

Processus de la psychose chez les jeunes adultes The process of psychosis in young adults

Yves Lecomte

Volume 9, numéro 2, novembre 1984

Regards sur les jeunes adultes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030245ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030245ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lecomte, Y. (1984). Processus de la psychose chez les jeunes adultes. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 106–121. <https://doi.org/10.7202/030245ar>

Résumé de l'article

L'expérience accumulée au cours des années auprès des psychotiques risque de se perdre dans la confusion si on ne prend pas soin d'y introduire des questions repères et d'y répondre au moins partiellement. Dans ce texte, nous nous poserons les questions suivantes en tentant de communiquer à travers elles notre expérience et les éléments de réponse que nous y avons puisés : 1. Quelle est la dynamique de la rencontre avec le psychotique en phase aiguë? Quelle réponse doit-on choisir parmi les trois qui sont possibles : l'enkystement, l'intégration ou l'accompagnement? 2. Quelles sont les étapes du processus d'équilibration chez un jeune schizophrène? 3. Existe-t-il un modèle d'accompagnement efficace? Nous terminerons cet article par quelques interrogations qui pourraient servir de pistes pour d'éventuelles recherches.

Processus de la psychose chez les jeunes adultes

Yves Lecomte*

L'expérience accumulée au cours des années auprès des psychotiques risque de se perdre dans la confusion si on ne prend pas soin d'y introduire des questions repères et d'y répondre au moins partiellement. Dans ce texte, nous nous poserons les questions suivantes en tentant de communiquer à travers elles notre expérience et les éléments de réponse que nous y avons puisés : 1. Quelle est la dynamique de la rencontre avec le psychotique en phase aiguë? Quelle réponse doit-on choisir parmi les trois qui sont possibles : l'enkystement, l'intégration ou l'accompagnement? 2. Quelles sont les étapes du processus d'équilibration chez un jeune schizophrène? 3. Existe-t-il un modèle d'accompagnement efficace? Nous terminerons cet article par quelques interrogations qui pourraient servir de pistes pour d'éventuelles recherches.

«J'ai besoin de sécurité affective pour me reconstruire, ne pas être toujours à vif, un ventre ouvert... J'ai besoin de me refaire une carapace pour affronter la vie.»

(André, 1984)

Dans mon travail à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc, j'ai vécu différentes étapes qui m'ont amené à m'intéresser particulièrement à la psychose, dont la schizophrénie. Les premières années, je fus confronté à la prise en charge de patients âgés de 40 ans et plus qui avaient souvent vécu plus de vingt ans en institution psychiatrique. Ces patients prenaient de fortes doses de neuroleptiques (plus de 1025 mg de chlorpromazine par jour dans certains cas). Ils avaient vécu plusieurs épisodes psychotiques dans leur vie et ne voulaient absolument pas diminuer leurs doses de médicaments. La médication contrôlait leurs symptômes et leur permettait de souffler après tant d'années de difficultés psychiques et sociales. Ils pouvaient vivre à peu près comme tout le monde.

Ces patients ne voulaient pas entendre parler de thérapie. Polis, la plupart ne me le disaient pas, mais je sentais leur scepticisme et leur négativisme face à mes demandes. Finalement, l'un d'entre eux me fit sentir un jour qu'après vingt ans passés en psychiatrie, il était fatigué. Il aspirait à la tranquillité et ne voulait pas réveiller les démons du passé, sûr qu'il était que «ça ne donnerait de toute façon

rien». Et effectivement, pour qui me prenais-je, moi le jeune, pour montrer à un vieux routier de la psychiatrie ce qui lui convenait le mieux? N'avait-il pas le droit de choisir son destin? De choisir sa forme d'intervention?

Une autre expérience m'avait profondément troublé. Un patient de 49 ans, traité depuis dix-neuf ans en psychiatrie (12 hospitalisations qui ont duré 32 mois), avait vécu des décompensations psychotiques très sévères. Durant la dernière, il déféquait dans son lit. Finalement, il sortit de l'hôpital et refusa tout traitement (médicament et thérapie), lui qui prenait des pilules depuis toutes ces années. La seule aide qu'il accepta était la gestion de ses fonds par une secrétaire. Durant ce temps, j'ai essayé de l'approcher, de lui donner des conseils. Il me gardait à distance. Lui ayant conseillé de se trouver une chambre, car il faut au moins avoir un domicile pour recevoir son chèque d'aide sociale, j'ai obtenu comme réponse: «Fais-toi-en-pas, mon jeune, quand ce sera le temps, je me déciderai.» Et bien, ce patient fonctionne depuis deux ans, tel un vagabond, heureux. Et lorsqu'il eût besoin d'une présence féminine, il se trouva une dame très riche avec laquelle il a cohabité à titre de chambreur durant plusieurs mois. Dernièrement, il est retourné vivre dans son patelin natal.

