

LE TRAVAIL AVEC LES SCHIZOPHRENES

Introduction

La visite de schizophrènes dans un établissement de support de groupe m'a fait rencontrer souffrance et désespoir. Cependant il y avait également des moments où je pouvais rire avec des personnes qui souvent nous semblent si étrangères. Mon article commencera donc par l'aspect enjoué que peut occasionner une telle relation d'aide. Je veux par là démontrer qu'il est possible de partager des moments de grande joie quand on travaille avec des schizophrènes comme l'illustrent les deux anecdotes ci-dessous.

L'habituelle réunion du groupe des résidents prenait place comme chaque mercredi après-midi. Cette fois-ci, la discussion était centrée sur la frayeur qu'un participant éprouvait devant la crainte de rencontrer ou d'être poursuivi par le diable dans ce même établissement. Tous les participants tentèrent d'atténuer la frayeur du sujet. Tout d'un coup, l'un d'entre eux fut bien inspiré. "Nous pourrions installer, dans notre établissement, un système électrique d'alarme sensible aux vibrations du diable et qui se déclencherait dès son approche!" Cette solution parut si absurde à chacun, y compris la personne concernée; qu'elle provoqua un énorme éclat de rire général.

Une autre fois, un patient, visiblement troublé, s'approcha de moi et me dit : "Je recommence à entendre des voix". A ma question lui demandant ce que lui disaient ces voix, il répondit après un petit moment de réflexion. "Elles restent silencieuses".

Si j'ai introduit le sujet avec quelques exemples amusants, c'est pour souligner que l'humour et l'optimisme, dans la relation thérapeutique, n'aident fréquemment à trouver un climat de confiance au milieu des plaintes et des régressions de mes clients. Ces caractéristiques m'ont permis également de les accompagner longtemps sans attendre le moindre changement.

Le centre de soutien et d'accompagnement dans le service psychosocial de Vienne ("Psychosozialer Dienst Wien")

C'est le service communautaire de la santé mentale, le "Kuratorium für Psychosoziale Dienste" qui procure, à Vienne, les soins psychiatriques aux patients "de jour". Dans huit services régionaux de consultation externe, des médecins et des travailleurs sociaux prennent en charge le suivi médical ainsi que les besoins d'ordre pratique ou juridique de leurs patients. Chacun de ces services est en contact constant avec "un centre de jour" et "une résidence de groupes". Les centres de jour sont destinés à l'adaptation des patients dans un programme structuré qui, généralement, les prépare à une réintégration occupationnelle. C'est dans les résidences de groupe que s'effectue le traitement de soutien dans le cadre normal d'un logement. Le but de ces logements de soutien est d'amener les patients à s'adapter doucement et à reprendre plus confiance en eux, ce qui leur permettra plus tard de vivre d'une manière autonome.

La plupart des occupants de ces résidences sont des patients schizophrènes. Le travail thérapeutique est destiné à leur faciliter l'interaction sociale, à leur réapprendre également les gestes nécessaires à la vie quotidienne, ce que le plus grand nombre a oublié en raison de leurs fréquentes

hospitalisations. Le schizophrène chronique a une forte tendance à s'isoler et à "s'exclure" socialement. Dans la résidence, il doit partager et participer aux activités quotidiennes du lieu; c'est là déjà une démarche très difficile et qui est en soi thérapeutique. Vivre ensemble et partager est thérapeutique et cette résidence est donc thérapeutique. Comme le souligne d'ailleurs Uchtenhagen (1980, p.237) à propos de son expérience dans le milieu psychiatrique : "Les conditions de vie sont fondamentales dans le cours de la maladie comme pour le traitement des patients psychiatriques".

Les résidences du "service psychosocial" offrent au patient une possibilité de quitter les soins institutionnalisés des hôpitaux psychiatriques pour mener une vie privée et indépendante dans son propre appartement. Il a déjà été prouvé que le fonctionnement de ces résidences contribue avec succès à la réussite de nombreux patients dans leur réinsertion sociale. (Eikermann et Peker, 1991, Macmillan et Hornblow, 1992). C'est pour cette raison que Hegan et Carling (1992, p.216) revendiquent que "Toute personne souffrant d'une maladie mentale chronique doit pouvoir vivre... dans un milieu qui maximalise son intégration dans les activités communautaires et sa capacité à "fonctionner indépendamment".

