la schizophrénie est perturbateur pour

* L'auteur est psychiatre au pavillon Albert-Prévost, hôpital du Sacré-Coeur. Ce texte est une version remaniée d'une conférence faite au colloque sur la Schizophrénie, le 18 février 1987.

le soignant souvent tenté de se mettre à l'abri, de chercher refuge dans un contact figé. L'approche thérapeutique se ressentira de cette mise à distance du soigné.

Ainsi, le patient est susceptible de n'être plus considéré comme un sujet souffrant, mais comme un handicapé qui a besoin de prothèses pour se maintenir dans son milieu. La tentation est alors très grande de déterminer des approches thérapeutiques à la pièce, chaque déficit identifié inspirant une manœuvre soignante particulière.

Les besoins du schizophrène sont divers, tant son état est grave. Le risque de dispersion ou de réponse thérapeutique partielle et accessoire est constant. Cette pathologie nécessite donc la mise en place d'un dispositif intégré de soins. Les traitements biologiques, les mesures sociales, les thérapies familiales et différentes thérapies psychologiques concourent toutes de façon significative au traitement, à condition qu'elles se complètent harmonieusement.

Notre objectif ici est de faire ressortir le déficit psychologique qui réclame une attention particulière dans le soin du schizophrène. Ce patient est en effet un individu dont l'intégration narcissique est fortement déficiente. Son identité est chancelante, sa place de sujet mal définie. Ainsi entravé, il ne peut guère jouir de rapports sociaux satisfaisants, ni même bénéficier pleinement des approches thérapeutiques collectives, si ce trouble ne reçoit pas une attention adéquate.

Les instances thérapeutiques sont appelées à soutenir ce narcissisme qui réussit si mal à se défendre et peut être écrasé par les tensions habituelles dans les rapports interpersonnels.

L'approche individuelle devient donc un complément nécessaire aux autres mesures de soins. Elle répond au besoin fondamental d'offrir au schizophrène la possibilité de s'assumer en tant que sujet et en tant que personne.

Son économie psychique ne peut être laissée aux mains des forces destructrices qui menacent le sujet de l'intérieur. C'est dans le colloque singulier que le thérapeute peut servir de soutien aux forces de guérison du malade en l'aidant à résoudre la confusion à la fois intérieure et extérieure par l'étaillage de son individualité en devenir.

Dans cet article, nous passerons en revue quel-

ques aspects de la vie psychique des schizophrènes et nous soulignerons certaines particularités de leurs rapports aux autres. Nous rappellerons quelques écueils thérapeutiques et les moyens à notre disposition pour les éviter. Nous illustrerons comment la thérapie individuelle constitue une approche souhaitable dans ce traitement qui s'ouvre sur la relation triangulaire par l'intervention significative d'un tiers soignant, permettant à la fois un soutien narcissique au patient dans une relation duelle et une alliance thérapeutique ancrée dans la réalité oedipienne (relation triangulaire) représentée par le tiers. Ce troisième terme est lui même inscrit dans une équipe. Cette unité fonctionnelle s'articule à des sous-ensembles de plus en plus vastes, soignants ou non. Finalement, cette conception débouche sur la possibilité que des liens significatifs soient renoués avec le grand ensemble social.

LA DEMANDE: L'INDIVIDU ET LE GROUPE

Le traitement du schizophrène vient s'inscrire d'emblée dans le milieu de vie du malade. La psychose signifie généralement la détérioration progressive des rapports du malade avec son entourage. La demande de soins émane plus souvent des proches du patient que du patient lui même. Ce qui place le soignant dans un rôle initial d'intervenant social. Plus près du malade encore, le soignant sera appelé à jouer un rôle dans la famille. Il y a un désordre dans tout le milieu, une aide spécialisée est requise pour un individu en particulier. Les niveaux de l'individuel et du collectif risquent d'être mal délimités.

L'expert psychiatrique est ainsi appelé à examiner le fauteur de troubles, à poser un diagnostic et à établir une conduite qui tiendra compte de la situation d'ensemble. Le malade identifié est un maillon d'une chaîne de sujets en crise.

Il faudrait une force peu commune à un schizophrène pour réussir à imposer son individualité dans les circonstances et à réclamer une voix prépondérante au chapitre en vertu de son statut de principal intéressé. Plus souvent, le sujet sera invité «pour son bien» à se soumettre aux traitements les plus poussés tirés des derniers développements de

la science.

