

Le soignant, l'équipe psychiatrique et le malade The care-givers, the psychiatric team and the sick

Jean-Guy Lavoie

Volume 9, Number 1, June 1984

Pratique analytique et psychose

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030211ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030211ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lavoie, J.-G. (1984). Le soignant, l'équipe psychiatrique et le malade. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 67–79. <https://doi.org/10.7202/030211ar>

Article abstract

The psychiatry approach has been modified by the advent of community psychiatry. The maintenance of the psychotic in his natural community requires significant resources. The team approach is one which can respond to this need. The challenge to be met persist in the care of the psychotic: respect of the individuality, of the attributes of the subject, the maintenance of the affective ties of the patient. The individual approach attempts to personalize care. But psychosis is a challenge to the care-giver. By its very nature this psychopathology tends to overflow onto the life of the team, to impede its functioning and to sow confusion, thus harming all therapeutic effort. Caregivers react by disorderly activity, affective outbursts... The team must, however, take care to maintain its caregiving function. Two clinical cases will illustrate certain of the difficulties encountered.

Le soignant, l'équipe psychiatrique et le malade

*Jean-Guy Lavoie**

L'approche psychiatrique a été modifiée par l'avènement de la psychiatrie communautaire. Le maintien du psychotique dans sa communauté naturelle requiert des ressources importantes. Le travail en équipe représente une façon de faire qui peut répondre à ce besoin. Les défis à relever persistent dans les soins au psychotique : respect de l'individualité, des attributs du sujet, maintien des liens affectifs du patient. L'approche individuelle cherchera ainsi à personnaliser les soins. Mais la psychose est un défi au soignant. De par sa nature même, cette psychopathologie tend à déborder sur la vie d'équipe, à en entraver le fonctionnement et à semer la confusion, brimant ainsi tout effort thérapeutique. Les soignants réagissent par une activité désordonnée, des débordements affectifs... L'équipe doit cependant veiller à maintenir sa fonction soignante. Deux cas cliniques illustreront certaines des difficultés rencontrées.

Cet article se veut le prolongement des contributions de nos prédécesseurs qui ont élargi nos connaissances sur le phénomène de la maladie mentale, et dans la foulée des praticiens qui ont ouvert le sentier de la psychiatrie communautaire et orienté nos pas vers cette communauté, où se réinstallait le malade mental sorti de l'asile ou de l'hôpital psychiatrique.

Après avoir esquissé un aperçu de ce qui nous a semblé l'évolution des patients à l'intérieur de la psychiatrie communautaire, nous passerons ensuite à certaines problématiques que le soignant en équipe doit assumer dans son travail auprès de ses patients. Nous insisterons davantage sur le clivage manquant associé à l'absence de frontière du Moi et les problèmes consécutifs sur l'identité du sujet. Nous relèverons la confusion que les soignants doivent aménager dans une telle situation où l'équipe se voit constamment envahie par les projections multiples du malade.

Dès le début de la psychiatrie communautaire, la tâche devait se révéler ardue. Permettre au malade d'être soigné dans sa communauté naturelle n'allait pas de soi. Mais l'espoir s'agrippait aux promesses d'une psychiatrie à visage humain. Le survol du nid de coucous avait laissé un goût amer et l'expérience des asiles devait être cessée. Le nid devait être démoli et les pensionnaires retournés à leur lieu d'origine.

Mais d'origine, ceux-ci n'en avaient pas; ou du moins ils n'en gardaient pas le souvenir.

Voilà donc les psychiatres nantis de collaborateurs plus empressés à rechercher l'ombre sous les arbres qu'à suer sur des routes désertes où aucun passant ne les reconnaissait plus, et où eux-mêmes ne reconnaissaient plus personne d'ailleurs.

Encadrée des soignants de la psychiatrie communautaire, la cohorte devait prendre le chemin du retour, se gonflant au fur et à mesure des sujets interceptés qui s'en allaient encore à l'asile. Ceux-ci devaient rebrousser chemin en apprenant la fermeture du refuge. Ils acceptèrent de se joindre au convoi qui les ramènerait chez eux.

Surprise à la maison! On ne les attendait pas si tôt. Même que l'on commençait à se faire à leur absence. On venait à peine de se réajuster à leur départ, qu'il fallait à nouveau s'accommoder de leur présence. Ça n'allait pas de soi de fermer les asiles! Les psychiatres parlementèrent et obtinrent un minimum de coopération. Leurs arguments étaient convaincants, semble-t-il.

Il fallait se remettre au travail, favoriser la réinsertion du malade dans son milieu, soulager ses angoisses désorganisantes, lui faciliter la recherche de nouvelles façons d'être afin d'éviter que se reproduisent les désordres fâcheux qui avaient conduit à son exclusion. Les familles se faisaient tirer l'oreille, le malade ne l'entendait pas forcément de la même façon que les soignants, mais puisque les spécialistes affirmaient que la chose pouvait se faire, il ne restait plus qu'à se mettre à la tâche. Chacun

* L'auteur, médecin et psychiatre, est chef du service externe des adultes au Pavillon Albert-Prévost.

y trouverait son compte après tout! Même l'intendance y vit son intérêt et accepta d'y contribuer avec la parcimonie qui sied à des gens de gouvernement. Parallèlement, la crise morale qui suivit la découverte des horreurs de la deuxième guerre mondiale devait faciliter les remises en question du sort fait au malade. Du moins, il devenait possible de contester l'isolement du fou. Dans l'ordre nouveau que l'on tentait de rétablir, certaines innovations sur la façon de traiter la marginalité du malade pouvaient s'élaborer.

La psychiatrie communautaire disposait de ressources appréciables : une réflexion experte sur la pathologie des milieux fermés de l'asile et de l'hôpital psychiatrique, une approche psychologique théorique constamment enrichie depuis Freud et qui permettait de retrouver une communication compréhensible dans le discours et le comportement du malade, un arsenal thérapeutique biologique offrant des garanties de contenir les troubles comportementaux les plus dramatiques (surtout depuis 1950 où la camisole chimique se substituait graduellement aux contentions physiques), un développement des sciences humaines qui apportait des connaissances variées sur le milieu social.

L'un des objectifs visés par la psychiatrie communautaire était de permettre la réintégration du malade dans son milieu afin de lui conserver tous les éléments de son identité de sujet et de restaurer les liens qui lui permettraient de reprendre sa place et son développement un moment interrompu. N'était-ce pas tout simplement prendre l'aliénation là où elle se trouvait, c'est-à-dire au lieu de la rupture entre le malade et les siens! Poser ainsi le problème c'est pointer l'aspect intersubjectif du phénomène de la maladie mentale, c'est diriger l'attention vers l'interface où se manifesterait la rupture des liens, ce grand désordre de l'aliénation mentale.

Envisager la maladie mentale comme un phénomène de marginalisation, c'est poser la problématique de la maladie mentale en essayant de comprendre comment un être a dû parvenir à une telle étanchéité avec son entourage, ou une telle distorsion dans ses rapports avec autrui. C'est aussi regarder pourquoi et comment un être a dû se prémunir contre son proche pour éviter la souffrance, comment il n'a pas pu être avec l'autre dans un échange confiant et riche. C'est aussi se demander comment l'autre a réagi à la présence étanche ou à l'absence bruyante

d'un tel sujet, comment ce patient, cet ami, s'est senti contesté, agressé, happé, nié et ce qu'il a fait pour s'éviter de tels tourments.