Mais quel est cet élément de soutien qu'offrent ces résidences? Il consiste d'abord à exposer le patient uniquement aux situations dans lesquelles il se sent à l'aise, en évitant autant ce qui le protège trop que ce qui le stresse. Ensuite, on introduit quelques situations qui exposent le patient à la réalité et lui permettent, en toute liberté, d'entreprendre de petites démarches "expérimentales". Sandal, Howley et Gordon (1975, p.617) insistent sur le fait que ce type de programme résidentiel soit flexible et modifiable afin d'être adapté aux besoins spécifiques de chacun, au fur et à mesure de sa démarche. Ils affirment qu'en un tel environnement de nombreux occupants ont pu profiter de ces expériences et en faire... "Un point de départ vers leur autonomie et leur développement personnel".

Logements de support et psychothérapie : Cadre et structure

La plupart des patients admis dans les résidences ont derrière eux une longue histoire de traitements qui inclut généralement plusieurs séjours en hôpital psychiatrique. Entre-temps les patients se rendent dans les cliniques de jour citées plus haut. Environ deux tiers des patients vont directement de l'hôpital psychiatrique aux résidences de groupes. Ainsi, dès leur arrivée, l'équipe d'accueil les connaît déjà bien et souvent depuis longtemps.

Ce cadre thérapeutique avec des schizophrènes en résidence est bien particulier. Plutôt que d'attendre leur visite, je me rends chez eux, régulièrement, quotidiennement. Certains patients n'apprécient pas ces visites quotidiennes et cela prend souvent beaucoup de temps avant qu'ils acceptent d'établir une relation avec moi et de cesser de me considérer comme une intruse qui les espionne.

Voici par exemple une des manières plutôt atypiques utilisées pour créer une relation dans le cadre résidentiel. Un de nos locataires, un homme de trente-deux ans, avant de nous être amené, avait l'habitude de dormir dans les poubelles et ne survivait que par le vol et la mendicité. Au début, il refusa toutes mes visites, il se sentait surveillé et voulait rester seul. C'est seulement après avoir compris et accepté qu'il considérait sa chambre comme un lieu extrêmement intime et privé que je lui proposai de le rencontrer en promenade. Il commença alors à me faire confiance et à parler de lui.

Un avantage qu'offre ce cadre thérapeutique est de permettre d'ajuster la fréquence des rencontres suivant le besoin de chacun. Ainsi, ma disponibilité et la rapidité d'intervention durant des moments de crise peuvent parfois éviter des ré-hospitalisations.

Le traitement des schizophrènes comporte plus d'une difficulté : entre autres, l'usage de neuroleptiques. En effet, celui-ci est généralement reconnu comme indispensable dans le processus thérapeutique des schizophrènes. Les résidents poursuivent donc leur traitement médicamenteux dans la clinique de jour associée à la résidence. En fait, des visites régulières chez un psychiatre assigné de la clinique de jour et la prise régulière des médicaments prescrits sont une condition sine qua non d'admission à la résidence collective. Néanmoins, la réalité démontre que, souvent, de nombreux patients cessent de respecter ces conditions. Les patients schizophrènes refusent souvent prendre leurs médicaments. En psychothérapie, ils en parlent et s'en plaignent. Les raisons sont multiples; dans la pratique psycho-thérapeutique, il est important d'identifier et de comprendre ces raisons et d'y remédier.

Si un patient refuse le traitement médicamenteux à cause d'effets secondaires déplaisants, je l'envoie chez son médecin responsable. Je l'encourage à en discuter directement avec lui. Il est fondamental, à mon avis, de ne pas considérer ceci simplement comme un refus mais plutôt comme un rejet. J'aide le patient à clarifier sa relation et son comportement avec son médecin.

Parfois les patients ont d'autres raisons qui les incitent à refuser un traitement. Je me souviens d'un patient qui associait ses deux injections hebdomadaires aux coups qu'il avait reçus, petit, de son père. "Mon père abusait de moi, me battait, aujourd'hui ça continue, avec ces piqûres". C'est seulement après avoir réalisé cette association que le patient et moi-même pûmes comprendre ce refus. Après l'avoir expliqué à son médecin, celui-ci lui prescrivit un médicament de substitution à avaler.

