

ancrage

Un concept foncier dans le travail avec des personnes psychotiques.

par Dion Van Werde

L'image de l'arbre.

L'admission de quelqu'un dans notre service hospitalier se fait habituellement en raison de problèmes psychotiques et des souffrances qui y sont associées. Face à cette souffrance, notre première réaction est le désir ardent de la soulager, et le plus vite serait le mieux. L'expérience nous a cependant montré que nos bonnes intentions sont difficiles à réaliser. Parfois les problèmes sont si ardues et par conséquent les sentiments d'impuissance si accablants qu'il faut abandonner nos aspirations et apprendre une leçon d'humilité.

Un premier pas est accompli quand nous acceptons le fait que, ce que nous voyons est la seule chose que nous pouvons appréhender, et que la personne qui souffre est elle-même plutôt un témoin qu'un partenaire ou un acteur dans la situation. Ce constat a déjà à voir avec la philosophie qui inspire notre travail. J'ai, quant à moi, pu découvrir mieux cette philosophie en travaillant avec les parents et les proches des patients admis à l'hôpital. Ils ressentent la même impuissance et sont au moins aussi motivés que nous pour essayer d'éradiquer la souffrance. Lors d'un premier contact (à leur demande), le seul avis pratique que nous pouvons leur donner est d'essayer de vivre avec le fait que leur proche est dans les griffes de la psychose : ce qui constitue le premier pas dans le processus de traitement de la souffrance. Tout le reste viendra après.

Selon notre conception de la psychose, nous ne considérons pas automatiquement la symptomatologie psychotique comme le problème majeur. La vraie difficulté est d'assurer l'équilibre entre ce qui est un fonctionnement sain et un fonctionnement problématique. Ceci implique que nous présumons toujours une partie saine chez la personne avec laquelle nous nous engageons dans le travail; un noyau que nous pourrions atteindre et renforcer, même s'il paraît assez ténu. Pour nous, il y a toujours quelqu'un à qui nous pouvons nous adresser! Quand nous parlons de tout cela aux personnes de l'entourage du patient, nous leur présentons l'image de l'arbre. La partie supérieure, le sommet (les branches, les feuilles) représente tout ce qui est dans l'air, signifiant des choses telles que : les pensées, les rêves, les rêveries diurnes, les cauchemars, les délires, les hallucinations de toutes sortes, même la clairvoyance et les perceptions extrasensorielles et ainsi de suite. La partie inférieure de l'arbre, les racines, représentent tout ce qui est implanté, enraciné, solide, ferme, offrant des fondations. Les racines sont des choses comme une nourriture saine, un bon équilibre entre jour et nuit, des contacts sociaux constructifs, une place dans la société, la santé physique, un équilibre entre travail et loisirs, des soins apportés à l'apparence etc.

Si nous continuons à raisonner à propos de notre image, nous pouvons dire qu'il est essentiel qu'il y ait un équilibre entre la partie supérieure et la partie inférieure de l'arbre. Plus particulièrement quand nous devons prendre en compte un sommet volumineux, nous avons besoin d'un lit de racines en proportion. Les personnes psychotiques sont victimes de leurs pensées, de leurs fantasmes, de leurs délires etc. Elles sont submergées par cela et manquent d'un sol solide sous leurs pieds. Souvent elles n'arrivent pas à dormir, leurs habitudes

alimentaires et d'hygiène se détériorent, elles se mettent en retrait, se coupent de tout contact social. Dans notre rôle thérapeutique, nous avons tendance à être attentifs exclusivement à la symptomatologie psychotique. Notre expérience nous montre cependant qu'il est pertinent dans notre travail de s'occuper aussi de la restauration et du renforcement des fonctions de contact du patient pour nous préparer à une prise en charge du contenu psychotique par la suite. Nous expliquons aux gens que quand il y a des racines pauvres ou inadéquates, il suffit d'un faible souffle de vent pour faire tomber l'arbre. Ce n'est pas tellement le volume exagéré du sommet qui est le problème que la pauvreté de l'enracinement. Du point de vue thérapeutique, il s'agit là d'une image positive de l'homme qui non seulement éveille l'espoir mais offre aussi quelques prises à saisir quand on s'embarque dans un voyage thérapeutique.