L'ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE

Pointer ce lieu stratégique des relations intersubjectives, c'est mettre le doigt entre l'arbre et l'écorce. Et l'équipe psychiatrique s'y retrouve effectivement souventes fois coïncée. Si elle veut intervenir au niveau de l'aliénation, le soignant, en effet, peut atterrir sur un terrain miné où une famille prend ses ébats, dans un immeuble surchauffé où tous les occupants cherchent un peu d'air, dans un milieu de travail où chacun convoite une place assise. Voilà donc le soignant psychiatrique entraîné dans le feu de l'action. Les séries télévisées nous ont familiarisés avec des escouades d'intervention d'urgence, mais nos équipes psychiatriques ne sauraient se permettre de défoncer des portes ouvertes ou même fermées! Elles ont appris à identifier les occupants avant d'intervenir et elles ont surtout appris à stimuler le désir de leur intervention de la part des sujets en crise.

Mais la tentation est grande d'intervenir en force, d'autant que les pouvoirs publics ont plutôt tendance à favoriser la manière rude du collectif, plus expéditive et plus radicale! La psychiatrie communautaire a ainsi souvent été récupérée et recyclée en une forme de psychiatrie où chaque citoyen, mal en point, est placé sur la liste des gens susceptibles de bénéficier de l'unité d'intervention. L'équipe se voit tout simplement attribuer des effectifs ayant pour tâche de maintenir la paix dans un secteur bien délimité. Une équipe psychiatrique se voit accorder pignon sur rue au même titre que le poste de police ou la caserne de pompiers.

Et pourvu que le citoyen soit tranquille, on ne s'inquiétera pas trop de la façon dont les experts exercent leur fonction. Ce type de psychiatrie vise surtout à rentabiliser les investissements des pouvoirs publics en fonction des charges à assumer, d'où la nécessité d'un grand contrôle bureaucratique sur la quantité des interventions faites, le nombre de patients pris en charge, la compilation des divers moyens employés durant l'opération, le coût des retombées en séjours hospitaliers effectués ou évités, le tout se soldant en un savant calcul «per capita».

Beaucoup de ressources peuvent ainsi être englouties dans l'encadrement bureaucratique, mais l'ordinateur n'en demande pas moins pour énoncer son futur plan quinquennal qui assurera la santé mentale de la population. Ce plan ne s'embarrassera guère des considérations psychologiques, biologiques, voire même sociales.

Mais la psychiatrie ne peut guère suivre de tracé aussi désincarné et le psychotique se chargera bien d'ailleurs d'affoler l'ordinateur si celui-ci ne réussit pas à le robotiser. Il n'est guère facile de prévoir le malade mental, celui-ci n'ayant souvent pour tout recours que la possibilité de brouiller les cartes et les programmes établis.

L'équipe ne peut offrir que sa disponibilité d'écoute et d'intervention selon la place que le malade lui assigne. Il faut découvrir cette place, dénouer les conflits qui lui permettront un peu de mouvements dans cet univers désorganisé ou réorganisé de façon très personnelle.

Les exigences d'un tel métier sont grandes. Et il faut beaucoup de ressources qui devront rester disponibles jusqu'à ce moment que le sujet choisira pour étendre la main afin de vérifier la réalité de l'aide offerte, quitte à ne s'en servir vraiment que plus tard, beaucoup plus tard... ou jamais!

Une seule personne ne saurait suffire à faire le siège de la psychose. Les ressources nécessaires sont trop nombreuses et variées pour qu'un seul être y suffise. Même si le soignant n'est pas effectivement mis à contribution par le malade, le seul besoin de rester là l'oblige à métaboliser beaucoup d'énergie. Maintenir l'écoute, présenter en assumant le refus, accepter d'être dénié dans la présence même, soutenir d'être perçu comme attaquant au moment d'une offre généreuse, veiller à ses propres frontières quand le pays voisin tout entier dort, tolérer ses propres défaillances et ne pas verser dans la toute-puissance, voilà quelques-unes des tâches du soignant de l'équipe. Et ces tâches sont grandes consommatrices d'énergie!

La diversité des interventions invite à multiplier la complémentarité des intervenants. Cette équipe se donnera donc les moyens de se poser au lieu de rencontre du subjectif et du social. En plus de la travailleuse sociale, voilà donc justifiés les rôles du psychologue, de l'ergothérapeute et de l'infirmière dans l'équipe où nous travaillons. Le psychiatre est une sorte de pivot ou de point de repère à partir

duquel évolueront les autres soignants et qui permettra l'unité de coordination face au malade et à son entourage. Nous pensons à coordination plutôt qu'à direction tant il nous apparaît que l'intervention du soignant se situe toujours dans son identité propre et dans celle du soigné. L'équipe devient donc le vecteur par lequel se canaliseront les interventions proposées et finalement coordonnées par le psychiatre. L'intervention sera mesurée, souhaitée la plus petite possible.

LE MALADE COMME SUJET

La tâche assumée par le soignant sera de toujours respecter l'identité du sujet malade. La chose n'est guère facile lorsque nous arrivons dans un monde d'aliénation où le sujet lui-même ne semble pas porter beaucoup d'attention à respecter et à faire respecter sa propre individualité. Mais il est certain que si le soignant accepte d'aliéner ou d'être aliéné, il n'y aura pas de lieu possible pour une restauration toujours problématique des liens. Comment amener le malade à réintrojecter la part de lui-même qu'il a aliénée et comment proposer à son entourage une autre façon de faire que l'exclusion, si le soignant lui-même n'entretient pas les liens nécessaires à l'ancrage du patient dans son milieu!

Empruntant une image à S. Leclair, nous dirions que le soignant travaille avec le malade comme un tisserand sur un tissu abîmé. Une recherche patiente et minutieuse lui permettra de faire l'inventaire des fils rompus et de ceux qui peuvent restaurer la continuité de l'ensemble, rattacher les bouts concordants, rajouter du matériau nouveau là où le manque doit être comblé.

Le soignant arrive dans un lieu qui a déjà son histoire propre et où il ne peut tout créer de toutes pièces. L'obligatoire inventaire des ressources du malade, des manques dans le tissu psychologique et des matériaux disponibles dans le milieu propre du sujet invite à un examen plus serré de ce qu'est la maladie mentale et plus particulièrement la psychose et l'état-limite, ces troubles qui rendent l'équipe soignante indispensable et qui ont justifié la psychiatrie communautaire.

En regard du type de clientèle desservi par une équipe psychiatrique, laquelle se compose généralement de psychotiques, de borderlines et de personnes atteintes de troubles graves de la persona-

lité, la nécessité de l'implication de différents intervenants nous semble donc se justifier. Et même si une psychothérapie formelle peut être offerte parfois par un membre de l'équipe qui en a la formation suffisante, l'approche courante faite auprès de notre patient prendra le plus souvent une forme d'aide, de soins. Nous veillons à maintenir des paramètres rigoureux et à éviter que les choses soient faites n'importe comment et par n'importe qui.