La signification du diagnostic dans le traitement des schizophrènes.

Un diagnostic est généralement considéré comme un prérequis pour prévoir le développement d'une maladie. C'est précisément ce qu'il ne peut produire dans le cas particulier des schizophrènes.

Si l'on cherche à connaître les causes et le développement de la schizophrénie, on peut tout obtenir sauf une conclusion claire et précise. Les concepts aussi larges soient-ils; comme l'étiologique "Vulnerability-Stress-Model (Zubin, 1977; Nüchterlein et Dawson, 1984) ou encore une terminologie prudente ("groupe de schizophrénies") témoignent des contradictions et des multiples manifestations provoquées par la "schizophrénie". Ainsi Pao affirme "Aucun schizophrène ne ressemble à l'autre".

Strauss affirme également, se référant aux différents développements de la maladie, qu'aucun pronostic n'est possible:

"A l'occasion d'une évaluation en suivi ambulatoire dans sa deuxième année, une femme, encore victime de fréquentes hallucinations, gérait sa vie sociale bien mieux que de nombreuses personnes "normales". Elle travaillait, s'occupait de son enfant, et prenait soin de son ménage en dépit d'un revenu très modeste, tout en étant fréquemment psychotique. Par contre une autre patiente dont les principaux symptômes avaient disparu était restée prostrée dans une pièce obscure de sa maison, ne travaillait pas et n'avait pratiquement pas contacté ses amis depuis que je l'avais vue environ deux ans auparavant pour la dernière fois, lors d'une évaluation. Ainsi, il n'y a pas qu'une mais de multiples et différentes issues."

Strauss conclut qu'en ce qui concerne la schizophrénie, le diagnostic n'équivaut pas à un pronostic..., et que s'ensuivent de nombreux développements paradoxaux incluant aussi bien des comportements normaux qu'anormaux" (Strauss, 1992, pp.20 f.).

Mais alors, quelle signification donner au diagnostic dans la thérapie des patients schizophrènes? Est-il complètement superflu?

Rogers, surtout dans ses premiers écrits, critique le diagnostic des clients; il le considère non seulement superflu, mais encore nuisible à la thérapie (Rogers, 1951). En effet, il estime que le diagnostic amène à placer la responsabilité de la compréhension et des progrès exclusivement dans les mains du thérapeute - la relation "thérapeute - client" est ainsi transformée en relation "expert - patient observé". Une telle relation rend impossible la rencontre de deux personnes.

Ma propre expérience en milieu psychiatrique confirme ce danger. Caractérisés par leurs symptômes, leurs comportements déviants, et leurs relations sociales déficientes, les patients deviennent ainsi exclus (à la dérive). L'individu, la personne active et influente, est ainsi niée. La réflexion sur plutôt qu'avec le patient m'amène à rechercher une confirmation du diagnostic et m'empêche d'établir une véritable relation avec la personne. La recherche du diagnostic d'une schizophrénie entrave sérieusement l'amorce d'une relation authentique. Les questions du genre : Dort-il bien? Prend-il ses médicaments régulièrement? Se sent-il traqué? Voit-il des changements dans son environnement? Et ainsi de suite, créent plutôt une distance et contribuent bien peu à faciliter une relation. En fait, le patient pense être examiné par un expert qui en sait bien plus que lui-même sur ce qui le trouble. Le thérapeute devient ainsi, plutôt que le patient, la personne responsable de la situation.

Plus tard, Rogers modifie sa réflexion sur le diagnostic. Il pense désormais que l'information diagnostique n'est pas importante pour le client mais qu'elle peut l'être au thérapeute. Elle lui procure parfois une certaine sécurité qui lui permet de rencontrer le client avec plus d'empathie et d'acceptation (Rogers, 1957). Binder et Binder (1991, p.34) insistent également sur cet aspect du diagnostic. Ils s'accordent à dire qu'ainsi le thérapeute appréhende mieux certains des comportements bizarres de son client. Un diagnostic s'établit par lui-même, surtout quand le thérapeute pratique avec des patients schizophrènes.