L'importance des racines.

Parfois, il nous est arrivé à nous aussi, des personnes "saines", d'expérimenter des choses étranges. Qui n'est pas familier avec le phénomène de s'entendre appeler par son nom dans la rue? Si, curieux ou même inquiets nous avons voulu savoir d'où vient l'appel, et qui a crié, il s'est avéré qu'il y avait malentendu, que le son était similaire, mais qu'il ne s'agissait pas d'un nom, à moins que c'était un nom comme le nôtre mais quelqu'un d'autre était concerné. Pendant une fraction de seconde, nous avons eu l'opportunité de réaliser ce que cela peut signifier de vivre dans un monde rempli de ce genre de "malentendus". Une personne "saine" peut facilement ré-embrayer du côté de son bon sens sans perdre le contrôle ou être submergée par ce genre d'expérience étrange mais passagère. Nous pouvons dire qu'une telle personne, en dépit d'un moment de doute existentiel possible, a réussi à rester enracinée dans la réalité quotidienne, dans le monde tel que "nous" le connaissons, dans la réalité partagée. Entendre l'appel de son nom est une situation relativement facile à gérer. Qu'est-ce que se serait de l'entendre la nuit, perturbant notre sommeil et enclenchant un cycle d'anxiété et d'agitation qui engendre encore plus de tourmente auditive? Et Si l'appel est très fort et hostile? Et si cela arrive au milieu d'une dispute avec votre mari ou au cours d'une réception où vous êtes sensé accueillir les invités? On peut donner de nombreux exemples de ce genre d'expériences qui mettent en danger le contact. La question est toujours : êtes-vous assez enraciné pour pouvoir contrebalancer ces expériences avec des fonctionnements sains? Votre système d'enracinement peut-il supporter un sommet aussi étendu? Si non, est-ce un problème momentané (dû au manque de sommeil, au fait d'avoir pris des drogues, lié à un épisode émotionnel)... ou est-ce d'ordre structurel, ce qui veut dire que vous êtes en route vers un effondrement, puisque votre niveau de ressources psychologiques est si bas que tout stress supplémentaire va déclencher davantage de vécu psychotique, quelles que soient les circonstances.

Pour toutes ces raisons, nous ne sommes pas automatiquement favorables de faire immédiatement une coupe iatrogène¹ au niveau du sommet de l'arbre chez les gens qui viennent chercher de l'aide. Au mieux, nous considérons ce type d'intervention comme une tentative de gérer la situation problématique. Dans un contexte hospitalier et à l'intérieur des limites du système (compte tenu de l'effectif du personnel, de la responsabilité de 20 lits etc.) nous faisons un compromis en utilisant des médicaments, étant donné que les ressources pour offrir des relations thérapeutiques sont limitées et, qui sommes-nous de toute façon, pour affirmer que celles-ci seraient toujours suffisantes comme moyen thérapeutique? Ainsi, quand quelqu'un entend des voix par exemple, nous essayons de nous engager avec ce client dans une relation afin de trouver ensemble la nature du problème, voir comment une distance peut

¹ iatrogène [jatR&n] adj. MED Se dit d'une maladie provoquée par le traitement d'un médecin. © Hachette Livre, 1998

être établie vis à vis du problème pour pouvoir le travailler, et nous allons chercher ensemble à savoir quelle est la chose la plus urgente à faire et comment il faut envisager l'avenir.

À propos du sommet de l'arbre.

Bien sûr, si le patient le désire, on peut le libérer de sa symptomatologie avec une relative facilité. On peut obtenir cela par des médicaments ou des électrochocs. Le prix à payer pour une telle intervention est toujours une réduction radicale du sommet de l'arbre, c'est à dire la perte d'une qualité de vie inhérente qui y trouve ses ressources. Ici on peut faire le lien avec la notion de Prouty du fonctionnement pré-expressif. Le comportement psychotique est considéré comme significatif, comme un moyen de gérer quelque chose et aussi une forme d'expression, qui cependant n'arrive pas à atteindre le niveau nécessaire à une communication congruente. Néanmoins, si l'on ignore, dénie, néglige ou manque d'écouter attentivement ces modes de fonctionnement, on sous estime leur répercutions sur le processus thérapeutique. Comme le décrit Prouty théoriquement en illustrant avec des exemples de cas, les hallucinations peuvent être la voie royale vers l'inconscient². Notre conviction est que la science est encore trop limitée pour comprendre l'ensemble des dynamiques impliquées dans ce genre de fonctionnement. Qui plus est, la relation entre fonctionnement psychotique et perceptions extra- ou supra-sensorielles est relativement peu exploré. D'ailleurs, c'est étonnant que Carl Rogers ait seulement vers la fin de sa vie commencé à donner une place à de tels aspects de la vie³.