Durant ces années, j'en rencontrai d'autres qui avaient résolu leur problème en s'enfermant dans un délire structuré. Ils fonctionnaient sans médicaments ni thérapie. Je pense à cette patiente de 54 ans qui déclare être âgée de 17 ans depuis 37 ans. Elle aspire à s'inscrire à l'école pour finir son cours

* L'auteur, M.A., est thérapeute à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital St-Luc.

secondaire et elle est toujours à la recherche de son père, censément policier à la Ville de Montréal. Toujours vêtue des couleurs de la Vierge, elle porte des tresses teintées en blond ou blanches sur son dos, et elle récite son chapelet régulièrement. J'eus beau m'obstiner avec elle, elle avait toujours 17 ans et venait toujours à bout de mes arguments rationnels sur l'impossibilité d'avoir cet âge, et l'inutilité de cette quête du père. Comme elle ne voulait pas de médicaments ni de thérapie, je ne savais que faire. Le psychiatre d'alors m'avait dit : «Je ne veux pas qu'elle reste dans la clinique longtemps, celle-là.» J'avais jugé cette réponse négative mais peut-être avait-il raison? Que pouvions-nous lui offrir en psychiatrie? Je lui demandai de ne plus venir. Elle refusa. Elle avait besoin de moi, disait-elle. Je lui faisais du bien. Je la vois donc depuis maintenant huit ans, à tous les six mois, après lui avoir trouvé au début un gîte avec pension où elle habite toujours. L'entrevue ne dure que quinze minutes (elle demande toujours de l'aider à retrouver son père) et elle quitte en me remerciant chaque fois et en me complimentant sur ma compétence.

J'en rencontrai d'autres qui étaient toujours en crise. Médication, thérapie, ergothérapie, famille d'accueil, centre d'accueil, hôpital, rien n'y fait. Ils étaient toujours désorganisés.

Confronté à ces diverses expériences, je demeurais perplexe. Je voulais faire de la thérapie psychodynamique, l'intervention la plus valorisée et la plus valorisante dans notre milieu. Déçu de la réponse de mes patients, je me tournai les années suivantes vers les névrotiques et les formes de thérapie élaborées dans ces cas. Thérapie individuelle psychodynamique, relaxation, dynamique de groupe, thérapie bioénergétique individuelle ou en groupe, abandon corporel, massage, etc. Tout y passa. Je m'occupais encore des psychotiques mais mon investissement majeur était ailleurs.

Finalement, en 1979, je me retrouve pour une période de six mois à Santé Mentale et Communautés de Villeurbanne. Dans ce milieu est valorisée la recherche d'une compréhension dynamique de la psychose par l'intermédiaire de divers modes d'intervention (bureau de consultation, Le Cerisier, La Baisse). Très influencé par cette recherche, je décidai à mon retour d'Europe de tenter d'élaborer de nouvelles formes de traitement pour psychotiques avec mes collègues. En novembre 1979, nous ini-

tions un groupe d'entraide pour psychotiques qui se poursuit à l'heure actuelle au C.L.S.C. Centre-Ville, à raison d'une rencontre de trois heures par semaine autour d'un repas. Ce groupe a un animateur bénévole depuis un an, monsieur Jean-Pierre Bonhomme. Nous avons aussi créé en janvier 1981 La Chrysalide, une communauté thérapeutique de six personnes en détresse émotionnelle (Lecomte, Tourigny, 1983a, b; Lecomte, Tourigny, Vincent, 1984).

Durant cette période, j'avais également été impressionné par mes lectures et l'expérience de Francisco Pinero à Soteria, qui montrait que des jeunes schizophrènes en phase aiguë pouvaient se rétablir sans médication ou thérapie analytique (Pinero, 1983). Habité par cette expérience, j'ai donc profité de l'occasion que m'offrait ce premier congrès international psychiatrique et social de langue française¹ pour initier une démarche à partir de la question suivante : Quelle est la dynamique de la rencontre avec le jeune psychotique en phase aiguë? (Je m'attarde aux jeunes psychotiques car ce sont eux qui nous créent les plus grands défis à l'heure actuelle.)