Cain (1989, p.175), également, ne considère pas nécessairement le diagnostic comme étant un désavantage. Pour lui, diagnostic ne signifie pas la perte simultanée de l'indépendance ou des droits des patients. Dans son "Collaborative Model" du diagnostic, il place une responsabilité substantielle et active du diagnostic sur le patient. Dans ce modèle, le thérapeute n'est qu'un assistant dans la procédure d'auto-diagnostic par le patient lui-même. Diagnostic et thérapie sont inséparables. Ici, le diagnostic est un élément de recherche dans la "découverte de soi".

Ma connaissance de la schizophrénie permet de m'adapter à chaque individu dans notre recherche commune de la "découverte de soi". Cette connaissance me facilite l'accès à l'autre. Je serai donc moins effrayée par son comportement étrange et serai capable de mieux comprendre ses réactions sporadiques de distanciation ou d'intimité. J'accepterai mieux et plus facilement ses régressions et la stagnation thérapeutique. Schmid souligne également qu'une "classification différentielle de la souffrance" se justifie, et s'impose même, quand elle mène le patient à une meilleure compréhension et le thérapeute à une meilleure empathie et congruence (Schmid, 1992, p.112). D'autre part, l'ignorance et le manque d'expérience peuvent mener au contraire à des erreurs thérapeutiques et à une rupture de la relation.

Le diagnostic n'est donc ni final ni immuable. Dans le meilleur des cas, il est plutôt un moyen de comprendre et de mieux accepter le comportement des patients. Une telle compréhension du diagnostic ne mène jamais à une influence des instructions thérapeutiques unilatérale. "La connaissance de déficits spécifiques de patients schizophrènes sert... non pas à expliquer la maladie ou à être un enseignement mais plutôt à aider à mieux comprendre et à agir" (Binder et Binder, 1991, p.80).

Du diagnostic à la personne.

Schizophrénie et psychothérapie centrée sur la personne.

La plupart des patients schizophrènes que je rencontre dans la résidence ont perdu le sens d'être une personne. Victimes de leur longue institutionnalisation, de la perte de leur emploi, de leurs repères sociaux, de leur exclusion, ils se considèrent plus comme une maladie ou un fragment d'être que comme une personne à part entière (Strauss, 1992, p.22). Presque tous ont tendance à se sous-estimer, à se sentir vulnérables et sans importance. Rogers a travaillé sur l'auto-dévaluation des schizophrènes. Il décrit le fait qu'ils sont conscients que, n'importe quand, ils peuvent redevenir fous. Ils se savent inadaptés et dépendant de forces qui dépassent leur contrôle. Pourtant, cette auto-représentation consciente ne stimule pas pour autant la confiance en soi (Rogers, 1959, p.55).

Pour les personnes dont la notion d'elles-mêmes est si fragmentée, une approche centrée sur la personne semble très favorable car elle se concentre sur la guérison du moi dans le processus thérapeutique. Pavlowsky (1992, p.128) affirme :

L'approche centrée sur la personne guérit par le renforcement du soi chez le patient, non à travers la résolution d'un problème concret... Le "moi" du client se renforce d'une part s'il arrive à dissoudre des éléments qui ont jusque là été intégrés mais altérés, et d'autre part s'il peut transformer ce qui jusque là était compris comme des phénomènes organiques désintégrés en une conscience élargie de soi.

Rares sont les études empiriques consacrées à l'efficacité de la psychothérapie centrée sur la personne. La plus connue et la plus complète demeure être la "Wisconsin Research Study" effectuée par Rogers, Gendlin, Kiesler et Truax en 1967. L'équipe de C. Rogers a travaillé sur des cas d'hospitalisés chroniques, très profonds. Cette étude démontre que les schizophrènes perçoivent rarement les conditions thérapeutiques (empathie, congruence et attitude positive inconditionnelle), quelle que soit l'intensité de leur réelle manifestation. Ces mêmes conditions ne produisent guère de progrès significatifs. Quoi qu'il en soit, si progrès il y avait, il dépendait de ces mêmes variables. Le nombre de patients sortis de l'hôpital et celui de ceux qui devaient être ré-hospitalisés était très légèrement plus faible dans le groupe en thérapie que dans le groupe témoin. "A la fin de cette période le groupe en thérapie était moins vulnérable psychologiquement, et ses membres plus aptes à se considérer eux-mêmes et leur environnement que l'étaient ceux du groupe témoin" (Rogers, 1967, p.81).