Ce que j'ai appris est qu'il faut être vraiment ouvert, pour que les gens commencent à vous faire confiance fondamentalement et vous acceptent comme compagnon dans leur voyage. Prouty expose différents cas d'hallucinations visuelles dont la trace a pu être remontée jusqu'à l'expérience originelle qui en fut le point de départ. Je crois qu'il n'y a pas beaucoup parmi nous qui ont accompli ce type de thérapie. Pour moi, cela a à voir avec le niveau de congruence du thérapeute. Les gens qui souffrent de psychose sont particulièrement bien équipés pour détecter à distance la différence entre ceux qui sont suffisamment enracinés en eux-mêmes, sincères et capables de servir de contenant et ceux qui vont leur jouer des tours. A mon avis, c'est seulement quand les conditions sont optimales, que les personnes prennent le risque de vraiment regarder leurs expériences, particulièrement si celles-ci sont à ce point intimes, délicates et susceptibles de provoquer des états d'anxiété comme les expériences qui gênèrent la psychose.

Le traitement consiste à contacter la partie de la personne qui est encore enracinée et qui fonctionne et à établir une alliance avec cette partie qui peut traiter la situation de manière congruente ou qui a gardé encore une certaine force. En tant que psychothérapeute et facilitateur de contact, nous essayons d'entrer en contact avec cette partie, de l'accompagner, de renforcer l'enracinement et d'aider progressivement la personne à maîtriser de nouveau la situation. Peut-être plus tard la personne va devenir assez forte pour permettre au thérapeute de travailler dans le sens de l'intégration de ces expériences horribles et menaçantes. Il s'agit cependant d'être réaliste. Chaque personne est unique et certains peuvent faire davantage de progrès thérapeutiques que d'autres. Certains ont plus de courage, d'autres plus de force, d'autres encore ont davantage souffert et sont réellement endommagés, certains ont des proches pour les soutenir, alors que d'autres n'ont jamais eu le sentiment de pouvoir faire

² Prouty, 1994 : 88

³ Brian THORNE

confiance à quelqu'un. Un autre groupe ne souhaite pas abandonner un équilibre acquis puisque la souffrance psychotique actuelle leur semble beaucoup moins nocive que de faire l'expérience de la réalité traumatique sous-jacente. Chaque processus est différent. Chaque quête pour gagner force et santé est unique, ainsi que chaque processus thérapeutique. Aider quelqu'un est un acte créatif Le thérapeute doit vraiment chercher avec assiduité un moyen d'atteindre cet être humain particulier, notre semblable, essayer de comprendre comment créer une relation et comment renforcer le sens d'être ancré. Parfois cela revient à s'engager dans un projet à vie.