À cette étape, la vie intérieure du sujet n'a pu encore être suffisamment considérée. Les modes de traitements les plus incisifs sont généralement institués dès cet instant. Nécessité oblige. Chacun d'entre nous a dû agir de la sorte à un moment ou l'autre. Nous avons dû faire intervenir nos PACMAN thérapeutiques efficaces et capables de dévorer rapidement la folie. Et le sujet avec, parfois.

Le malade se retrouve donc dans le milieu thérapeutique d'une institution qui doit répondre à des lois propres de fonctionnement et à des normes de rendement. Dans la mesure du possible, le sujet sera invité à la collaboration. Sinon, il faudra opérer sans lui. L'institution a la résistance du pot de fer et le malade fait plutôt figure de pot de terre dans le scénario.

En somme, le sujet risque une partie de ses attributs essentiels dès son entrée dans le système soignant. Parfois, même ses habits et ses droits civils (lors de la cure fermée) lui seront enlevés.

Une fois la phase aiguë terminée, le danger persiste de ramener le patient à un objet de traitement, à un statut de bénéficiaire. Un regard objectivant se pose sur lui pour évaluer son cas (ce sont les maisons que l'on «évalue», nous a fait remarquer un jour une malade). L'indispensable conclusion diagnostique aura également comme conséquence d'équarrir le malade en dimensions définies qui nous permettront de l'introduire dans la case appropriée de nos catégories. Imperceptiblement, notre langage traduira notre perception de plus en plus restreinte du sujet. Au début, le malade «fait» un épisode schizophrénique aigu. Plus tard, il «est» schizophrène. Il «avait» une maladie, mais maintenant il «est» malade.

En cours de route, nous échappons son histoire. Lui même abandonne régulièrement des éléments de sa vie. En bout de ligne, nous finissons par diviser les différents temps de sa vie selon la seule histoire de sa maladie. Nous le présenterons entre nous comme étant un «schizophrène» ayant déjà eu «n» hospitalisations, etc.

Nous ne saurions dire si, dans nos structures de soins, cette objectivation du malade est inévitable. Elle nous semble originer du besoin de survie des soignants et de la vie fonctionnelle de l'institution.

Il n'y a pas de science infuse pour ceux qui travaillent en psychiatrie. Les soignants ont à leur portée des moyens de croissance personnelle pour faire face à la situation (formation théorique ou clinique, thérapie personnelle...). Par ailleurs, une certaine protection est aussi assurée par la formalisation des échanges et la codification des rapports avec le malade dans l'institution. C'est ici que se pose à nouveau pour le schizophrène, le danger de perdre davantage son identité dans le milieu de traitement. Le colloque singulier sera davantage fertile lorsque le soignant accompagne le malade dans une grande disponibilité affective: ce que permettent les moyens de croissance personnelle des soignants davantage que les échanges formalisés.

S'ils sont alertés, les soignants préviendront les conséquences mortifères possibles de leurs interventions. Ils poseront eux mêmes les balises qui leur permettront d'opérer à l'intérieur d'un champ respectueux du narcissisme du patient. L'enjeu est de taille quand on connaît les carences du malade à ce niveau. Ce sera la tâche du thérapeute identifié de guider les activités soignantes.

LA RÉPONSE INDIVIDUALISÉE

Distinction préliminaire

De façon générale, le terme «psychothérapique» évoque une activité fondée sur la compréhension psychodynamique du malade qui inspire les faits et gestes du soignant. Elle peut être faite en groupe ou en individuel. Elle sera formelle lorsqu'elle répond à un cadre bien délimité (fréquence des séances, durée...) ou informelle. Dans ce dernier cas, nous préférons le terme d'intervention psychothérapeutique, car le cadre n'est pas suffisamment formalisé pour parler de psychothérapie comme telle.

Cependant, il s'agit quand même de gestes psychothérapeutiques si ces actes thérapeutiques s'appuient:

1. sur un corps théorique éclairant les facteurs psychologiques de la maladie;
2. sur la connaissance de l'inconscient;
3. sur une compréhension dynamique du malade: par le repérage des conflits du malade, par

l'évaluation de la capacité du Moi d'y faire face selon son développement, par la mise à jour des défenses utilisées et des points de fixation;

4. sur l'identification du transfert qui inspire au soignant les actes thérapeutiques.