LA RENCONTRE AVEC LE JEUNE PSYCHOTIQUE (SCHIZOPHRÈNE)

Cette rencontre est en effet très particulière. Elle est à chaque occasion une expérience troublante et angoissante. Ce jeune adulte en crise est confronté à des angoisses morcelantes et à un monde peuplé de personnages, de fantasmes et de sensations qu'il ne réussit pas à maîtriser et à comprendre. Face à ces phénomènes irrationnels, nous, les intervenants, ressentons aussi une angoisse (inconsciente la plupart du temps) d'autant plus forte que nous devons, comme thérapeutes, offrir une réponse «sensée» à cette irrationalité.

a) l'enkystement

Angoissés, et pressés par l'entourage et le sujet de trouver rapidement une solution, nous optons la plupart du temps pour une réponse d'enkystement (Mc Glashan et al., 1975, 1976, 1977; Levy et al., 1975)². Cette réponse consiste à écarter le plus loin possible de notre conscience et de celle du sujet cette expérience avec ses symptômes concomitants, en les supprimant par la médication. Ces symptômes

sont des signes d'une maladie dont il faut se débarrasser à tout prix. Ils n'ont aucun sens sinon celui d'une désorganisation hormonale et neurologique passagère. La machine réorganisée, le sujet retournera à son fonctionnement prémorbide comme si rien ne s'était passé.

Ce style de réponse est efficace. Il supprime les symptômes et satisfait le désir qu'ont beaucoup de sujets d'éteindre ces manifestations «étrangères». Toutefois, cette réponse a le désavantage de devenir permanente et de s'ériger en dogme absolu dont il ne faut déroger sous aucun prétexte, si ce n'est au prix du retour d'une angoisse aussi forte que lors de son initiation (devenue permanente, cette réponse donne lieu à des doses d'absorption de médicaments assez surprenante. L'un de mes patients suivis en psychiatrie depuis 1969 a avalé 7 kilos et demi de chlorpromazine depuis ce temps et il hallucine encore).

Ce dogme comprend cinq postulats : 1. Traiter de jeunes patients schizophréniques sans médicaments n'est pas respecter l'éthique médicale ; 2. Ces patients doivent recevoir à tout prix des médicaments après la disparition de leurs symptômes ; 3. Leur rechute doit être empêchée car l'état psychotique est, en lui-même, pathogène et entraîne un processus de détérioration ; 4. Les médicaments sont le seul traitement vraiment essentiel dans ces cas ; 5. Et ils courent très peu de risques à utiliser une médication neuroleptique (Carpenter *et al.*, 1977). Oser émettre des doutes sur ce dogme dans le milieu psychiatrique demande un certain courage, surtout de la part des médecins.

Pourtant certains le font. Cancro et Angrist (1978), après avoir recensé les études évaluatives sur les neuroleptiques, concluent «qu'il apparaît incontestable que les neuroleptiques préviennent la resurgence des symptômes psychotiques dans la schizophrénie. Mais en dépit de cette évidence statistique, il est également clair que ce ne sont pas tous les schizophrènes qui ont besoin d'un traitement neuroleptique continu, et qu'on ne peut prédire sur la base des données actuelles si un individu nécessite ou non un traitement médicamenteux» (1978, 205). Davis (1975) conclut également au terme d'une revue de littérature sur le maintien des schizophrènes sous neuroleptiques, qu'un sous-groupe particulier des schizophrènes ne devrait pas être traité avec ces médicaments, et qu'un essai de

congé pharmaceutique devrait être tenté chez la plupart des patients qui en reçoivent. Gardos et Cole (1976) opinent dans le même sens. Ils disent pour leur part que la moitié des cas chroniques évolueraient aussi bien cliniquement sans médication, et Evans *et al.* (1972) mentionnent pour leur part que le quart des schizophrènes ne nécessitent probablement pas de neuroleptiques.

Ces auteurs et d'autres se posent des questions sur les effets des neuroleptiques sur la vie sociale et occupationnelle des patients et sur leurs effets secondaires. Cancro et Angrist (1978) notent que si les neuroleptiques semblent être un prérequis à la réhabilitation sociale, ils n'ont pas d'effets sur les déficits sociaux et occupationnels associés au syndrome schizophrénique. De 15 à 40 % seulement des schizophrènes qui vivent dans la communauté peuvent en effet subvenir à leurs besoins (Anthony *et al.*, 1972; Mosher *et al.*, 1971). Rappoport *et al.* (1978) disent que si l'objectif du traitement est de réduire les symptômes, la médication antipsychotique s'impose comme traitement de choix ; mais si le but est l'amélioration clinique à long terme, elle n'est plus le traitement privilégié. Ces auteurs concluent également que l'emploi routinier des phénotiazines semble contre-indiqué pour certains schizophrènes. En réduisant leur sensibilité neurologique, elle les empêche d'avoir accès à leurs ressources psychologiques nécessaires à la résolution du conflit qu'ils vivent. Goldstein (1972) et Rappoport (1971) avaient déjà conclu en ce sens. Les phénotiazines auraient des effets négatifs sur le sujet en décroissant sa sensibilité sensorielle et psychologique, et son habileté à solutionner des problèmes et à faire un apprentissage.