Cette façon de considérer les problèmes peut être puissante. À l'égard de la littérature centrée sur la personne et plus spécialement expérientielle, les choses que nous essayons de faire correspondent à la ligne générale de la théorie. Il est possible de conceptualiser la fonction de la thérapie comme une prise de distance par rapport au problème. Si nos clients peuvent nous joindre dans l'image de l'arbre, cela veut dire que la distance par rapport à leur fonctionnement psychotique est acquise. Vous pouvez regarder votre problème. "Vous" n'êtes pas identique au "problème". Ceci est un point de départ excellent pour une future thérapie. Le thérapeute sera peut-être autorisé à devenir un allié du "Vous" du patient et peut-être dans un "dialogue à trois" entre patient, thérapeute et problème, les choses peuvent être travaillées. Peut-être, et probablement très progressivement, les clients peuvent devenir eux-mêmes, capables de décoder et d'intégrer leur expérience psychotique. Ce que nous disons cependant aux gens c'est que les extrêmes demandent à être équilibrés et que chacun a besoin de trouver pour lui-même, en fonction du degré de sa force, quelles sont les priorités thérapeutiques pour le moment et quelle pourrait être le volume du sommet de l'arbre par rapport aux racines dont il dispose. Dans presque tous les cas, leur faire accepter le fait qu'ils sont en train de perdre le contrôle et leur faire comprendre que le renforcement de l'ancrage est prioritaire, devient le projet principal pour les gens admis dans notre service hospitalier. Après un moment, ils découvrent qu'ils n'ont peut-être plus besoin de se préoccuper exclusivement de leur problème mais peuvent travailler à créer un équilibre entre l'ancrage et les diverses expériences aliénantes. En d'autres termes, nous essayons de découvrir comment des contacts réparateurs peuvent être entrepris.

L'application de la pré-thérapie dans la pratique.

Le point de départ de notre réflexion sur la pleine signification du travail de contact en tant que réponse à un besoin et même au droit à l'ancrage vient de la pré-thérapie élaborée par Garry Prouty. Même la conscience de la réalité de l'environnement concret peut parfois être problématique en soi. Bien trop souvent, une admission à l'hôpital augmente ce genre d'aliénation et renforce et exaspère ce type de perte de contact. Nous nous sommes demandés comment et de quelle façon, par les moyens de l'ancrage, cette tendance pourrait être renversée d'une manière thérapeutique. La question qui se pose, est de savoir quels sont les besoins qui sont à restaurer, à ancrer d'abord (c'est le gâteau), si nous voulons faire de la thérapie par la suite (c'est le glaçage).

Théoriquement, nous pouvons parler de différentes couches d'ancrage qui vont la main dans la main avec différentes sortes d'efforts de contact réparateur. Nous parlons de quatre types d'ancrage différents qui peuvent servir de référence quand on décide quel genre de contact nous souhaitons offrir aux clients avec lesquels nous travaillons.

1. - Contact existentiel : le droit d'exister simplement et d'être reconnu en tant que membre de l'humanité. Ce droit est supposé être garanti par la société.

2. - Contact psychologique la conscience concrète de la réalité (des gens, des lieux, des événements, des choses), d'états affectifs et la capacité de communiquer avec tout cela d'une manière congruente et socialement compréhensible. Lorsque ce type de contact manque, la pré-thérapie peut être utilisée individuellement afin de restaurer ce type de contact.

3. - La consolidation et le renforcement des fonctions de contact restaurés. Ceci peut se faire à travers des exercices individuels ou ensemble avec d'autres gens dans un «milieu facilitateur de contact», par exemple le contexte d'un hôpital psychiatrique résidentiel, comme celui où mes collègues et moi travaillons.

4. - Contact culturel. Se sentir membre d'un groupe élargi peut reconstruire notre identité culturelle. Nous allons illustrer comment cela peut se faire au moyen d'une participation aux activités de loisir soigneusement réfléchies et par le fait de rencontrer des objets culturels.

Nous allons nous limiter ici à expliciter comment nous travaillons avec la dernière catégorie. Des exposés concernant des efforts de contact dans d'autres domaines ont été décrits de manière extensive dans d'autres publications.

Le droit d'exister.

Le droit d'exister, d'être un membre de la famille humaine, et le droit de recevoir de l'assistance thérapeutique peut être considéré comme fondamental, mais on s'y réfère rarement de manière explicite et ce n'est pas garanti partout. Comme le souligne le Dr Henriette Morato (Sao Paulo Université du Brésil) les enfants des rues du Brésil qui deviennent autistes vivent dans un dénuement total à l'égard de tout, et sont privés même du droit fondamental d'exister. Leur vie est continuellement en danger. Le Dr Morato a entrepris un travail de pionnière avec la pré-thérapie appliquée à ces enfants et y a trouvé un outil puissant et souvent efficace pour entrer en contact avec eux. Néanmoins nous devons être conscients que la pré-thérapie individuelle n'a de sens que si le droit fondamental d'exister est assuré par ailleurs. Des interventions thérapeutiques dans ces cas doivent aller de pair avec une analyse sociologique et une action politique. Les enfants sont totalement déconnectés de tout (des racines généalogiques, des liens familiaux, d'un habitat humain, de toute ressource économique, de l'éducation, des soins, de la sécurité) et sont à 100% abandonnés à eux-mêmes, essayant de survivre minute après minute.