Comme dans notre activité courante auprès des schizophrènes, nous sommes plutôt contraints à des interventions psychothérapeutiques plutôt qu'à des psychothérapies formelles, nous élaborerons davantage sur les justifications théoriques de cette dernière activité.

Délimitation de l'intérieur et de l'extérieur

Les interventions auprès des schizophrènes sont des tentations constantes pour les soignants d'envahir leurs territoires et de décréter des mesures d'occupation puisque ces malades se montrent souvent incapables de gérer leur vie.

Les soignants sentent la nécessité de prendre des mesures adéquates pour les protéger activement lorsqu'il y a une menace grave. Devant cette intrusion dans sa vie, le patient peut sembler indifférent parce qu'il se replie davantage en lui-même face à l'envahisseur. En d'autres temps, il repousse l'intrus par la violence.

Nous avons pu récemment observer un jeune déficient intellectuel conduit à l'urgence pour comportement agressif. Il était en mutisme. L'histoire nous révèle qu'il avait vécu en institution depuis l'âge de 4 ans. En décembre dernier, le jeune homme est placé en logement avec un jeune psychoéducateur qui peut veiller sur lui 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Il n'y a pas de préparation à un tel changement de vie. L'adaptation est difficile à un tel réaménagement de ses espaces intime, familial et social. Il proteste par un comportement agressif. Cette attitude le conduit à l'expulsion de l'école spécialisée, ce qui le refoule au logement avec son seul compagnon. Celui-ci est bien loin de se douter que l'agression est le dernier recours de son protégé pour aérer un rapport envahissant. La consultation est demandée pour calmer le malade. Durant l'échange entre le psychiatre et le soignant, le patient reste muet, renfrogné.

Lorsqu'il se reconnaît dans les propos échangés sur les angoisses qu'il a pu être amené à vivre, le

jeune homme se met spontanément à parler et se mêle à l'échange.

Le thérapeute individuel aura la tâche de prévenir de telles éventualités ou à tout le moins de les transformer en expérience profitable. Son rôle sera de servir de moi auxiliaire en incitant le malade à identifier et à investir les frontières qui délimitent son champ intérieur du monde extérieur et à défendre l'intégrité de son territoire intérieur. En interprétant la réalité, le thérapeute aide le malade à sortir de la confusion, à rétablir le clivage. Il le soutient dans son expérience angoissante de vivre le conflit plutôt que de fuir dans le chaos ou l'indifférenciation, source de nouvelles angoisses.

Distinction du bon objet et du mauvais objet

Le thérapeute l'aide à maintenir des relations avec des objets douteux que le patient serait enclin à éjecter de son univers, selon la formule de l'humoriste: «Occupez-vous de mes amis, je me charge de mes ennemis». Il est en effet moins menaçant de faire face à un ennemi bien identifié qu'à un ami douteux.

Le schizophrène ne peut supporter l'intériorisation des conflits qu'il expulse immédiatement pour se libérer des affects pénibles qui accompagnent ces situations difficiles et il préfère briser une relation frustrante. Le soignant pourra l'accompagner dans l'identification de la menace, dans l'évaluation des risques et dans la recherche d'une solution appropriée. Il faudra nommer les objets, identifier les affects en cause. Par sa connaissance de l'histoire et de la vie intérieure du patient, le thérapeute est particulièrement bien placé pour jouer ce rôle. Avec empathie, il peut s'identifier au patient et repérer les forces dynamiques en jeu.

Ainsi, Béatrice avait alarmé les intervenants d'un centre d'accueil en refusant soudainement de s'alimenter et en proclamant que la nourriture était empoisonnée.

Le thérapeute recueillit les faits autour de l'émergence de ce nouveau délire. Il fut frappé par la nouveauté du thème, ce qui l'incita à rechercher des modifications dans la vie de la malade.

Il fut relativement aisé d'identifier un changement significatif.