Carpenter *et al.* (1977) insistent quant à eux sur la dyskinésie tardive et les dyskinésies et dystonies musculaires secondaires au traitement par neuroleptiques dont 30 % des bénéficiaires souffriraient. (Aux États-Unis, plus de deux millions de personnes sont atteintes par ces troubles irréversibles.) Ces chercheurs attirent aussi l'attention de la communauté médicale sur d'autres effets secondaires possibles des neuroleptiques : le renforcement de l'anhédonie, l'isolement social, la dépression postpsychotique et l'absence de motivation. Ils se demandent également si la médication ne rendrait pas certains patients plus vulnérables à une rechute qu'ils ne le seraient dans le cours normal de cette

maladie. Selon eux, il pourrait arriver que les neuroleptiques accroissent le risque d'une maladie subséquente mais doivent être maintenus pour prévenir le risque de sa réactivation. À leur avis, la pratique actuelle d'une intervention pharmacologique immédiate et à tout prix aurait pour effet de guérir les patients mais de les rendre caractériellement plus rigides et moins capables d'affronter le stress de la vie.

L'intégration

Si un intervenant cherche une voie alternative à la réponse d'enkystement, il est tout naturellement amené vers la réponse de l'intégration, c'est-à-dire à la recherche d'une compréhension de l'état de désorganisation vécu par le sujet. Il s'agit pour lui de resituer cet épisode dans l'évolution générale de la personne afin de lui redonner une signification, de résoudre ses conflits sous-jacents, de modifier son comportement prémorbide et de l'amener vers un équilibre plus harmonieux (cette réponse correspond aussi à l'attitude que certains psychotiques adoptent envers leurs difficultés²).

Pour ce faire, l'intervenant se tournera tout naturellement vers la psychanalyse qui fournit à ce jour un cadre théorique riche de renseignements pour comprendre la dynamique de l'épisode psychotique. Toutefois, compréhension n'est pas synonyme d'évolution positive, comme nous le démontrent de nombreux patients qui ont tenté de comprendre ce qui leur était arrivé mais sans véritablement améliorer leur condition psychique. Certains ont cependant réussi à intégrer cet épisode dans leur vie et à atteindre un style de vie qui rencontre leurs aptitudes et aspirations (Peraldi, 1984; Raymond, 1984).

Dans cette démarche d'intégration, il est toutefois rare que l'intervenant et le sujet n'aient pas à enkyster une partie des problèmes par la médication. Le sujet n'est souvent pas en mesure de les affronter et de les métaboliser. Cette démarche d'intégration se révèle donc valable mais doit souvent s'accompagner de la réponse d'enkystement. Aussi ne faut-il pas l'ériger en dogme absolu comme ce fut le cas durant les années 1940-1950.

L'accompagnement

À la Chrysalide, je vécus une expérience qui me fit pressentir une autre réponse possible. Depuis

un an et demi, Joseph (nom fictif) habite à cet endroit et est toujours en lutte avec des personnages qui lui font perdre toute tranquillité. C'est un combat quotidien qui se répète depuis des années. Nous avons tout essayé (médication, interprétation, entrevue avec sa mère, etc.), il est toujours en lutte. Un jour, un psychiatre lui a montré à dire «stop» pour arrêter les hallucinations. Cela dura quelques jours mais les voix finirent par manger le «stop», telles des enzymes. Ainsi, même une intervention extérieure n'y faisait rien. Un soir, après une réunion, vu qu'il était devenu insupportable pour lui-même et pour les autres, nous décidons de l'amener à l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc. Par un beau soir de juin, au temps doux, nous montons dans un taxi, lui criant et le chauffeur, sérieux, ne disant mot. Les fenêtres fermées, nous passons sur la rue Saint-Denis, très achalandée, les jeunes de son âge s'attardant aux café-terrasses en s'amusant. J'ai l'impression d'être dans une navette spatiale invisible dont personne ne remarque évidemment le passage. Une fois à l'hôpital, nous restons avec lui quelques heures et il s'endort (il ne dormait pas depuis des jours) sans autre aide thérapeutique que cette présence. Se pourrait-il qu'une simple présence apaise un patient en désorganisation psychotique continue?

À la même époque, je lisais des articles sur les études comparant les effets thérapeutiques des médicaments au placebo. Je découvris que dans les vingt-trois études qui ont comparé l'efficacité de la médication à un placebo chez les patients chroniques, il est ressorti que 43 % des sujets des groupes placebo s'étaient rétablis de leur épisode psychotique sans aide médicamenteuse ou thérapeutique (Davis et al., 1976). Quant aux schizophrénies aiguës, 25 % des sujets des groupes placebo s'étaient améliorés de façon modérée ou notable (Coles et Davis, 1975). Ces chiffres et l'expérience relatée m'amènèrent à constater qu'il y avait un troisième type de réponse à l'épisode psychotique qui ne chercherait pas à encapsuler la psychose ni à déterrer sa psychodynamique. C'est l'accompagnement.