Des travaux plus récents ont cependant été réalisés dans l'approche centrée sur la personne par Prouty, Binder et Binder, et Swildens. La pré-thérapie est une méthode que Prouty qualifie comme un impressionnant moyen d'établir un contact avec des patients schizophrènes chroniques hospitalisés (Prouty, 1976, 1988, 1990). Au moyen de cette méthode, Prouty est capable d'établir le contact avec des patients très sévèrement atteints (fragmented) généralement considérés comme inaptes à tout contact et à toute thérapie. Prouty a réussi à établir des contacts avec des patients

autistes ainsi qu'avec des schizophrènes gravement atteints d'hallucinations. Il dirige ses interactions sur :

R.S. : Réflexion de la Situation (l'environnement immédiat des clients) : "Maintenant, vous regardez par la fenêtre",

R.V. : Réflexion du visage (les expressions faciales du client et les émotions qu'elles transmettent) "vos yeux expriment du découragement",

M.M. : Réflexion Mot à Mot (la répétition des déclarations du client). Dans ce cas le thérapeute répète, par exemple, les parties intelligibles d'une phrase fragmenté pleine de néologismes,

R.C. : Réflexion du Corps : "vous êtes assis là, complètement replié", etc...,

R.R. : Réflexion de Réitération : ici le thérapeute réutilise les interventions qui ont précédemment facilité le client dans sa propre expérience et expression.

Binder et Binder (1991, p.347) pensent qu'en pratiquant la psychothérapie centrée sur la personne avec des patients schizophrènes, les thérapeutes n'ont pas à modifier leur attitude de base. Ils insistent néanmoins sur le fait qu'une compréhension profonde de la structure atteinte facilite le processus thérapeutique. Ils ont ainsi défini quatre pré-conditions importantes pour une compréhension thérapeutique des patients schizophrènes :

Distance - rapprochement : par exemple le désir d'une relation symbiotique contrasté à une crainte de "fusion" et de la perte d'autonomie.

Absence des limites du moi ceci se remarque par la perméabilité des limites entre le patient et sa propre expérience ainsi qu'avec autrui.

Pouvoir - impuissance : les schizophrènes ont de grandes difficultés à manoeuvrer avec le pouvoir, le leur autant que celui des autres d'autant plus qu'ils sont particulièrement sensibles au pouvoir, à la domination et à la compétition.

Notions de temps et de priorités les schizophrènes perçoivent difficilement ce qui est important de ce qui l'est moins par la seule subjectivité. Ils sont par conséquent débordés par des impressions autant externes qu'internes. En plus ils ont tendance à isoler le temps présent du passé ou du futur (Binder et Binder, 1991, pp. 160 ff.).

Swildens insiste sur les modifications de la nature de l'aide recherchée par le patient pendant le processus thérapeutique. Swildens différencie 4 phases :

La pré-motivation, la première phase importante puisqu' elle est destinée à développer chez le patient la nécessaire confiance à la thérapie et au thérapeute.

Durant la phase symptomatique (également nommée "expressive" (acting out phase)), l'attention est particulièrement attirée par la fonction protectrice des symptômes du patient.

C'est seulement au niveau de la phase verbale que peuvent être exprimées et discutées les émotions précédemment véhiculées par les symptômes.

Enfin, c'est durant la phase existentielle, la plus importante avec les schizophrènes, que la question du sens de la vie avec la maladie est soulevée (Swildens, 1991, pp.188 ff). Il faut néanmoins insister sur le fait que l'on ne peut prétendre que la psychothérapie conduise à une complète guérison ou à une totale reconquête de soi chez les schizophrènes chroniques profonds. Mon propre objectif thérapeutique en résidence est de permettre au patient schizophrène de rester au sein de la communauté et d'y mener une existence relativement indépendante et satisfaisante.

Créer la relation.