Le droit fondamental d'exister est le droit au contact dans sa forme la plus élémentaire et universelle. Si nous considérons la situation en Belgique, nous voyons que le premier niveau de contact est presque évident, même pour des groupes qui ne sont pas considérés comme profitables ou intéressants pour la société. Structurellement, à travers un système de sécurité sociale étatique ou à travers une solidarité spontanée, Ces gens reçoivent de l'aide. Il est intéressant de noter que dans mon pays et au Pays Bas, des thérapeutes qui travaillent avec ce type de population ont récemment découvert l'œuvre de Prouty comme une des sources de leur inspiration. Ils y ajoutent Peters (1992) pour son travail avec des enfants déficients mentaux, Verdult (1993) pour son travail expérimental avec des personnes séniles et Van Werde et Willemaers (1992) pour leur travail avec des personnes psychotiques chroniques.

Le Contact psychologique.

Chaque être humain a le droit d'être en contact avec des gens, des liens, des événements et des choses, le droit d'être conscient de ses propres processus affectifs et le droit

de contacter autrui à travers une communication congruente. Dans le langage de la pré-thérapie, le droit fondamental d'exister veut dire psychologiquement le droit d'avoir un contact avec la réalité, un contact affectif et un contact de communication. Pour cette raison le thérapeute, une sorte *d'alter ego*, reflète d'une manière existentielle et empathique les choses qui se passent avec et autour du patient. Le thérapeute fait des propositions pour qu'il y ait davantage de relation et de sentiment. Comme le dit Prouty - et ce faisant il se réfère à Rogers (1966) et à Gendlin (1968) - la pré-thérapie est une pré-relation et une activité pré-expérientielle⁴.

Le fait d'être déconnecté psychologiquement des autres et de la réalité environnante peut souvent être observé à travers le comportement de ceux qui vivent dans une chambre d'hôpital. Une chambre d'hôpital sans décoration, avec rien de personnel dedans, rien qui se réfère à un ailleurs, avec seulement un lit et une table, peut être interprété de manière hypothétique comme révélateur d'une perturbation psychologique. Cela donne l'impression que personne n'est chez soi. D'un autre côté, une chambre avec ours en peluche, des cartes d'anniversaire, des dessins d'enfants, des tracées ou des schémas accrochés au mur qui présentent comment un problème est analysé et traité, indique clairement la présence d'une personne qui a des points de contacts avec l'extérieur et l'intérieur. "Extérieur", dans ce contexte veut dire des connections avec l'environnement social et matériel, alors que "intérieur" veut dire conscience de son espace psychologique personnel.

L'organisation d'un milieu de contact.

La notion de séances de pré-thérapie individuelles dans le but de restaurer le contact (voir Prouty) pourrait être développée. Ce qui est théoriquement important est le pas entre une approche individuelle et celle d'une équipe et la différence entre des efforts visant la restauration du contact et ceux qui ont pour but de renforcer le contact. Ceci a été élaboré dans Van Werde (1995-1998). On associe le premier type d'effort avec la pré-thérapie individuelle - même si cela se passe au niveau des interactions brèves et informelles entre infirmiers ou thérapeutes et patients, le second se présente sous forme d'exercices qui peuvent être soit, mises en place individuellement ou en groupe, par exemple au cours d'une réunion des patients⁵ ou en groupe d'entraînement à la perception⁶. La caractéristique essentielle du milieu thérapeutique est que l'équipe soit attentive au processus thérapeutique aussi bien qu'au fait de consolider et d'élargir le domaine de ce qu'on appelle "fonctionnement sain" tout en reconnaissant que dans la pratique quotidienne les deux sont constamment imbriqués et se ressemblent beaucoup. Un tel travail exige un haut degré de professionnalisme et une attitude d'accueil phénoménologique.

Le travail d'ancrage culturel.