Le cuisinier de l'institution avec qui la patiente

entretenait une relation privilégiée avait été remplacé par un nouvel employé aux cuisines, mais non pas dans le cœur de la malade. Les aliments de l'intrus n'avaient plus le même sens affectif. Dans l'entourage immédiat, ce changement de personnel n'avait pas été perçu comme un fait important. Lorsque les soignants en saisirent la portée, ils purent aider la malade à métaboliser la situation et ils la supportèrent mieux dans son deuil.

Réactivation des conflits psychiques

La revitalisation de la vie intérieure passe généralement par une période transitoire de reconflitualisation. Cette phase est souvent reconnue par l'entourage du malade qui note un changement d'attitudes à l'issue des séances de thérapie. Dans certains cas, l'entourage supportera mal ce retour des vieux conflits et s'avisera que l'état du malade est aggravé par sa psychothérapie, ce qui est parfois vrai, aussi. Mais il faut savoir apprécier la portée des mouvements psychiques du malade et considérer le symptôme dans l'ensemble du tableau comme on le fait de la fièvre dans le processus infectieux. La montée de température signe l'activation des défenses contre l'agent pathogène.

La fièvre n'est pas la maladie. Elle sert même de témoin sur l'évolution du processus morbide. L'absence de fièvre serait plutôt de très mauvais pronostic, tout comme l'apathie chez le schizophrène.

Soutien de l'élaboration psychique

Le thérapeute est appelé à étayer l'activité des mécanismes psychiques. Le patient est constamment tenté d'enrayer sa mentalisation pour éviter les conflits pénibles et les affects désagréables d'angoisse, de rage, de dépression. Il ne s'agit évidemment pas de replacer le malade en situation de conflits s'il n'a pas d'issue à la situation. L'intervention doit être constamment adaptée aux capacités résiduelles du malade de maîtriser son angoisse et de sortir de l'impasse, ce qui nécessite beaucoup d'empathie.

Dans la foulée du travail fait sur la distinction intérieur-extérieur se profile la séparation plus nette du sujet et de l'objet. Les frontières peuvent maintenant retenir un contenu à l'intérieur et permettent de délimiter les perceptions et les

fantasmes. La différence sujet objet étant mieux assumée, les objets peuvent être reconnus dans leur altérité. Le rapport à la réalité s'en trouve renforcé.

Cette activité psychique élargit l'accès à la symbolisation et freine le glissement inexorable du patient dans la passivité et le désinvestissement progressif des différentes sphères de la vie affective, comme on l'observe chez les patients dits chroniques.

Soutien narcissique et développement de l'autonomie

Pour lutter contre cette régression, le thérapeute éveillera chez le malade ses capacités d'autonomie. Il lui rappelle ses possibilités et interprète ses désirs de démission, de repli. Il pose le malade en tant que sujet qui a la possibilité d'orienter sa vie, d'élaborer son monde intérieur quelles que soient ses conditions d'existence.

Pour y parvenir, le thérapeute dispose d'un levier puissant: le soutien narcissique. Une relation positive avec un soignant permet d'augmenter chez le malade l'estime de soi et la foi en ses capacités propres.

L'oreille tendue du thérapeute disponible fait sentir au patient le poids de ses paroles et lui fait palper la réalité d'exister. Les particules de vie qu'il émet trouvent une surface réfléchissante capable de les lui retourner, au lieu de les laisser se perdre dans un espace sans limites, ou absorbées sur un écran noir.

Le thérapeute ne sert pas que de surface réfléchissante. Il rassemble ces particules dans des ensembles significatifs grâce à son propre appareil psychique de liaison et le patient peut se réapproprier ses morceaux de vie dans l'expérience qu'il vit avec son thérapeute.

Le patient se voit ainsi reconnu comme objet d'amour, porteur d'une histoire, sujet d'une identité reconnue par le thérapeute qui lui renvoie une image de soi détoxifiée.

Les apports narcissiques sont indispensables à la vie psychique du malade comme à tout être humain. Seul Dracula, fils de la Nuit, peut s'en dispenser. Mais ce monstre doit fuir la lumière et le miroir ne lui rend pas son image. L'investissement narcissique de soi est à zéro. Il est condamné à vivre du

sang des autres qu'il transforme en semblables à lui, sans identité propre. N'ayant pas de milieu intérieur, il ne peut être nourri par les autres. Par contre, il se nourrit d'eux. Cette situation n'est pas sans rappeler nos observations auprès de certains malades.