Point essentiel de la psychothérapie avec les schizophrènes

Plutôt qu'une exploration de soi, la thérapie avec les schizophrènes se penche davantage sur la création d'une relation durable et de confiance. Cela est néanmoins très difficile pour le thérapeute en raison des longs silences ou, au contraire, des flots de paroles étranges du schizophrène (Rogers, 1983, pp.198). D'autre part celui-ci éprouve une grande difficulté à accepter l'offre du thérapeute parce qu'elle est en contraste immédiat avec ce que vit et ce qu'a vécu le patient dans son expérience. Binder et Binder (1979, p.202) affirment : "Plus la relation thérapeutique proposée est en contraste avec le vécu du client, plus il est difficile à celui-ci de réaliser, de vivre cette relation émotionnellement".

La base de cette relation thérapeutique, comme avec toute autre, repose sur la compréhension empathique, le regard positif inconditionnel et la congruence. Néanmoins il faut savoir que respecter ces attitudes n'implique pas qu'elles soient perçues par le patient... "Les patients schizophrènes ne percevaient qu'à un très petit niveau ces attitudes et ils n'en percevaient davantage que très lentement en fin de thérapie" (Rogers, 1967, p.75). En plus dans le travail avec les schizophrènes, il existe souvent un prérequis avant la relation thérapeutique, il s'agit d'établir d'abord un "contact psychologique". Frank et Gunderson (1989) ont mené une étude sur le temps que peut prendre l'établissement d'un tel contact. Le poids, la mesure des attitudes du thérapeute avec les patients schizophrènes revêtent un caractère particulier. En effet parmi les attitudes classiques citées plus haut, Rogers (1983, p.199) insiste fort sur la congruence. Les schizophrènes sont en effet très sensibles aux divergences qui peuvent surgir d'entre les mots, les gestes et les émotions des autres. Pour avoir confiance, ils doivent sentir clairement que le thérapeute est réellement présent et qu'il est à l'écoute, en toute congruence.

Dans la résidence, j'ai également constaté que ma transparence vis-à-vis de mes propres émotions et attentes a permis de réduire, entre les patients et moi, la distance des premiers contacts. Cette "auto-franchise" (openness about myself) semble les avoir motivés à abandonner leur méfiance initiale et à se sentir plus en sécurité dans la relation. En plus de cette franchise chaleureuse, j'ai constaté que l'authenticité de mon écoute active a été un élément très important pour établir le contact. Et Krull (1987, p.61) d'ajouter : "D'après les rapports et résultats d'études sur différentes approches, ils amènent en tous cas à un constat commun que la qualité la plus importante des thérapeutes réside dans leur faculté de communiquer leur intérêt profond et persistant qui permet ainsi d'atteindre et de maintenir une relation thérapeutique avec le patient".

Thérapie en résidence : Mr P.

Ma thérapie avec Mr. P., un résident de 28 ans, s'est conclue par son renvoi à l'hôpital psychiatrique. Durant les deux années et demie qu'ont prises nos rencontres, j'ai beaucoup appris sur la relation thérapeutique avec les schizophrènes. Une de ses caractéristiques qui m'a constamment bouleversée était le combat douloureux que menait sans cesse Mr P. entre son énorme désir et son énorme frayeur du contact.

Le nombre de ruptures relationnelles, tout au long de sa vie, nous permet de comprendre la prudence et la peur manifestées par Mr P. vis-à-vis de ses nouvelles rencontres. Ses parents

divorcent quand il a 1 an. Il vit alors chez sa grand-mère après que sa mère l'ait rejeté et ne s'occupe plus de lui. Celle-ci, en traitement psychiatrique, se suicide alors qu'il n'a que 6 ans. Un an plus tard, il perd sa grand-mère. Mr P. s'installe alors chez son père qui lui est totalement étranger puisqu'ils ne s'étaient plus vus depuis le divorce.

Après un an et demi, Mr P. perd son premier emploi, dessinateur industriel. C'est la raison qui le mène à se replier complètement et à rester des jours entiers au lit. Bientôt son père le met la porte en le traitant de "fainéant". Depuis Mr P. va et vient d'hôpitaux psychiatriques à différents foyers.