Si les contacts mentionnés ci-dessus sont tous présents, c'est à dire que le droit d'exister est assuré, l'existence n'est plus menacée de l'intérieur ou de l'extérieur, le contact est établi avec l'ici et maintenant concret avec une chance véritable de renforcer l'ancrage, alors nous pouvons considérer que la personne est un membre du groupe. Le fait que moi, en tant qu'habitant de la Belgique, vis dans cette région, en ce moment, me donne quelque chose de

⁴ Prouty, 1994 : 36

⁵ Van Werde, 1994

⁶ Delen, 1995

commun avec d'autres gens, de la même région. Cette identification (un genre d'ancrage) permet aussi de définir ma propre individualité. D'une certaine façon, ceci est évident. Comme membre de la même nation, nous parlons probablement la même langue, nous avons les mêmes rituels, nous fréquentons souvent les mêmes lieux de vacances, avons la même histoire, les mêmes souvenirs et ainsi de suite. Par exemple, "notre" roi Baudouin I, fut très populaire et aimé et à sa mort, il y a quelques années, des gens de tous les milieux portaient le deuil, ne parlaient que de cet évènement, ce qui donnait un sentiment de lien. Nous pouvons comparer cela au jour où le président des États Unis, John Kennedy, fut assassiné, où quand Martin Luther King mourut. Ces souvenirs ne sont même pas limités à des nations, ils font partie de la mémoire collective Euro-Américaine. Ils peuvent très bien servir de base pour une identification. Ils peuvent de ce fait être une aide pour la reconstruction de sa propre histoire et pour le renforcement de sa propre identité comme personne.

Dans le contexte de notre service hospitalier, nous travaillons délibérément sur ces idées. Progressivement nous avons pu nous rendre compte combien subtilement cette sorte d'ancrage joue son rôle dans la vie de tous les jours. Par exemple, qui n'est pas touché en voyageant à l'étranger, d'entendre dans le coin de l'hôtel sa propre langue?

Ceci peut être un rehaussement pour notre ancrage. C'est encore plus puissant pour quelqu'un d'origine flamande dont la langue maternelle est seulement parlée dans le nord de la Belgique, aux Pays Bas et en Afrique du Sud. La même chose quand nous tombons sur un journal dans notre propre langue ou quand nous avons réussi à trouver un téléphone pour parler avec nos proches à la maison. De tels moments sont chargés du sens de l'ancrage. Parmi les autres choses qui nous aident dans notre ancrage quotidien il y a les saisons, les jours fériés religieux ou laïques etc. Ils servent implicitement de points d'ancrage au cours de l'année. D'ailleurs, quand nous sommes stressés, nous choisissons un environnement d'ancrage connu, prévisible et de ce fait sécurisant, pour nous détendre. Le thème de l'ancrage est souvent prééminent, même si nous ne le réalisons pas pleinement et n'en sommes pas constamment conscients. Nous avons remarqué que le fait d'être admis dans un hôpital peut illustrer combien un déplacement dans un autre environnement peut être aliénant. Nous marchons dans un corridor, et le corridor a la même apparence que celui d'un autre hôpital en Belgique. Tout se ressemble, tout a la même odeur, chacun est habillé pareil, tout le monde se comporte de la même façon. L'impact total est stérile, impersonnel. Les hôpitaux ont souvent peu d'identité, aucun caractère particulier... il pourrait s'agir de n'importe quel hôpital, n'importe où.

Puisque nous faisons un point de renforcement d'ancrage culturel dans notre service, il est clair que nous devons offrir à nos patients quelque chose qui soit bénéfique pour chaque individu dans le groupe. Un projet de décoration intérieure et la façon dont nous organisons les activités de loisir illustrent ce point.