Nous nous efforçons donc de comprendre nos interventions selon le schéma de la théorie analytique et nous tendons à organiser notre action selon des repères bien définis et généralement acceptés. En ce sens, toute intervention pourrait avoir une valeur thérapeutique en s'inscrivant dans une compréhension de la maladie mentale, qui permet des retouches à la psychologie du patient et des interventions sur son milieu.

Nous favorisons nettement l'approche individuelle par l'assignation du patient à un membre désigné de l'équipe. Les autres intervenants viennent se manifester pour des services d'appoint au cours de cette prise en charge, à l'exception de certaines pratiques de co-thérapie qui nous sont apparues justifiables auprès de certains malades, notamment ceux atteints de trouble à composantes paranoïdes sévères qui compromettent constamment la stabilité de leur relation thérapeutique.

L'approche individuelle vise surtout à maintenir la capacité de relation du sujet, à permettre ce qu'il nous faut bien appeler un transfert alors même que les moyens de comprendre ce transfert sont notablement réduits en comparaison de la cure-type. Malgré l'ambiguïté que ce mot comporte, nous parlons cependant le plus souvent de la «relation» du soigné au soignant plutôt que de transfert, parce que nous réservons ce terme pour la relation psychothérapeutique formelle.

COMPOSANTES DYNAMIQUES PRIMITIVES

Dans son travail quotidien, le soignant fait face à des aménagements très particuliers dans ses relations d'aide. Le malade a beaucoup plus de facilité que les autres à se mouvoir dans un monde sans frontière. Il sème la confusion sur son passage pour mieux brouiller les pistes conduisant à des conflits intérieurs, camouflant la source de ses angoisses aux

autres et à lui-même. Chez le plus perturbé, la confusion semble un état quasi permanent et l'on pourrait même supposer qu'il n'est jamais sorti du chaos primitif.

Chez les schizophrènes les plus régressés, le clivage ne semble pas avoir été réussi de façon satisfaisante. La mer Rouge n'a jamais pu être séparée en deux pour permettre au Moïse du schizophrène de conduire ses bons objets aux lieux sûrs de la Terre Promise. Le jeune nourrisson qui deviendra schizophrène n'arrive pas à se dégager du chaos primitif où prédominent les pulsions hostiles et agressives accompagnées d'affects désagréables et déplaisants. Le bon sein n'arrive pas à se former et à permettre à l'enfant un autisme protecteur qui lui permettra progressivement des vécus agréables et bien distincts. Chacune des expériences reste entachée de déplaisir et enclenche des réactions hostiles qui rendent le soutien maternel aléatoire. Confondu au mauvais sein, le bon sein sera attaqué et détruit lors des attaques du nourrisson.

Depuis les travaux de Mélanie Klein, on sait qu'un clivage survient à différents moments du développement psychologique et qu'il doit induire des dichotomies transitoires. C'est ainsi que le bon sein sera séparé du mauvais sein, condition essentielle à la séparation ultérieure du soi et de l'objet. Advenant une défaillance de ce mécanisme et une impossibilité de réussir le clivage transitoire, il ne sera jamais possible à l'enfant de reconnaître et distinguer ce qui lui est agréable de ce qui lui est désagréable.

La confusion entre le bon et le mauvais empêchera la phase ultérieure de séparation nette entre soi et l'autre. Au début, le premier clivage s'est effectué entre d'une part les représentations bonnes de soi et de l'objet et d'autre part entre les représentations mauvaises de soi et de l'objet. Lorsque ce clivage est complété, une nouvelle distinction peut se faire d'une part entre les représentations bonnes de soi et les représentations du bon objet et d'autre part entre les représentations mauvaises de soi et les représentations mauvaises de l'objet. Le soi ambivalent et l'objet ambivalent émergeront de la fusion des parties mauvaises et bonnes du soi et des parties mauvaises et bonnes de l'objet. Lorsque ces étapes ne sont pas bien traversées, la confusion sera exacerbée lors des crises et empêchera la séparation nette entre soi et l'autre. Le soi res-

tera fragmenté, morcelé et les tentatives heureuses de représentations achevées resteront susceptibles d'un éclatement facile. Le schizophrène demeure ainsi toujours menacé du chaos, surtout quand le chaos devient son principal refuge!

Il en coûte beaucoup de vivre dans la confusion. Les frontières du soi demeurent mal investies. L'identité du sujet est chancelante. Les angoisses paranoïdes sont pressantes devant l'éventualité constante de voir ressurgir le mauvais objet pour attaquer le bon objet mal affermi. Les embryons de bon objet doivent être constamment protégés en les dissimulant n'importe où, donnant lieu à la technique de l'écureuil, ainsi nommée par Paulette Letarte. L'ennui, comme chacun le sait, est que l'écureuil ne retrouve pas ses cachettes, ce qui donne lieu à une activité fébrile mais tout à fait futile. Le psychotique sait quelque chose de cet appauvrissement et il apprendra bientôt à réagir par l'apathie et l'inertie devant les objectifs à atteindre.

Les relations du schizophrène montreront la précarité qui ne peut être évitée lorsque des portions seulement du sujet entrent en relation avec des portions d'objets. Les relations d'objet partiel sont loin de la qualité et de la richesse des relations d'objet global inhérentes au niveau génital. Le patient le plus régressé aura du mal à maintenir les simples relations instrumentales destinées à combler ses besoins de base. Bien souvent il sera difficile de le motiver à entreprendre une nouvelle relation ou à sortir de sa gangue protectrice, et il se raffermit dans son autisme. Cette attitude n'est peut-être pas si insensée lorsque l'on considère les dépenses très élevées d'énergie qu'il effectue pour des relations avec des objets aussi décevants, incohérents et instables.

Le psychotique acceptera peut-être un jour d'établir une relation significative avec le soignant. Lorsque la rencontre se produit, le soignant peut s'attendre à une relation des plus intenses où beaucoup lui sera demandé pendant longtemps avant de voir le moindre signe de gratitude. Nous pouvons dire que ce type de relation s'apparente peut-être le plus à la relation mère-enfant. Dans certains secteurs de la personnalité du psychotique, l'enfant est resté tapi et se manifeste encore comme un nourrisson avide.

Ce malade se présente donc très souvent avec des attentes importantes envers le soignant. Il est tentant pour le soignant d'une équipe de répondre globalement à chacun des besoins du patient au risque

de sombrer dans un agir tous azimuts. Il s'agit pourtant d'une expérience s'apparentant à la tentative de remplir le tonneau des Danaïdes. Si la demande latente du psychotique qui souffre dans ses relations interpersonnelles n'est pas reconnue et que l'on prétend répondre à chacun des besoins manifestes du malade, que nous nous engageons à satisfaire ceux-ci aveuglément, les soins seront rapidement engouffrés dans un tourbillon d'activités qui, pour toutes justifiées qu'elles soient, n'en sont pas pour autant pertinentes.

Deux cas illustreront ici le piège de l'activisme et nous proposerons une esquisse de solution par la suite.