A 23 ans, il rencontre une patiente et cette relation le stabilise pour un moment. Ils partagent un appartement et Mr P. trouve un emplacement protégé où travailler, dans l'atelier d'un menuisier. Quand leur enfant atteint 2 ans, les conflits ne font qu'augmenter dans le ménage. Accablé par cette situation, il perd son travail et se retrouve hospitalisé à plusieurs reprises. Son amie ne veut plus vivre avec lui et le chasse de leur appartement. A la suite d'une autre hospitalisation, Mr P. s'installe dans un foyer. Il a, à ce moment, 28 ans.

Quand j'ai rencontré Mr P. pour la première fois, il était extrêmement agité en dépit des neuroleptiques qu'il prenait régulièrement. Il ne pouvait tenir en place un moment sur sa chaise. Lors des premières rencontres, je ne pouvais saisir grand-chose de ses propos incohérents. Ces rencontres semblant le surmener, elles se firent de plus en plus courtes.

Il importait beaucoup à Mr P. que nos rencontres aient lieu à la même heure dans la même pièce. Ce cadre fixe lui permettait de prévoir avec assurance nos rencontres et devint un élément fort dans le développement d'une relation de confiance. Le fait de savoir que je reviendrai demain, après-demain etc... sécurisait Mr P. Binder et Binder (1991, p.69) insistent d'ailleurs sur l'importance de la continuité dans la relation avec les schizophrènes en recommandant d'établir un cadre " qui permette une continuité à travers des rituels dignes de confiance et qui deviennent ainsi habituels".

Ce n'est qu'après 3 mois de rencontres régulières que je pus noter un léger gain de confiance et de détente chez Mr P. Le contenu de nos discussions s'est alors orienté sur son "vécu présent", et en même temps, de plus en plus de segments sur son passé ont émergé. Parmi ses souffrances, comme l'exclusion, le déracinement, la perte des proches, l'insulte subie par le rejet de son père s'avéra être la plus douloureuse.

Durant la première année de sa vie au foyer, Mr P. rencontrait son ex-amie et son fils seulement en fin de semaine. Au début il craignait beaucoup de devenir peu à peu un étranger aux yeux de son fils. La rupture du ménage avait déclenché, en son for intérieur, de violents tiraillements. D'un côté, il se sentait soulagé car ils ne s'étaient jamais vraiment bien entendus et de l'autre, il se sentait inquiet par la distance. Il sentait son unique contact "extérieur" en jeu.

Après que son ex-amie ait décidé de vivre avec un autre homme, tous les espoirs de Mr P. s'écroulèrent. Il se sent dès lors complètement rejeté, ne trouve plus aucun sens à sa vie et perd même l'espoir d'aller mieux un jour. Il ne pouvait plus voir son fils que très rarement. Le désir manifesté par le nouveau compagnon de son ex-amie d'adopter son fils ne fit qu'empirer son désespoir. Il sentait proche la fin définitive de tout contact avec son fils.

Cette rupture finale avec son ex-amie généralisa son retrait de tout autre contact social. Mr P. prit des distances vis-à-vis de ses compagnons du foyer. A la clinique de jour, il se sentait exclu au point qu'il cessa de s'y rendre, ne respecta que rarement ses rendez-vous chez le médecin et ne le travail avec les schizophrène

prit que rarement ses médicaments. Sa situation au foyer empirait rapidement et nécessitait de plus en plus d'aide pour entretenir son appartement et prendre soin de son hygiène.

Cela faisait déjà deux ans et demi que je connaissais Mr P. Au retour de mes vacances d'été, je le retrouvais confus et hirsute dans son appartement. Il était sur le point de boucher ses oreilles avec de la colle pour tenter d'échapper aux voix qui le poursuivaient. Un peu plus tard, Mr P. fut renvoyé à l'hôpital psychiatrique, son état exigeant des soins plus réguliers et plus intensifs.

Mon objectif thérapeutique avec Mr P., pouvoir vivre indépendamment en dehors des institutions, n'avait pas réussi. Durant la période de notre travail commun, le développement de Mr P. s'était caractérisé par une alternance constante entre une aptitude à achever de nouvelles tâches, un certain immobilisme ou enfin la perte de ses compétences et d'aptitudes récemment acquises. C'est durant cette période que l'idée que je me faisais de ma "mission thérapeutique" changea. Je n'ai plus cherché désormais à changer Mr P. mais plutôt à l'accompagner et à titre là comme un support fiable.