L'accompagnement est en effet une réponse qu'on rencontre en psychiatrie mais elle est méconnue en regard de l'enkystement et de l'intégration. Elle est peu valorisée et les professionnels n'en parlent guère. Pourtant, tous les projets alternatifs qui s'intéressent à la psychose l'incluent dans leur appro-

che. Nous pensons à La Chrysalide, à la Baisse de Villeurbanne (Lyon), au Foyer de Tavel à Montreux, Suisse, à Arbours à Londres, etc. Ces projets ont certes un rationnel psychanalytique de la psychose et de l'intervention, mais l'accompagnement y a quand même une place importante.

Dans d'autres projets tels Soteria, Coupe-Circuit (Langlois, 1981), etc. l'accompagnement est l'intervention majeure mais le rationnel de la psychose est cette fois vague. On le dit phénoménologique. Sans plus. Aussi, avons-nous senti le besoin de comprendre davantage ce modèle théorique, lequel nous semble d'ailleurs sous-jacent aux alternatives québécoises en santé mentale. Nous pensons que ce modèle est celui de la déséquilibration (cf. tableau 1). Il comprend deux phases principales: la déséquilibration (4 étapes) et la rééquilibration (4 voies possibles). Examinons-le plus en détails.

LA DÉSÉQUILIBRATION

En 1976, Docherty *et al.* (1976) ont analysé 17 récits de décompensation psychotique dont certains provenaient de jeunes schizophrènes. Malgré que ces personnes présentaient différents diagnostics

de psychose, elles avaient toutes vécu les quatre étapes suivantes: l'élasticité, la limitation, la désinhibition et la désorganisation psychotique (cf. tableau 1). Mais, avant que la première étape ne s'active, les auteurs mentionnent qu'il y a parfois un facteur précipitant.

L'équilibre: les facteurs précipitants

Lorsque nous parlons de crise, psychotique ou autre, tous les auteurs se réfèrent à la théorie de Caplan (1964) qui postule que l'individu maintient un équilibre dynamique avec son milieu ambiant grâce à des techniques de solution de problèmes qu'il a apprises au cours de son existence. Toutefois, s'il est confronté à un obstacle insoluble qu'il ne peut éviter ou déformer, la tension montera au-delà d'un certain seuil et produira un déséquilibre qui débouchera sur une désorganisation majeure (la psychose).

La question que soulève cet énoncé est la suivante: existe-t-il des facteurs précipitants dans la schizophrénie? C'est-à-dire y a-t-il des changements plus ou moins transitoires qui se produisent dans les conditions ou caractéristiques courantes et qui influencent le moment d'émergence de la maladie (Rabkin et Struening, 1976)?

TABLEAU I

Processus d'équilibration chez un jeune schizophrène

I ÉQUILIBRE FACTEURS PRÉCIPITANTS		II DÉSÉQUILIBRATION ÉLASTICITÉ — LIMITATION — DÉSINHIBITION — DÉSORGANISATION		
III RÉÉQUILIBRATION* (4 voies possibles)				
A	B	C	D	E
1. RÉOLUTION PSYCHOTIQUE	NIL	NIL	NIL	NIL
2. RÉOLUTION PSYCHOTIQUE	DÉPRESSION ANACLITIQUE	NIL	NIL	RÉÉQUILIBRE
3. NIL	NIL	RÉINTÉGRATION PARTIELLE STADE A — STADE B	NIL	RÉÉQUILIBRE
4. NIL	PRIMAIRE (VÉRITABLE OU SIMULÉE)	RÉGRESSION POSTPSYCHOTIQUE INTERMÉDIAIRE	TERMINALE	RÉÉQUILIBRE

* La rééquilibration aurait au maximum cinq étapes (A, B, C, D, E). Nous avons tenté de faire correspondre à ces étapes du modèle général, les étapes particulières de chaque voie de rééquilibration.

Les auteurs qui s'intéressent à la désorganisation psychotique accordent en effet beaucoup d'importance aux facteurs de l'environnement dans le déclenchement de la psychose. Epstein (1979) mentionne que la désorganisation schizophrénique aiguë est souvent précédée par des expériences émotivement significatives mais inassimilables. Bowers (1974) parle de moments d'impasse dans l'évolution de l'individu : acquisition de l'autonomie, établissement d'une relation intense avec une personne, accouchement, mariage. Il y aurait donc des crises de maturation qui précipiteraient le début de la psychose.

Pour vérifier expérimentalement ce postulat, il faut analyser les recherches sur les événements de vie (Life Events) qui tentent d'établir une relation statistique entre ces événements et l'épisode schizophrénique³. Et pour éliminer la possibilité que la maladie du sujet n'influence le nombre de ces événements (c'est-à-dire que le processus de la psychose soit déjà enclenché et que le sujet provoque des événements qui en retour exacerbent ses symptômes), il faut s'en tenir uniquement aux études sur les facteurs indépendants de la maladie du sujet, par exemple, le décès d'un conjoint par cancer. (Malheureusement, ces études ne distinguent pas dans leur grille de mesure s'il s'agit ou non de crises de maturation.)