Stimulation des investissements

Le lien affectif avec le thérapeute stimule chez le malade le réinvestissement de sa personne et le retour aux conflits auxquels il faudra trouver une solution, en évitant la fuite dans la passivité, le retrait, la démission.

Certaines évolutions au long cours de schizophrénie permettent de considérer ces malades comme toujours vivants psychiquement, malgré des hospitalisations et des traitements répétés.

Ainsi, madame L., malgré 24 hospitalisations en 13 ans, peut être considérée comme ayant encore une vie psychique très active, malgré une pathologie considérable. Elle n'a pas encore signé l'acte de reddition et continue à s'investir dans des projets dont les résultats sont, hélas, à la mesure de ses capacités. Elle aboutit fréquemment en crise à l'hôpital, mais repart aussitôt reprendre en main sa destinée.

L'histoire de ces malades est souvent chaotique en apparence et turbulente. Mais ces sujets tiennent à construire leur propre histoire et ils conservent la foi dans la poursuite de buts chimériques, des délires envahissants, des comportements très indépendants. Ils sont de mauvais sujets pour les soignants, car leur collaboration n'est jamais assurée et leur fidélité au traitement est souvent douteuse.

Ces sujets rébarbatifs luttent farouchement pour maintenir une certaine forme d'intégrité psychique et le soi reste investi partiellement de façon positive. Les mécanismes d'expulsion fonctionnent à plein rendement et l'extérieur est identifié au mauvais, ce qui inclut souvent le soignant. Malgré toutes les difficultés qu'ils occasionnent, ces malades méritent d'être respectés dans leur entreprise et la tâche plus délicate consistera à les aider en évitant le collapsus d'un traitement trop radical de leur psychose. Cette évolution ne constitue pas le lot de la majorité de nos malades. Le plus souvent, les crises répétées et notre arsenal thérapeu-

tique préludent à la réduction progressive de la vie psychique.

Le soutien narcissique vise à contrebalancer l'évolution naturelle de la maladie et les effets secondaires indésirables de nos traitements.

La relation duelle réinvestie

La relation dyadique s'avère un outil privilégié pour nourrir le narcissisme, ce qui permet au schizophrène de reprendre l'élaboration mentale. L'inconnu n'est investi qu'en partant du connu. Et de tous les types de relations, c'est la relation duelle que le malade connaît encore le mieux. Elle lui sert de point d'appui pour sortir de lui-même et aller vers les autres.

Des gratifications de type symbiotique viennent renforcer les interventions du thérapeute. La réalité peut alors être mieux acceptée. Les fantasmes envahissants regagnent des dimensions compatibles à leur retour sur la scène interne.

L'élaboration psychique, soutenue par le thérapeute garant de la réalité, permet au patient de retrouver une certaine plasticité de ses investissements. Il pourra éventuellement sortir de la régression massive pour suivre le thérapeute dans de nouvelles avenues et réinvestir de nouveaux objets en les expérimentant dans la relation à deux.

Le caractère paralysant de la régression narcissique est bien connu. L'incapacité de modifier les investissements est un facteur illustré par le mythe de Narcisse. Celui-ci n'a pas pu se dégager de son image. Son immobilité est devenue éternelle. De la même façon, la quête de l'objet narcissique porte le sujet à s'accrocher à des attentes stériles. Et l'illusion d'y parvenir le fait mourir. Voilà un système fermé paralysant, piège où s'enferme souvent le schizophrène.

Certaines versions du mythe de Narcisse proposent une issue. Selon ces variations du mythe, Narcisse serait tombé amoureux de ce qu'il croyait être l'image de sa soeur jumelle. Ceci est une ouverture fondamentale car elle traduit une capacité d'investir un objet autre que soi-même, si cet objet présente d'abord des caractéristiques voisines des siennes. La nymphe Echo ne pouvait offrir de telles affinités narcissiques et fut dédaignée malgré ses appels incessants.

Le thérapeute du schizophrène pourrait donc emprunter les traits de la soeur de Narcisse et attirer ses investissements. La réussite de cette entreprise nécessite des rapports initiaux de similitude entre le thérapeute et le malade. Il s'agit de se présenter comme objet narcissique pour que puisse s'introduire l'objet différencié.