Je voudrais, pour le reste de mon exposé sur ma thérapie avec Mr. P. et à propos de la pratique avec les schizophrènes, développer certains aspects qui me paraissent essentiels: la conduite dans le rapport "distance-proximité", le "tracé" des limites, la réponse aux symptômes psychiatriques, le travail sur l'idée que le patient se fait de lui-même, et la "question existentielle" de Swildens.

La conduite dans le rapport distance - proximité

Surtout au début, j'ai pu remarquer que nos premières rencontres semblaient à Mr. P. en même temps importantes et accablantes. Il m'importait donc de trouver l'équilibre dans l'expression de mon intérêt et le respect de son besoin de distance. Cela n'était pas toujours facile. Je me souviens très bien de ma frustration lorsque après un nombre considérable de rencontres Mr. P. se renferma ostensiblement. C'est comme si nous n'avions jamais été proches. Pour éviter de me sentir blessée ou rejetée, il me fallait apprendre à comprendre et mieux accepter ses désirs brusques de distanciation ou de rapprochement (voir Binder et Binder, 1991, p. 169). Le thérapeute doit être prêt et capable de laisser le patient vivre à son rythme ces changements de rapport sans que la relation en souffre.

Swildens parle d'un autre aspect important de la conduite "distance - proximité". Il écrit que l'établissement d'une relation de confiance est possible "... si le thérapeute fait comprendre avec clarté qu'il n'y a rien à craindre, qu'il n'essayera pas de lui extirper quoi que ce soit et qu'il ne s'opposera pas, mais qu'il n'y aura pas non plus de miracles et qu'il ne peut lui offrir qu'un contact confiant et ouvert ..." (Swildens, 1991, p. 197).

Le "tracé" des limites

Il est très difficile aux schizophrènes de trouver une distance adéquate entre eux et leur environnement. Cette difficulté est souvent décrite comme l'effet d'un éclatement identitaire ou d'un manque de limites du moi (voir, par exemple, Binder et Binder, 1991, p. 197). Mr. P. n'échappe pas à ce genre de phénomènes, que ce soit avec les personnes ou avec les événements.

Mr P., par exemple, se lia d'amitié avec un patient qui lui rendait souvent visite au foyer. Il me fit part, dans nos rencontres, du point où: ce contact devenait insupportable. Il éprouvait beaucoup de difficultés à établir des repères dans sa relation avec cette personne. A la fin Mr P.

avait tellement de mal à appréhender ces visites qu'il ne pus s'y soustraire qu'en se présentant à un hôpital psychiatrique.

Les difficultés que rencontrait Mr P. pour établir ses limites ne concernait pas simplement le monde extérieur comme des événements ou des personnes mais aussi son for intérieur et là aussi, elles pouvaient littéralement l'écraser. Ainsi alors qu'il avait tenté de rendre visite à son ex-amie et à son fils sans rendez-vous et qu'il s'était vu refuser l'accès de leur domicile, il en était encore outragé à notre séance suivante : "Je me hais! Je suis vidé! Comme une poupée qui flotte et qui ne peut rien faire!" A ce stade, sa haine de lui-même et son sentiment de vide le terrassaient totalement, il était à la merci de ses émotions.

Dans le cas de Mr P. , il était important de travailler sur les moyens concrets d'établir des limites à ces situations écrasantes, comme l'isolement pour un certain moment dans une autre pièce. Certains auteurs (par exemple Swildens, 1991, p.213) voient dans l'acceptation et la discussion de ces circonstances qui mènent à la crise psychotique une étape importante dans la thérapie avec les schizophrènes.

Les symptômes psychotiques.

Les symptômes psychotiques de Mr P. se manifestaient fréquemment par une perception altérée de son corps. "Je sens mes nerfs couler" disait-il, très agité, en montrant des points de son bras. " Ma colonne vertébrale s'enkylose; ici, je ne la sens plus !" Comme il le disait, Mr P. s'inquiétait de savoir si je prenais ses affirmations sérieusement et si elles m'étaient crédibles. Ce n'est qu'une fois convaincu que j'acceptais son vécu et ses frayeurs tels quels qu'il fut capable de se calmer. Par la suite, il pouvait généralement poursuivre notre entretien d'une manière plus intelligible.