Des études (Brown et Birley, 1968; Leff *et al.*, 1973; Schwartz et Myers, 1977; Uhlenhuth et Paykel, 1973), ont effectivement découvert une telle relation. Elles ont trouvé que les schizophrènes vivent plus d'événements indépendants que les sujets non schizophrènes d'un groupe contrôle, plus précisément Brown et Birley, et Leff *et al.*, ont découvert qu'il y a un accroissement significatif de ces événements durant la brève période (de trois à cinq semaines) qui précède l'émergence des premiers symptômes de la décompensation. Signalons que les schizophrènes n'avaient pas vécu plus d'événements que les autres dans les semaines antérieures à cette période. Donc, l'accroissement rapide du niveau de stress en un laps de temps relativement court influencerait le moment d'émergence de cet épisode.

Il ne faudrait pas toutefois conclure à une relation causale unique⁴. Loin de là. Ces études démontrent seulement que l'équilibre fragile entre un individu vulnérable et son environnement peut être rompu par l'occurrence rapide d'événements

qui précipitent un épisode psychotique, mais cet épisode se serait produit sans doute ultérieurement (Zubin, 1977; Nuechterlein et Dawson, 1984). De plus, comme disent Spring et Coons (1982) : «Le stress pourrait être une cause suffisante pour quelques schizophrènes, une cause nécessaire pour certains et un facteur non pertinent pour d'autres.» (1982, 28).

La déséquilibration : les étapes de la psychose aiguë

L'ÉLASTICITÉ

Jean-François, un de mes patients, occupe depuis un an un emploi qui ne correspond pas à ses capacités et aspirations. Il l'a accepté faute de mieux, non sans rationaliser ce choix. En cours d'emploi, il s'inscrit dans un processus de sélection qui s'étale sur plusieurs mois et culmine en une journée complète d'évaluation de groupe. À la fin de cette journée, il est exalté. Il est certain d'obtenir l'emploi à en juger par la réaction des participants et par ses propres impressions. Mais quelques mois plus tard, la tension s'accroissant entretemps, il reçoit une réponse négative. «Je m'effondrai» dit-il.

Il essaie de connaître les raisons de cette décision et de la faire revoir en se présentant à un jury de révision. À cette fin, il se consacre jour et nuit à élaborer une stratégie en ce sens. Il n'en dort plus et sa pression monte. Il devient de plus en plus angoissé, car il est débordé par ce conflit et par les exigences et attentes que le milieu ressent à son égard («tu dois contester; ça n'a pas de bon sens; c'est une erreur; tu as réussi»). Il demeure toutefois en contact avec la réalité et continue son travail. Mais, pour ne pas perdre contrôle, il fait appel à un médecin pour obtenir des somnifères car il commence à se sentir dépassé par les événements.

À l'entrevue de révision de son dossier, les membres du jury lui disent le contraire de ce qu'ils avaient dit lors de la journée d'évaluation. Après cette rencontre, il éprouve des sensations étranges, telles sentir son sang couler dans ses veines. Il commence par mettre en doute ses perceptions, puis il se dit que c'est lui qui a raison. Il élabore alors un scénario qui a pour but de mettre en évidence les failles des membres du jury. De plus, il se bâtit une compréhension de ce qui lui arrive. Cette étape dure six jours.

Docherty *et al.* (1976) disent que dans d'autres cas, le rendement au travail décroît à cause de difficultés de concentration. Certains sujets ressentent en plus des affects étranges ou inquiétants et sont troublés par des pensées vécues comme étrangères, parasites.

LA LIMITATION

Jean-François se dit qu'on a fait exprès pour ne pas le qualifier et que cela ne représente qu'une étape dans le processus de sélection qui n'est pas terminé. On veut connaître ses réactions suite à un échec et s'il répond bien, il aura un meilleur emploi. Il interprète maintenant tout en fonction de cette idée (idées de référence). On lui donne de gros dossiers : «C'est inhabituel. On veut savoir comment je me débrouillerai». On déplace une tuile au plafond pour installer dans la cafétéria une caméra afin d'observer les voleurs. Or, une tuile semblable est déplacée dans son plafond. «Ils veulent aussi m'observer pour mieux me connaître», en conclut-il. Il commence à se sentir suivi à l'extérieur du bureau et il devient hypersensible aux indices qui le confirment. Le champ de ses pensées se restreint de plus en plus à des limites très étroites.