Nous avons conçu un projet de décoration intérieure et décidé de placer différents objets d'ancrage culturel dans la salle de séjour⁷. Nous avons, par exemple, des coupes avec des coquillages provenant des plages belges de la Mer du Nord. La Belgique a une côte et la plupart des gens y vont pour passer leurs vacances et tombent sur des coquillages et les collectionnent parfois. Nous avons aussi des coupes avec des timbres poste belges. Nous avons quelques reproductions de monuments belges comme le Lion de Waterloo une statue en mémoire de la défaite de Napoléon - et l'Atomium, le pavillon belge de l'exposition universelle de 1958. Nous avons une vieille carte de la Belgique sur le mur avec chaque petit village indiqué. De cette façon chacun a une chance de se reconnecter avec le lieu de sa naissance où celui où il a vécu. Nous avons des bandes dessinées belges, des Smurfs, Lucky Luke, Tintin etc. Nous avons des livres sur des gens célèbres comme Eddy Merckx, le

⁷ voir Van Werde et Van Akoleyen, 1994

cycliste, et le Père Damien qui s'est consacré aux lépreux à Moloka et qui fut béatifié par le Pape Jean Paul II à Bruxelles récemment. Nous avons un morceau de dentelle précieuse belge encadré au mur.

La raison d'être de ces objets est d'offrir un moyen de contacter une identité plus large (culturelle). Les gens - les patients aussi bien que le personnel soignant et les visiteurs - font des remarques du genre: "Oh oui, lorsque j'étais enfant, j'ai visité le Lion de Waterloo avec ma classe", ou "Ma grand-mère vit près de la mer et elle a une collection de coquillages comme celle-ci", ou "J'avais beaucoup de livres de bandes dessinés avant de tomber malade". Ainsi, le projet remuait les individus en les confrontant avec des choses culturellement significatives. Il en résulte une communication, une identification a lieu, et cela facilite grandement le contact. Chez des gens moins enclins à la parole, on pouvait voir leur visage changer lorsqu'ils entraient en contact avec un de ces objets. Nous pouvons alors commencer à travailler en reflétant leurs expressions faciales, dans le but d'établir le contact affectif en réagissant ou en nous reliant à ces aspects de leur être, d'un niveau bas mais cependant très concrets.

Un autre exemple de comment aller à l'encontre d'aliénations non nécessaires, en offrant la possibilité d'un ancrage, est la façon dont nous organisons les activités de loisir du service. Ces activités consistent à aller visiter un musée, à jouer des jeux, à faire une promenade et ainsi de suite. Nous nous sommes rendus compte progressivement des possibilités de contact qu'offrent ces activités. Par exemple, près du village où notre hôpital est installé, l'université de la ville de Gand entretient des serres tropicales dans son jardin botanique. Nous avions l'habitude d'y aller, mais nous y avons renoncé parce que ce n'était pas le genre de lieu qui peut ancrer nos patients. Ils ont déjà tellement de difficultés à rester en contact avec la réalité d'un environnement "normal" que nous ne souhaitons pas les confronter avec un environnement tropical artificiel, avec une végétation exotique étrange, des températures élevées et beaucoup de moisissures, ce qui est très inhabituel, pour ne pas dire inconnu dans notre climat. À présent, nous allons régulièrement chez une femme à deux pâtés de maisons de l'hôpital, qui a un jardin d'herbes très agréable et élève des abeilles pour produire du miel. Elle nous fait visiter son jardin et partage avec nous ses connaissances de la nature. En faisant cela, nous travaillons avec ce qui pousse ici et maintenant et ceci aiguise le contact avec la réalité de tous les jours. Cela permet aussi aux gens de s'ouvrir à toutes sortes de processus cycliques qui se manifestent dans la nature. En y allant régulièrement, non seulement notre connaissance en botanique, mais aussi notre relation personnelle avec cette femme, son jardin et ses animaux s'approfondit. Parfois elle vient à l'hôpital pour se promener dans nos jardins et parler de la vie de «nos» plantes. Il s'agit là d'expériences que nous valorisons beaucoup car elles aident à l'ancrage.