Le tiers soignant

Face à cette relation duelle se pose la fonction d'un tiers soignant et, dans son prolongement, celle de l'équipe de soins.

Ce tiers soignant permet au thérapeute d'accepter avec plus de facilité la régression narcissique du patient en assurant un point d'appui pour en émerger. Le risque est ainsi atténué d'un enfermement dans une relation dyadique dont l'intensité de la régression compromettrait la sortie.

La présence du tiers tend à éviter le rapport thérapeutique clos et assure un point d'ancrage dans la réalité. Il permet l'ouverture d'un système qui a tendance à se refermer compte tenu des forces dynamiques que le schizophrène active. (Il n'est que de se rappeler la fermeture du système asilaire pour se convaincre de la réalité de telles forces de repli).

L'accès au tiers renforce l'accès à la réalité. La relation thérapeutique individuelle s'en trouve stabilisée. Les dangers mortifères de la relation duelle sont atténués. Les turbulences affectives sont temporisées. Les fantasmes peuvent être contenus dans l'espace thérapeutique sans qu'il soit nécessaire de les évacuer et sans craindre la destruction des partenaires de la dyade.

Les duels évoluent jusqu'à la catastrophe lorsqu'il y a défaillance des mécanismes internes de l'un ou de l'autre protagoniste. Le tiers médiateur permet à chaque participant d'un conflit de projeter ses parties bonnes sur lui, sans qu'elles soient détruites. On connaît le pouvoir du conciliateur qui réussit à attirer vers lui les volontés d'entente de chacune des parties et ses possibilités de raviver chez les adversaires ce qui leur reste de désirs constructifs.

Le tiers permet ainsi de reconnaître la réalité sous ses aspects bons et mauvais. En conséquence, les objets sont moins fantasmagoriques et le transfert

peut être ramené à des proportions viables.

Du coup, l'alliance thérapeutique est renforcée. Le rappel de la réalité par le tiers ne signifie plus le repli automatique du patient vers son monde irréel. Il devient moins impérieux de fuir. Son thérapeute peut être encore investi de façon narcissique, alors que le lien du thérapeute au tiers soignant freine l'expulsion de la réalité.

En somme, l'incapacité du schizophrène d'être un contenant adéquat pour sa réalité intérieure, oblige le thérapeute à suppléer au plus près de cette fonction. La présence du tiers permet l'ouverture de cette dyade et l'équipe favorise l'articulation au contenant plus vaste de l'ensemble des structures soignantes.

Les grands ensembles sont structurés sur le mode œdipien. Ils ne sont donc pas accessibles d'emblée au malade narcissique. La relation duelle sert de maillon intermédiaire pour le relier à ces structures plus complexes. C'est le rôle du thérapeute individuel de conforter suffisamment le narcissisme du patient pour favoriser le développement de la relation triangulaire.

Cette structuration des interventions thérapeutiques permet l'accès à la fois au niveau narcissique et au niveau du monde objectal du malade.

Cette conceptualisation des rapports du patient avec les soignants rappelle l'emboîtement des poupées russes qui sont contenues les unes dans les autres, tout en conservant leur individualité propre.

Ainsi, la différenciation et la spécificité du rôle des intervenants permet de respecter l'individualité du malade tout en lui ménageant un espace dans le grand ensemble. Il devient alors possible d'envisager l'accès à des relations de type œdipien et à une socialisation ultérieure plus significative. Un point de rencontre est aussi dessiné où se fait l'articulation avec les autres interventions soignantes.

CONCLUSION

La fin de l'époque asilaire a marqué un tournant important dans l'histoire des traitements psychiatriques.

Les malades retournaient chez eux, dans leur milieu, dans leur communauté.

Pour un temps, ce changement ressembla plutôt à une débandade. De retour chez eux, les malades

retrouvaient de vieux conflits ou en créaient de nouveaux. Plusieurs ne purent reprendre racine et glissèrent à la dérive.

Les traitements psychiatriques n'étaient pas absolus et exigeaient beaucoup de la famille et du milieu. Les fonctions sociales déficientes du malade ne permettaient pas une réintégration effective dans la communauté.

Durant cette période, les milieux psychiatriques se débrouillaient héroïquement avec les moyens de bord pour assurer le succès du retour au foyer. La médication et l'hospitalisation étaient les composantes essentielles du traitement avec la thérapie de relation.