Illustration I

Béatrice est une jeune malade qui nous est amenée en consultation par son père. Elle n'a que dix-huit ans, mais elle a déjà eu trois hospitalisations, écourtées à chaque fois par un appel au père après trois ou quatre semaines de séjour à l'hôpital afin qu'il vienne chercher sa fille malheureuse d'être séparée des siens. Il s'agit de la sixième de six enfants, tous adoptés. Elle est la fille de la soeur du père (donc sa nièce). Un frère a été adopté aussi par la même famille.

Le père a déjà effectué plusieurs consultations en cabinet privé avant de se rendre chez nous, mais il n'a pas donné suite à ces consultations parce qu'il n'y trouvait pas la réponse à sa demande. Il voulait tout simplement que sa fille de dix-huit ans soit internée pour la vie, jugeant sa situation désespérée et ne pouvant la supporter dans cet état.

Le passé ne nous révèle pourtant pas d'éclats dramatiques de la part de la malade. Pas d'agirs incontrôlés non plus. Mais le père nous fait savoir qu'elle constitue une charge trop lourde pour des parents dans la soixantaine et que ses capacités à lui sont très diminuées depuis qu'il doit porter un «pacemaker» cardiaque.

De la part de la patiente, il n'y a pas de demande explicite. Elle semble se laisser porter, ce qui s'avèrera exact lorsque nous constaterons qu'elle accepte d'être le fer de lance de sa mère dans les conflits opposant le couple parental. La présentation de la patiente est des plus dépouillée et son discours est pauvre. L'ensemble évoque même l'allure d'une pseudo-débilité.

Comme nous l'avons maintes fois constaté, une telle entrée de jeu n'augure rien de bon pour la discussion en équipe. En disant si peu tout en étant là, la patiente active massivement l'identification projective. Le thérapeute le moins expérimenté peut être rapidement happé dans le processus défensif et en arriver à se placer sous l'autorité des morceaux de la malade projetés en lui. Tout soignant peut avoir le sentiment d'avoir bien compris une malade qui parle si peu et celle-ci n'y trouvera pas à redire.

L'empathie, cette forme évoluée de l'identification projective, amène le soignant à réagir à la présentation pathétique de la malade. Ne faut-il pas intervenir auprès des parents pour qu'ils reprennent à leur seule dimension leurs propres conflits qu'ils élaborent à travers leur fille? Ne vaut-il pas mieux séparer la fille d'un tel milieu familial d'autant plus que le père est jugé intrusif, la fille sans défense, la mère rivée au silence par un père omnipuissant? Et le bien-être matériel de la patiente ne devrait-il pas désormais être assumé par les services publics pour lui permettre un début d'autonomisation? Ne bénéficierait-elle pas d'une hospitalisation? d'un placement? d'une psychothérapie?

Voilà les soignants qui brassent de grosses affaires sous le regard morne du portier malade. Celui-ci, pendant ce temps, ne fait que veiller à contrôler les entrées et les sorties, trop occupé à s'y retrouver dans ses registres sans dessus dessous.

L'équipe oubliera de faire cette constatation dès le départ, ce qui nous obligera très souvent à revenir consulter la carte routière. Chacun s'y perd à son tour. L'angoisse monte dans l'énerverment de la recherche fébrile d'une solution. Chacun y met du sien. Après des semaines d'effort, une halte s'impose, probablement attribuable à l'épuisement des participants. Ceux-ci ne s'y retrouvent plus. Une vérification de nos positions est entreprise. Nous faisons le bilan! Deux soignants offrent chacun de leur côté une approche individuelle différente à la malade. L'un de ces soignants avec un autre soignant fait un couple qui offre de l'aide aux parents. Le psychiatre est relancé par le père qui n'a toujours pas démordu de sa solution d'asile à vie. Heureusement, la patiente est introuvable, ou plutôt si, elle se trouve à l'hôpital que l'équipe avait voulu tenir loin, pour un temps du moins, afin de permettre un réaménagement de la situation familiale de la malade. Mais le père avait conduit la malade à

l'institution après plusieurs essais infructueux pour l'y faire admettre. Il jugeait que notre dépense d'énergie ne pouvait contenir la folie de sa fille. Et à l'hôpital, d'autres soignants viendront s'ajouter et l'on se retrouve bientôt dans la Tour de Babel. Personne ne parle la même langue, surtout pas celle de la patiente.

Chacun dit quelques mots de cette langue, mais ces mots sont tous différents, d'où l'impossibilité de s'y reconnaître. Ces bribes de langage compris par les soignants sont finalement juxtaposées sans que se dégage une orientation claire. Nous constatons que nous devons nous mettre à l'étude de la langue de la malade. Un seul soignant s'inscrira à cette rude formation, restant secondé par les autres membres de l'équipe.

De son côté, la malade ne semble guère préoccupée par tout ce charivari des gens qui lui veulent du bien. Elle accepte évidemment de s'adresser désormais à une seule personne alors que d'autres soignants s'occuperont de rencontrer ses parents. Le psychiatre reste coordonnateur des interventions.

Cet instant est un point tournant pour l'équipe, même si peu de chose en apparence ont changé. Les échanges à propos de la malade sont toujours aussi nombreux, et animés des émotions que la malade n'assume pas elle-même, mais chacun s'y retrouve dans ce cadre réorganisé qui n'est plus secoué par la confusion défensive que la malade y semait.

La patiente en vient alors à présenter un délire manifeste (à moins qu'il ne soit ouvertement reconnu que maintenant) démontrant ainsi la nécessité où elle se trouve de recourir à d'autres organisations défensives pour stabiliser son économie psychique. Son discours devient plus nourri et la patiente semble plus vivante.

Cette narration de péripéties prétend surtout illustrer la facilité avec laquelle des soignants peuvent se laisser prendre au filet des identifications projectives où l'agir est activé rapidement et la vie du malade prise en charge de façon globale comme l'y invite la régression massive de la malade. Dans ce jeu des identifications et des projections, c'est le qui perd gagne. La malade perd sa vie et gagne plusieurs soignants. La confusion est entretenue, les barrières entre soi et l'autre sont allègrement sautées et prédomine ainsi la règle de «ce qui est à toi est à moi». Et l'aliénation se perpétue ainsi dans les instances thérapeutiques.

L'absence de frontières individuelles n'ayant pas permis une identité ferme du sujet, chaque soignant a raison quand il présente une facette différente de la malade. La compréhension du soignant est partielle, certes, mais souvent très réelle. Pour peu que le praticien sente la nécessité d'intervenir, il passera à l'action avec toutes les justifications nécessaires, d'autant que l'agir fait beaucoup de bien aux soignants dans de telles situations. Ils peuvent ainsi apparemment tenir en échec la blessure narcissique que leur imposerait un sentiment d'impuissance trop grand devant une malade si pathétique. «Il faut bien faire quelque chose» est-on porté à se dire devant de telles carences, surtout devant quelqu'un qui porte si bien le rôle de victime consentante.

Mais il ne faut pas s'y méprendre : le piège de la psychose est souvent un pis-aller auquel la victime tient elle-même beaucoup. Il faudra du temps pour lui faire reconnaître les mâchoires qui l'emprisonnent. Et il en faudra encore davantage pour lui faire accepter d'être délestée de cette emprise écrasante mais combien rassurante, familière et intime.