Il dort peu et se nourrit peu. S'il dort, il a à chaque fois des cauchemars pendant lesquels il se dissout dans le cosmos. Ses cauchemars dureront jusqu'à la fin de son épisode. Il oscille entre le sentiment de mourir et de renaître. Il a même des idées suicidaires. Il n'a pour unique relation que son amie et est de plus en plus préoccupé par ce qui lui arrive. Il se centre de plus en plus sur lui. Enfin, des perceptions visuelles bizarres surviennent, déformant par exemple le visage des gens. Cette étape dure huit jours.

Dans d'autres cas, Docherty *et al.* disent que les sujets ressentent des sentiments d'ennui, d'apathie, de nonchalance, d'insatisfaction et de solitude. Ces personnes sont obligées de faire de plus en plus appel à certains mécanismes de défense tels la projection, les mécanismes obsessifs et la somatisation, pour se défendre contre la décompensation en cours (mécanismes qu'utilisa jusqu'à un certain point Jean-François).

LA DÉSINHIBITION

Après un voyage d'une journée avec son amie, les sentiments dépressifs de Jean-François disparaissent

et il renaît à la vie. Il «aura vécu son calvaire». Maintenant, il a des hallucinations visuelles, auditives, tactiles. Ses sens sont décuplés. Les souvenirs depuis longtemps refoulés lui reviennent à l'esprit mais ne provoquent pas de panique, contrairement à ce qui se passe pour d'autres individus. Cette période dure deux semaines.

Selon Docherty *et al.*, dans cette étape, les processus de pensée primaires commencent à prédominer et des phénomènes dissociatifs, des idées de référence et des hallucinations auditives se manifestent également. La personne peut alors adopter deux styles de comportement. Elle se retire socialement et devient peu active ou elle s'agite : dans ce cas elle prend des risques inhabituels, dit tout ce qui lui passe par la tête, s'enrage ou n'a pas de retenue sexuelle. C'est le cas de Jean-François.

LA DÉSORGANISATION PSYCHOTIQUE

Durant le mois suivant, Jean-François se sent libéré du bien et du mal. Il atteint un état d'extase et se croit doté de pouvoirs spéciaux. Il peut lire un livre simplement en le fixant pendant quelques secondes. Grâce à ses pouvoirs et talents spéciaux, il croit avoir mis au point des techniques spéciales d'apprentissage. Ces techniques défient les processus de pensée secondaires. Son inconscient le mène en tout. Il ne décide plus rien, son inconscient le fait pour lui. Il est devenu un spectateur qu'on guide ici et là. Il en vient même à se croire immortel. Il est devenu Mandrake. Il prend des risques inhabituels, dangereux et tout ce qui peut confirmer son immortalité accroît ses croyances. Il a des pouvoirs magiques. Il peut diriger les gens au moyen d'un signe de la main. Il commande les gens par son simple regard. Il devient un superman sexuel et peut faire l'amour comme jamais auparavant. Il est hyperstimulé. Il a parfois des hallucinations visuelles pendant lesquelles il voit les gens se comporter comme des animaux. Cela durera six semaines.

D'autres de mes patients ont eu une désorganisation quelque peu différente. André, par exemple, a des sensations corporelles bizarres. Ainsi, sa colonne vertébrale forme un S et il est parfois physiquement rigide. Son angoisse est très élevée et il panique à cause de ce qui lui arrive. Il se sent isolé et ne peut plus communiquer avec personne. Il se sent à la merci des gens qui l'entourent. Joseph, pour sa part, a continuellement des hallucinations

auditives qui le font rire ou enrager. Il voit toutes sortes d'objets étranges qui traversent sa radio ou sa tête. Il sent son corps tout croche. Il n'est pas capable de dormir et il a de sérieux troubles de pensée.

Donc, la désorganisation psychotique aiguë se réaliserait en quatre étapes distinctes. Selon les individus, le processus s'effectue plus ou moins rapidement et les traits typiques d'une étape peuvent se retrouver dans une autre selon les personnes. Par ailleurs, la désorganisation peut être différente et plus ou moins sévère selon les sujets.⁵

LA RÉÉQUILIBRATION

La rééquilibration, selon les études recensées, peut suivre quatre voies différentes : la résolution psychotique, la dépression anaclitique, la réintégration partielle et la régression postpsychotique (Cf. tableau 1).

La résolution psychotique

Suivant le postulat homéostatique, la personne cherchera à abaisser son seuil d'anxiété afin de retrouver une certaine forme d'équilibre. Une voie en ce sens est celle de la résolution psychotique. Grâce aux défenses rigides que sont la projection et le déni, la personne s'enferme alors dans un délire structuré et recrée, en fonction de la nouvelle image omnipotente d'elle-même, un nouvel équilibre avec son milieu. Si celui-ci n'en est pas trop dérangé, la personne peut vivre ainsi des années et combler ses besoins physiques et affectifs d'une manière qui lui convient. On trouve un excellent exemple de la résolution psychotique dans la vidéo de Jean-Pierre Losson et Jacqueline Lanouette, *Née Cadieux n'est qu'à Dieu*.