Le traitement psychologique était appelé à répondre aux différents défis que posait la réinsertion sociale du psychotique. Mais la psychose traduit un défaut d'internalisation des conflits et implique une conflictualisation constante du sujet avec son entourage. Il était donc souhaitable d'étendre les interventions au milieu du malade.

Les théories de la famille se sont rapidement développées devant la nécessité de trouver des solutions à des situations de plus en plus criantes.

Il fallait davantage étendre la problématique afin de suivre le malade dans sa réimplantation dans la communauté et trouver des solutions aux nouvelles conflictualisations. Les ressources communautaires ont été appelées à suppléer aux carences dans le milieu immédiat du patient.

La multiplication actuelle de ces ressources nous permet d'envisager un champ social plus accueillant pour le malade qui pourra s'implanter et se développer. Ces ressources offrent une disponibilité qui favorise la reconnaissance des déficiences du malade tout en lui permettant de les dépasser dans le respect de son intégrité de sujet à la fois sain et malade.

La psychothérapie trouve ici de nouvelles perspectives dans cet aménagement enrichi de la réalité sociale. D'autre part, les ressources communautaires peuvent se compléter d'une intervention à portée individuelle qui soutient l'identité du sujet dans le réseau infini d'objets.

L'approche psychologique permet au sujet malade de se construire un sens à travers des expériences diverses et fragmentées.

Le regard du collectif n'est pas exclus et se pose

en référence au tiers et à la relation duelle. Il prendra tout son sens dans la socialisation.

Ces quelques éléments posent en somme, la nécessité d'établir des lieux de traitement différenciés et articulés pour remplir des fonctions spécifiques et complémentaires. Ces lieux divers sont indispensables l'un et l'autre, l'un à l'autre. Ces lieux soignants différents répondent au double milieu de vie du malade: son milieu intrapsychique et son milieu environnant.

RÉFÉRENCES

- BION, W.R., 1957, Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities, *Int. J. of Psychoanal.*, p. 38.
- BION, W.R., 1959, Attacks on linking, *Int. J. of Psychoanal.* p.40.
- BRODY, W.M., 1965, On the dynamics of narcissism. Externalization and early ego development, *Psychoanal. Study of the Child*, p. 20.
- CHILAND, C., BEQUART, P., 1974, *Traitement au long cours des états psychotiques*, Toulouse, Privat.
- GUYOTAT, J., 1970, Aspects du narcissisme dans les psychoses, *Évolution psychiatrique*, XXXV, II, 331342.
- HOCHMANN, J., 1971, *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, Seuil.
- KLEIN, M., 1968, *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard.
- LASSERS, E., 1986, A psychotic recovers: from symbiosis to adulthood, *Am. J. Psychoanal.*, 46, no. 4.
- LAVOIE, J.C., 1986, Le soignant en équipe et la psychose, in Hochmann, J., ed., *Psychiatrie: De révolution, ... en évolution*, Lyon, Césura.
- LAVOIE, J.C., 1985, Le tiers préœdipien, *Psychothérapie*, III, 139146.
- LAVOIE, J.C., 1984, Le soignant, l'équipe psychiatrique et le malade, *Santé mentale au Québec*, IX, no. 1, 67-79.
- ROSENFELD, H.A., 1976, *États psychotiques*, Paris, PUF.
- SASSOLAS, M., 1985, L'approche des troubles psychotiques de l'adulte dans le cadre de la psychiatrie communautaire, in Amyot, A., Leblanc, J., Reid, W., eds, *Psychiatrie-Psychanalyse: Jalons pour une fécondation réciproque*, Chicoutimi, Gaétan Morin.
- SEARLES, H., 1980, *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard.

SUMMARY

Community care for thesever mentally handicapped today fosters a wide «partnership». Furthermore, the variety of people concerned calls for a coherent and complementary definition of the roles played by everyone involved.

This article reviews the particular issues surrounding the schizophrenic's psychic environment, which leaves the subject highly vulnerable in his interpersonal relations. His status as subject is constantly threatened.

The specific rewards of an individual relation are illustrated in order to emphasize the need for a significant and constant dual rapport within the entire assortment of measures offering care and social support.