On ne sera guère surpris de ces vécus assez tumultueux dans une équipe lorsque l'on considère la position stratégique que cette équipe investit à l'interface du sujet et de son milieu et que l'on constate la nature du défaut fondamental, cette faille de la personnalité du psychotique à laquelle le soignant tente d'apporter une solution. Si les soignants se laissent aller à s'approcher de la psychose, ils doivent toujours s'attendre à éprouver des vécus globaux répondant à des angoisses massives et à des moyens primitifs de faire face à ces situations.

Le psychotique a traversé les différentes phases du développement sans y avoir gagné les structures internes stables consécutives à ces stades. La cristallisation ne s'est pas opérée après le conflit, et les éléments psychiques continuent à flotter librement sous forme de particules, sans opérer une solidification véritable qui permettrait de tirer profit de chacune des expériences de développement, de chacun des passages critiques. La cristallisation devait normalement s'opérer à partir des précipités qui se forment durant l'apaisement des crises après l'interaction des éléments en jeu. Le résultat donne des structures stables et patiemment construites, comme des coraux. Mais si le remous n'a pas cessé, les structures n'ont pu se former. Et notamment, l'ob-

jet reste mal différencié. Les quelques esquisses réussies d'objet qui ont pu prendre forme resteront marquées de ses qualités des imago primitives qui risqueront de ressurgir à tout moment. Ces représentations d'objet peuvent prendre des allures fantastiques au moindre propos, donnant aux objets une instabilité qui n'est pas du tout rassurante.

Un moi en instabilité précaire se débat donc avec des objets primitifs. L'angoisse surgit rapidement. Et les mécanismes de défense utilisés seront massifs, globaux, sans discrimination. Leur action est peu différenciée et dans le mouvement de réprimer l'angoisse massive, ces mécanismes démolissent de larges secteurs de la vie psychique. Nous sommes loin de l'action de refoulement, ce mécanisme de défense des plus sélectifs. Pour juguler les angoisses primitives, le psychotique prendra les grands moyens : le clivage, le déni, l'idéalisation primitive, l'identification projective, les projections massives! Ce sont des mécanismes dévastateurs, peu sélectifs, peu respectueux de la réalité. Un seul objectif est privilégié : maîtriser l'impétuosité de l'angoisse, peu importe les dégâts aux structures saines.

Les affects mobilisés au cours de ces manoeuvres seront aussi très massifs. Le bien-être sera extatique si la satisfaction est accordée, mais l'angoisse sera insupportable devant tout abandon appréhendé. Toute manifestation agressive soulèvera des craintes de rejet, d'exclusion! L'univers se peuple de gens suprêmement bons ou superlativement méchants. Le bon l'est toujours et le méchant n'a jamais de moment de mansuétude. Le soignant se retrouve régulièrement en situation de tout bon ou tout mauvais, selon qu'il porte l'idéal inassouvi de son malade ou le mal impossible à assumer, que le psychotique rentre de force dans l'autre pour s'éviter les douleurs d'une culpabilité insupportable.

L'ordre de tels affects rappelle quelque peu les débordements du nourrisson qui n'a pas encore réussi son contrôle moteur et qui se manifeste de façon globale, à l'emporte-pièce. Les contrôles raffinés que le nourrisson installe progressivement au cours de son développement n'ont pu s'établir fermement.

S'il n'y prend garde, le soignant sera rapidement emporté dans un tourbillon d'affects et de sentiments débordants et faute de pouvoir maintenir des repères précis, son action viendra ajouter à la confu-

sion. Le plus sûr moyen de s'y retrouver est encore de bien repérer les embûches au préalable, de distinguer les ressources réelles du malade et de miser sur les capacités de ce dernier. Ceci suppose un inventaire précis et patient qui s'effectuera dans une atmosphère d'écoute, d'attente active, comme nous avons tenté de le faire dans l'illustration suivante.

Illustration II

Patrice, un jeune homme de 21 ans, se présente à nous avec une condition et une situation rappelant étrangement celles de Béatrice. Son identité mal assurée se dévoilera tout le long de ce premier entretien où il recourra uniquement au pronom indéfini «on» pour parler de lui-même. Patrice est manifestement dans un état schizoïde depuis de nombreuses années. À son état de dépendance affective se combine un dénuement matériel à peu près total. Mais c'est sur ce terrain qu'il lutte pour conserver ses dernières traces d'individualité en refusant d'assumer sa condition matérielle. Il refuse de se présenter aux organismes publics pour obtenir des allocations de soutien. Pour contrer les pressions de l'entourage, il allègue l'éventualité d'un emploi imminent quoiqu'il ne puisse rien avancer de concret de ce côté-là. Sa mère enrage de le voir ainsi claquemuré dans l'isolement oisif et il lui arrive de priver son fils de nourriture pendant quelques jours ou de le faire séjourner sur le balcon extérieur pendant de longues heures aux prises avec le froid afin de le mobiliser. Mais notre jeune homme ne décongèle pas pour autant ses rapports avec autrui.

Au niveau de l'équipe, le pathétique de la situation enclenche rapidement les élans salvateurs des soignants. Les discussions sont animées et donnent lieu aux propositions les plus généreuses! Une fois la tempête affective apaisée, la propension à l'agir atténuée, nous nous efforçons de dégager une façon d'être qui nous gardera de la confusion. Surtout être patient, connaître notre interlocuteur, respecter les limites qu'il pose à son insu à l'aide des autres. Son opposition est destructrice, certes, mais elle protège la petite flamme de subjectivité qui cherche à survivre au fond de lui-même. Il s'agira donc plutôt pour nous de confirmer cette flamme, de la nourrir de copeaux pour qu'elle s'enfle et prenne vigueur. Il faudra être patient, mâter notre ardeur d'intervention, tolérer l'intolérable.

La lutte contre nous-même durera des mois. Et le doute nous accompagnera sur la validité de notre façon de faire : proposer l'écoute, proposer en quelque sorte au patient de se reconnaître comme sujet différencié capable de désirs et de paroles, n'est-ce pas nier le trouble grave de ce moi incapable de suffire à la tâche? Est-il tout bonnement adéquat pour des soignants de proposer une démarche d'élaboration psychique à quelqu'un qui semble enfoncé dans les ornières non verbales? La chose peut paraître d'autant plus aléatoire que le sujet lui-même n'a de cesse de montrer la vanité de nos efforts en ne se présentant pas aux rencontres fixées par le soignant, ou en se présentant à contretemps. Quelques échanges furtifs, des coups de téléphone qui relancent la relation montrent son désir, cependant, malgré l'opposition qui nous tient à distance. Nous attendons un signe de sa part avant de tenter des manœuvres concrètes de soutien. Puis Patrice cesse de nous donner signe de vie pendant des périodes allant de trois à six mois. Enfin une interruption plus prolongée nous laisse dans l'attente.

Nous le revoyons finalement, à sa demande. Son apparence extérieure est métamorphosée. Il est dégagé, plutôt volubile et il affiche même une certaine prestance, encore que mal assurée. Patrice vient manifestement réparer l'image qu'il nous a laissée lors de la première rencontre. Il tient à faire connaître son évolution et nous charge de la communiquer aux membres absents de l'équipe. Il s'est déniché un emploi de garçon de courses. Il est habillé de façon recherchée, même si le goût est douteux.