Puisque nous travaillons avec 20 patients, dont certains sont en état de crise psychotique aiguë et d'autres en remissions, notre proposition de contact doit convenir aux gens quel que soit leur niveau de fonctionnement. Des gens qui sont dans un état aigu ont besoin seulement d'activités très concrètes. D'autres ont besoin de plus. On encourage ceux-ci à reproduire quelques oeuvres d'art que nous avons vues ou de préparer un exposé sur un sujet qui les intéresse spécialement ou qu'ils maîtrisent particulièrement. Nous devons être conscients des différents niveaux d'ancrage et commencer par là. Nous ne voulons ni paraître exotiques et extrémistes, ni tomber dans une attitude chauvine. Nous avons eu des gens dans notre service venus d'autres cultures et nous leur avons offert la chance de s'ancrer de nouveau dans leur culture d'origine. La deuxième langue d'une patiente était l'anglais. Elle était belge mais élevée en Angleterre. Quand elle faisait un séjour à l'hôpital - et à la demande de plusieurs patients nous l'avons incitée à donner quelques leçons d'Anglais élémentaire aux autres patients et aux infirmiers. Pour elle c'était favorable à l'ancrage puisque cela lui permettait de vivre de nouveau une partie d'elle-même qui avait été cachée pendant de

nombreuses années. Pour d'autres participants à notre programme, suffisamment ancrés, c'était un défi d'essayer de voir où ils en étaient avec leurs notions d'Anglais. Une autre patiente, avec des grand-parents en Inde, s'est adonnée à une activité de cuisinière. Elle fit un plat de riz avec des herbes spéciales qu'elle avait apportées. Pour la femme elle-même, cela signifiait de s'ancrer de nouveau dans sa culture d'origine, puisqu'elle était née en Inde et y avait vécu pendant plusieurs années. Pour quelques personnes intéressées, c'était enrichissant de la rencontrer en tant que personne et à travers elle une autre culture.

La planification de ces initiatives, qu'ils s'agisse du projet des objets d'ancrage culturel ou des activités de loisir, se fait lors des réunions hebdomadaires⁸. C'est une occasion qui engendre une dynamique favorable à l'ancrage dans le service. Par exemple, le facteur temps est ainsi introduit: la semaine prochaine nous allons faire ceci, la semaine dernière nous avons fait cela. Qui va s'occuper de cela? Qui est intéressé en ceci? Lorsque de telles choses se produisent, nous utilisons cette matière pour faire du contact. Nous soutenons et renforçons une conscience de la réalité et de l'affect déjà restaurée et nous alimentons la communication. C'est seulement de cette façon qu'un milieu de contact peut se créer et avoir son impact. De l'autre côté nous essayons de nous assurer que nous n'en faisons pas trop. Ainsi nous n'organisons qu'une activité de loisir par semaine. Si nous sortons, nous essayons de ne pas combiner ce projet avec autre chose. Puisque visiter le musée prend déjà beaucoup d'énergie en soi, nous utilisons notre propre moyen de transport pour nous y rendre afin d'éviter des changements compliqués de bus et ainsi de suite. Nous essayons de ne pas surcharger le programme parce que les gens qui ont le plus besoin d'ancrage sont généralement ceux qui fonctionnent au niveau le plus bas.

Conclusion.

Dans ce chapitre j'ai essayé d'explorer les approches essentielles dans le traitement des gens ayant des problèmes psychotiques. "Le travail de facilitation de contact" et "l'offre d'ancrage" sont des termes destinés à rendre ces approches plus explicites. L'ancrage commence avec le droit de recevoir des soins et, encore plus fondamentalement, avec le droit d'exister. Additionnellement, de différentes façons et à différents niveaux, nous pouvons offrir des choses d'un genre similaire tel que la pré-thérapie individuelle pour restaurer le contact psychologique. Nous pouvons combiner cela explicitement avec des exercices et des initiatives pour renforcer l'ancrage collectivement. Nous avons appelé cela l'organisation d'un milieu de contact. En parallèle avec tout ceci nous pouvons utiliser des éléments de l'environnement culturel pour construire une identité: l'ancrage culturel. Qui est celui-ci? Où suis-je? Comment je fais ça? Qu'est-ce que ça veut dire? Qu'est-ce que je ressens? Qu'est-ce j'ai expérimenté? D'où est-ce que je viens? Que font mes proches? Qu'est-ce que j'ai en commun avec d'autres en quoi suis-je différent? Comment je développe mes propres projets, mon propre avenir?

Ne sommes nous pas constamment aux prises avec ce genre de choses qui font de toute évidence partie de notre réalité d'être humain?

Traduction; *H. Hennemann*

⁸ Van Werde, 1994