Il nous narre la suite des rapports avec sa famille depuis notre dernière rencontre. Les contacts sont maintenant rétablis et il ne s'en montre pas peu fier. Il a fait diverses fredaines depuis sa dernière visite, dont celle de faire un petit feu pour se réchauffer sur le trottoir devant une caserne de pompiers et un poste de police! Ce qui l'a conduit rapidement en prison pour quelques semaines. Il attribue à cet incident la mobilisation de ses parents qui auraient alors compris (selon lui) à quelle extrémité il en était rendu, eux qui avaient rapidement sabordé les rencontres familiales instituées peu après la première consultation.

Bien sûr, on pourrait supposer que le message provocant du petit feu sur le trottoir nous était adressé, au moins en partie, et ce serait probable-

ment juste. Mais il nous apparaît que même décodé, le message ne devait pas modifier notre attitude si l'on tient compte de la marge de manoeuvre qu'il nous laissait. Patrice était engagé dans une lutte auprès de sa famille pour se faire accepter dans son dénuement et nous ne pouvions lui assurer à court terme une modification de cet état. Il était évident qu'il agissait pour se faire délaissé en même temps qu'il s'acharnait à se faire accepter par sa famille. «J'ai été accepté dans mon pire» nous avait dit un jour, avec une évidente satisfaction, un autre schizophrène qui venait d'être reconfirmé parmi les siens après avoir roué de coups sa petite amie et avoir pénétré dans la maison de son père en forçant la porte arrière à coups de hache. N'était-ce pas cette même demande que faisait Patrice aux siens, d'être accepté lui-même, gratuitement, sans que l'on exige quoique ce soit de lui. La confirmation narcissique que devaient lui prodiguer les siens se devait d'être à peu près absolue pour que Patrice se sente accepté avec certitude.

Patrice avait démontré une grande ténacité dans son désir de réintégrer sa famille et il ne supportait pas de diversion à son projet. En s'immisçant dans le conflit, les soignants risquaient de distraire Patrice de sa tâche primordiale. Il se protégeait donc de nous en ne laissant qu'une porte entrouverte sur sa lutte avec sa famille. Nous respectons son combat et cette attitude semble lui avoir apporté un quelconque soutien narcissique tout en évitant qu'une trop grande manifestation de notre part ne vienne perturber l'équilibre précaire où il s'était placé. Bien sûr nous aurions peut-être réagi autrement si nous avions connu plus tôt le message du petit feu sur le trottoir, mais il se pourrait bien que nous serions devenus alors des agents sociaux de répression plutôt que des thérapeutes voués à la préservation de ses liens avec son milieu.

Une action trop ardente des soignants est souvent intempestive et peut porter atteinte aux liens fragiles du patient avec son entourage. Les interventions précoces trop prometteuses qui amènent l'équipe à être massivement investie par le patient et par la famille sont de cet ordre. Des aménagements sont tentés dans l'économie familiale avant même que l'alliance thérapeutique ne soit suffisamment affermie et que les attentes envers les soignants s'harmonisent avec les capacités d'intervention psychiatrique. Les actions prématurées mènent inéluc-

tablement à une rupture précipitée dans le désenchantement et la rancoeur mutuelle.

Mais puisque la demande quasi unique de Patrice était de se sentir accepté par les siens, notre première démarche ne devait-elle pas consister à lui accorder cet accueil et à accepter de le suivre tant que c'était possible pour nous? Nous devons évidemment poser des limites à une telle ouverture, mais ces limites se disaient par nos limites réelles, dépouillées le plus possible du sentiment de toute-puissance ou du désespoir dépressif qui mènent dans le premier cas à l'agir stérile et dans l'autre cas à l'apathie ou au retrait.

Notre acceptation réelle a bien plus d'effet chez le malade qu'une intervention thérapeutique visant à faire payer aux autres les frais d'une acceptation par le jeu de notre médiation. Le schizophrène ne s'y trompe pas. Il est en constante demande narcissique envers toute personne qui l'approche. À ses yeux, le soignant est rapidement mis à nu et il est peu utile de se réfugier derrière un uniforme professionnel, fut-il bardé des plus belles décorations. «Dans le monde de la psychose, les soignants travaillent sans filet», disait en substance Philippe Paumelle.

UN NARCISSISME EN SOUFFRANCE

Cette exigence fondamentale du psychotique d'être accepté gratuitement est posée par des besoins narcissiques très grands tributaires d'une identité évidée qui empêche le malade d'établir des relations objectales stables et fécondes. Le sujet garde un grand creux au fond de son être, un «défaut fondamental» soulignait Balint. La reconnaissance de ce déficit narcissique s'impose dans l'approche du psychotique.

Voici un individu en mal d'exister, incertain de lui-même et incertain des autres. Les tâches de son développement l'obligent à se trouver une place dans le grand ensemble social, mais il connaît mal le jeu des relations humaines, et il n'est pas sûr de pouvoir désirer ce qu'il peut appréhender de cette réalité. Son énergie est foncièrement orientée à maintenir ses morceaux ensemble alors qu'il est exigé de lui de s'articuler aux autres, de se projeter dans une individualité et de produire. L'asile lui a longtemps permis de s'éviter les tiraillements d'une

telle tâche. Les murs pouvaient être des contenants sûrs qui empêchaient la diffusion de sa substance. Faute de pouvoir lui-même poser les limites à son individualité, l'extérieur suppléait en posant les balises qui délimitaient ses contours. L'asile s'est trouvé en quelque sorte à relayer la mère dans son rôle de contenant et à permettre au psychotique une certaine forme de vie. Mais il arrive dans l'asile ce qui arriverait à l'individu qui continuerait à vivre constamment sous les jupes de sa mère, le psychotique ne vit pas sa propre vie, les autres se vivent à travers lui.

C'est bien dans le rôle de contenant que l'asile a le plus failli à la tâche. Cette institution n'a pas su préserver l'individualité du sujet qui lui était confié. Toute institution, en effet, semble vouée à la préservation de sa vie propre, et est amenée à consommer les énergies et la vie même des sujets qui en font partie. Et le psychotique n'a pas les ressources suffisantes pour préserver son identité dans le grand ensemble. Invariablement, il est assimilé au grand tout et il perd ses caractéristiques propres.

L'équipe psychiatrique s'est donné le double objectif de contenir et de respecter les caractéristiques du sujet dont elle a à s'occuper. Elle n'est pas le seul contenant possible pour le patient. Spontanément, certains sujets trouvent dans leur entourage des alliés qu'ils réussiront à intéresser à leur sort et qui leur assureront un apport narcissique suffisant pour réaliser un mode de vie satisfaisant. Il est essentiel de pouvoir repérer ces situations viables et même de favoriser leur maintien. Certains exemples de couples de patients qui se sont formés ont semblé présenter toutes les caractéristiques suffisantes d'un soutien mutuel gratifiant que nous avons pris garde de ne pas perturber. Dans certains cas, nous avons dû nous faire quelque peu violence pour accepter des formes distordues de vie, mais la reconnaissance des satisfactions mutuelles que chacun des membres puise dans le couple nous a semblé justifier le soutien de leurs relations.

Mais ces contenants naturels de l'entourage des patients ne sont pas toujours magnanimes ou dévoués à une autre cause qu'à la leur. L'équipe psychiatrique peut alors représenter un substitut adéquat en autant que cette équipe accepte de remettre au propriétaire les possessions que celui-ci lui a confiées de façon transitoire par identification projective.

La qualité essentielle d'un bon contenant est de pouvoir conserver, rendre mentalisable puis restituer au sujet le matériel que le malade y a déposé et dont il devra un jour ou l'autre reprendre possession pour colmater son identité amputée. Le contenant a un rôle transitoire, limité à la période où le sujet ne peut garder lui-même ses possessions parce que son appareil psychique faillit à la tâche. La fermentation dans le contenant suppléera aux mécanismes psychiques défailants du patient.

Les valeurs narcissiques qui sont confiées au courtier psychiatrique sont toutes importantes pour le patient, quel que soit le bilan qu'en fassent les soignants pour eux-mêmes. Elles représentent une part importante des possessions du sujet et ne sauraient être écartées sans appauvrir, fussent-elles des valeurs négatives. Le psychotique devra bien apprendre quoi faire de ses dettes qui ne font maintenant surgir qu'angoisse et culpabilité insupportables. Lorsque les défenses paranoïdes auront été atténuées et qu'il sera prêt à recouvrer la responsabilité de lui-même, le psychotique pourra éventuellement assumer qu'il peut abriter des pulsions destructrices envers l'objet. En autant que le lien objectal soit suffisant, des angoisses dépressives pourront naître et permettre la culpabilité à travers des craintes d'abandon et de rejet.

Lorsqu'il reconnaîtra de façon nette l'existence séparée de l'objet, il craindra l'abandon à cause de ses manifestations hostiles qui lui font craindre pour la survie de son objet. À ce moment de son développement, l'individu devient capable d'appréhender l'objet total, et dans un mouvement progressif d'identification projective, il peut se mettre à la place de l'objet souffrant qu'il a attaqué et éprouver de la culpabilité pour le mal qu'il lui a fait. Et les oeuvres de réparation viendront rétablir les liens de confiance envers le bon objet retrouvé.

Il apparaît donc indispensable que le soignant soit lui-même capable de contenir les attaques sans être démolé et plus tard, il lui sera possible de retourner au malade la réalité des agressions que celui-ci lui a fait subir. C'est par ce matériel ainsi vécu avec son thérapeute que le patient pourra accéder aux différentes étapes de la maturation en passant par les craintes de la loi du Talion et celles du désespoir d'être abandonné. Mais la possibilité lui sera ainsi conservée de déboucher un jour sur la dépression où se déploiera une culpabilité ouvrant la restaura-

tion narcissique : «je suis coupable, donc je suis capable» disait Francis Pasche. Parvenu à ce degré de considération pour l'objet, le sujet psychotique pourra s'employer à la réparation de cet objet, ce qui permettra au patient des espoirs nouveaux et la découverte de sentiments magnanimes. Le sujet tout comme l'objet deviennent capables de pardon et de réconciliation, ce qui ouvre des perspectives de stabilité dans les relations malgré les embûches des attaques hostiles qui ne manqueront pas de survenir. Le sujet et l'objet peuvent alors aspirer à la totalité de leurs dimensions propres.

Mais avant de parvenir à cette capacité de relation, la béance narcissique du patient devra être colmatée. Le renflouement narcissique passe par la relation duelle comme l'a bien souligné Jacques Hochmann. Cet apport s'opère dans une relation quasi fusionnelle où se vivront certains éléments de la symbiose. L'opération est délicate parce qu'elle implique pour le soignant d'assumer presque complètement certains secteurs de la personnalité du patient tout en sachant préserver les parties autonomes du sujet. La place du psychotique ne peut être prise par le soignant là où le sujet peut l'assumer ! Il s'agira ainsi de tolérer les demandes les plus régressives à côté des demandes les plus évoluées. La tentation est souvent forte de ne pas y aller trop délicatement au risque de brimer des tentatives timides ou peu rentables d'affirmation du patient. Mais malgré les embûches, la ligne directrice incite le soignant à maintenir le cap sur les possibilités futures du patient. L'aménagement de la situation présente pourrait être relativement facile pour le soignant s'il se limitait à trouver un expédient à la crise actuelle. Une solution ou l'autre peut généralement être trouvée assez aisément. Le difficile pour le soignant sera de permettre au sujet de se sortir de la crise en ayant appris quelque chose qui l'aidera à résoudre lui-même les autres situations qui se présenteront à lui par la suite.

Parmi les fonctions que le soignant est amené à assumer en auxiliaire pendant un certain temps, nous soulignerons plus spécifiquement la nécessité pour le thérapeute de dégager la relation des différentes toxines que le patient y déverse. Il s'agit de tous ces vécus d'angoisses, d'hostilité, de blessures mutuelles qui sont infligées aux participants dans ce corps à corps. Les mécanismes psychotiques sèment le trouble et la désorganisation. Une entre-

prise de détoxification devient indispensable. Elle l'est pour le soignant qui doit survivre dans un tel climat et réussir à préserver son identité propre. Elle est également indispensable pour le malade qui ne peut disposer de ses propres déchets et qui risque d'avarier les rapports avec son soignant. En se servant de son élaboration psychique, le soignant pourra au moins un certain temps effectuer lui-même la vidange mais il se gardera bien de jeter les rebus afin de présenter ses comptes futurs au psychotique en temps opportun. Durant cette période le soignant risque d'être submergé par les projections qui sont faites sur lui et il devra faire appel à ses propres réserves narcissiques pour tolérer d'être dénié dans sa propre identité. C'est en maintenant une relation constante, durable, quasi inébranlable, avec son soignant que le patient pourra en venir à concevoir que ses attaques destructrices ne sont pas toutes-puissantes ni absolues et qu'il pourra même occasionnellement en arriver à éprouver des sentiments positifs, solides et stables pour son thérapeute. Mais ce n'est pas une mince tâche pour le soignant d'accepter d'être l'objet d'agression, de mépris, de négation dans ce type de relations. Certaines attitudes défensives pourront le séduire. Le soignant est ainsi amené à maîtriser ses propres pulsions de représailles, de rejet, d'exclusion; dans des formes atténuées, les mêmes tendances se manifesteront dans le retrait défensif du soignant, ou dans la perte d'espoir de tout objectif thérapeutique réaliste.

Lorsqu'il se trouve au coeur de ces crises, le soignant est souvent tenté de lancer un appel à Hercule pour nettoyer les écuries. Mais il n'y a pas d'Hercule en psychiatrie malgré les développements les plus récents de l'arsenal thérapeutique. La médication pourra parfois servir de recours. En y mettant la quantité suffisante, nous savons qu'il est possible d'arriver à mâter toute manifestation excessive du patient. Mais nous savons également que les médicaments n'ont pas une activité discriminative et que souvent en plus d'apaiser les tensions les plus néfastes, les médicaments écrasent aussi les manifestations les plus saines de la vie psychique du malade. Le soignant a appris à se méfier des améliorations superficielles induites par les médicaments. Nous savons que le résultat obtenu n'est que transitoire et que les causes psychiques responsables de la perturbation ne sont pas durablement

modifiées par les médicaments. Il sera nécessaire à un moment ou l'autre de laisser poindre à nouveau l'angoisse d'une structure psychique perturbée afin d'obtenir un terrain propice au travail psychologique aux effets plus vulnérables.

CONCLUSION

Le sujet soigné, s'il est appréhendé comme sujet, sera perçu dans son entité biologique, psychologique, sociale. L'adéquation à son milieu sera prise en considération et le thérapeute cherchera à repérer les possibilités de soutien que le malade peut encore espérer de la part de son entourage. Car ce milieu fait partie intégrante de l'économie globale du sujet et constitue une des facettes importantes de sa vie d'adulte. Reconnaître cette incidence, ce n'est pas poser le social comme facteur nécessairement déterminant de la genèse des troubles, mais c'est compter avec les investissements ou contre-investissements que le sujet a opérés sur son environnement. Considérer le milieu c'est aussi tenter d'évaluer l'impact de la faille psychologique du malade sur les siens. C'est également déceler les déficits que la cicatrice a imposés aux relations du malade avec son entourage qui ont parfois dû se plier à des solutions marginales pour que des liens articulés puissent se maintenir.

En somme, tout l'arsenal de la psychiatrie communautaire constitue un dispositif lourd, mais les moyens mis en oeuvre nous semblent proportionnels à la difficulté de lutter contre les avanies de la marginalité psychique. Il nous semble que des acquis ont pu être confirmés depuis les premiers jours de cette façon de penser la psychiatrie. Il est plutôt rare maintenant, en effet, de rencontrer de ces malades qui émergeaient autrefois des concentrations asilaires et dont la vue évoquait l'aspect de corps déshabités, d'âmes en exil. Il se pourrait bien que le maintien scrupuleux des liens avec leur milieu de vie ait permis à ces êtres de rester plus vivants. Quand nous parlons d'une meilleure qualité de vie, nous ne parlons pas ici uniquement des fonctions sociales du malade qui sont davantage préservées actuellement. Nous tenons surtout à souligner la meilleure qualité de liens affectifs qui nous semblent plus gratifiants pour le malade. Nous avons l'impression que la vie affective est davantage respectée dans les structures actuelles.

La préservation des liens dans le souci de lutter contre l'aliénation sans cesse renaissante a probablement contribué largement au maintien d'une plus grande vie intérieure chez le patient. L'objectif de maintenir dans le malade sa flamme de vie nous apparaît rendre à la psychiatrie le visage humain qu'elle a toujours souhaité depuis Pinel.

Ainsi, en posant les jalons d'un travail qui allait permettre de décoder le discours du délirant, Freud a permis au psychotique de sortir de l'isolement splendide de sa tour d'ivoire. Les médicaments ont favorisé sa sortie de l'asile. Il revenait à la psychiatrie communautaire d'intégrer ces acquis des expériences passées et d'aider le malade à réintégrer la place qui est la sienne dans son milieu.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGERET, J., 1975, *La dépression et les états limites*, Payot, Paris.
- BION, W.R., 1957, "Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities," *Internat. J. Psychoanal.*, 38.
- BION, W.R., 1959, "Attack on Linking", *Int. J. Psychoanal.*, 40.
- BION, W.R., 1968, «Théorie de la pensée», *R.F.P.*, 28, n° 1.
- BOUVET, M., 1972, *Oeuvres psychanalytiques. La relation d'objet*, Payot, Paris.
- BRODY, W.M., 1965, "On the dynamics of narcissism. Externalization and early ego development, *The psychoanalytic Study of the Child*, 20.
- FAIN, M., MARTY, P., 1959, «Aspects fonctionnels et rôle structurant de l'investissement homosexuel au cours des traitements psychanalytiques d'adultes», *R.F.P.*, 23, n° 5.
- GRUNBERGER, B., 1971, *Le narcissisme*, Payot, Paris.
- GUYOTAT, J., 1970, «Aspects du narcissisme dans les psychoses», *Évolution psychiatrique*.
- HOCHMANN, J., 1971, *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, Seuil.
- HOCHMANN, J., 1974, *Travaux scientifiques de 1969 à 1973*, Textes colligés à l'occasion de la visite au Pavillon Albert-Prévost.
- KERNBERG, O.F., 1966, "Structural derivatives of object relationship, *Int. J. Psycho-Anal.*, 47.
- KERNBERG, O.F., 1967, "Borderline personality organization, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 15.
- KERNBERG, O.F., 1968, "The treatment of patients with borderline personality organization," *Int. J. Psychoanal.*, 49.
- KERNBERG, O.F., 1970, "A psychoanalytic classification of character pathology", *J. Am. Psychoanal. Ass.* 18.
- KERNBERG, O.F., 1971, "Prognostic considerations regarding borderline personality organization, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 19.
- KERNBERG, O.F., 1975, "The Borderline Syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality." *Int. J. Psycho Anal.*, 56.
- KERNBERG, O.F., "Le diagnostic structural des états-limites," Traduction F. Peraldi, *Interprétation*, 22-23.
- KERNBERG, O. F., 1974, *Overall structuring and beginning phase of treatment of borderline patients*, Communication orale, Société Canadienne de Psychanalyse (Québec E.), avril.

- KLEIN, M., 1968, *Envie et gratitude*, Gallimard, Paris.
KLEIN, M., 1976, *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.
KOHUT, H., 1974, *Le Soi*, P.U.F., Paris.
LACAN, J., 1966, «Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je», in *Écrits*, Seuil.
LIDZ, T., CORNELISON, A., FLECK, S., TERRY, D., 1960, "Schism and Skew in the Families of schizophrenics," in Bell and Vogell, Eds, *A Modern Introduction to the Family*, Mac Millan, Toronto.
MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A., 1980, *La naissance psychologique de l'être humain*, Payot, Paris.
Mc DEVITT, J.B., MAHLER, M.S., 1980, "Object constancy, Individuality and Internalization," in *The Courses of Life*, Greenspan and Pollock, New York.
ROSENFELD, H.A., 1976, *États psychotiques*, P.U.F., Paris.
ROTHSTEIN, A., 1979, "The theory of narcissism an object-relations perspective," *The Psychoanalytic Review*, 66.
SEARLES, H., 1977, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, Paris.
SEGAL, H., 1969, *Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein*, P.U.F., Paris.

- SEGAL, H., 1982, *Mélanie Klein : développement d'une pensée*, P.U.F., Paris.

SUMMARY

The psychiatric approach has been modified by the advent of community psychiatry. The maintenance of the psychotic in his natural community requires significant resources. The team approach is one which can respond to this need. The challenger to be met persist in the care of the psychotic: respect of the individuality, of the attributes of the subject, the maintenance of the affective ties of the patient. The individual approach attempts to personalize care. But psychosis is a challenge to the caregiver. By its very nature this psychopathology tends to overflow onto the life of the team, to impede its functioning and to sow confusion, thus harming all therapeutic effort. Caregivers react by disorderly activity, affective outbursts... The team must, however, take care to maintain its caregiving function. Two clinical cases will illustrate certain of the difficulties encountered.