La dépression anaclitique

Toutefois, si la personne qui a développé une résolution psychotique voit son nouvel équilibre rompu par l'effondrement de ses mécanismes de défense et la perte de son omnipotence, elle peut, à l'aide d'une psychothérapie intensive (sans utilisation de médicaments), s'acheminer vers le rééquilibrage en prenant la voie de la dépression anaclitique (Sachar *et al.*, 1963, 1970).⁶ Illustrons ce type de rééquilibration à l'aide d'un exemple.

Après avoir développé un système paranoïde structuré pendant un mois, Antoine a cessé de se percevoir comme le sauveur de l'humanité. Il se sent maintenant très seul et se lamente auprès des soignants pour être materné. À chaque fois qu'il est question de quitter le thérapeute ou une autre figure importante à ses yeux, il ressent une intense anxiété de séparation. Pour remplacer ses mécanismes de défense antérieurs, il en développe de nouveaux, de nature neurasthénique. Déprimé et angoissé, il se sent petit, impuissant, alors que les autres sont perçus comme omnipotents. Il a une image de soi dévalorisée. Il se sent seul et à très peur d'être abandonné. Il revit ses conflits antérieurs et a des sensations corporelles bizarres. Pour satisfaire son désir et son besoin d'être totalement pris en charge, il cherche à manipuler son environnement. Selon Sachar *et al.*, les enjeux avec lesquels le patient se débat alors ressemblent à ceux de l'enfant qui vit une séparation. McGlashan et Carpenter (1976) ont eux aussi analysé ce type de dépression (postpsychotique) ; ils en ont déduit que 25 % des sujets qui se rétablissent à la suite d'un épisode schizophrénique connaissent une telle dépression.

Enfin, au bout de quatre semaines dépressives, Antoine redevient capable d'établir des relations objectives et de refouler ses conflits. Il n'éprouve désormais qu'une anxiété minimale et fonctionne bien socialement.

La réintégration partielle

Le sujet qui suit cette voie n'a pas développé de résolution psychotique et n'a aucun système hallucinatoire organisé. Il atteindra le rééquilibrage en passant par une étape de réintégration partielle accompagnée seulement d'une psychothérapie intensive. Selon Sachar *et al.* (1963, 1970), la réintégration partielle s'effectue en deux phases.

STADE A

Michel rencontre son thérapeute après quatre jours d'hospitalisation due à une désorganisation psychotique. Ce dernier lui dit que sa désorganisation est liée au fait qu'il ait décidé de changer de métier afin de rompre avec sa vie passée. Michel éclate alors en sanglots et répond au thérapeute que c'est la vérité : il entre dans le stade A de la réintégration partielle, qui durera six jours. Ses expres-

sions verbales s'unifieront progressivement en phrases cohérentes, ses associations deviendront de moins en moins lâches et ses épisodes de confusion et de sensations corporelles bizarres seront de plus en plus rares et circonscrits. Son anxiété diminuera pour autant qu'il reste dépendant de son thérapeute et du personnel de l'hôpital.

Durant cette phase, Michel demeure effectivement dépendant de son thérapeute et se fie sur lui pour s'adapter; il l'utilise comme ego auxiliaire et s'attend à ce qu'il lui explique en termes clairs et concrets les détails de son expérience. Grâce à cette aide, il devient apte à différencier son moi de celui des autres. Son seuil de stimulation et son impulsivité diminuent. Enfin, il recourt en partie à des processus de pensée secondaire et il a moins conscience de son conflit (le refoulement agissant de nouveau), tel que précisé ci-haut.

STADE B

Après ces six jours, Michel voit son moi se réintégrer davantage. Son comportement devient plus calme et approprié, et son discours plus cohérent. Il renoue avec ses amis et sa famille. Il est toutefois encore soumis à son entourage et, lors de moments stressants, les associations lâches et la pensée concrète redeviennent évidentes, quoiqu'il soit habile à cacher cela. Ses épisodes de confusion et d'angoisse se font plus rares. Le principe de réalité et les processus de pensée secondaire sont à nouveau opérants. Les sensations corporelles bizarres et l'impulsivité ont disparu. Il ne peut cependant tolérer aucune tension entre lui et son thérapeute, sans quoi il retourne aux comportements du stade A ou à la désorganisation psychotique antérieure.

Il faudra finalement compter dix jours pour que Michel puisse se reconstituer et quitter l'hôpital. Il peut alors se fier à des mécanismes d'adaptation pré-morbides et nier et réprimer ses préoccupations psychotiques. Il quittera l'hôpital, malgré qu'il y ait encore du travail à faire pour qu'il puisse véritablement intégrer son épisode psychotique.

La régression postpsychotique

Si l'individu est mis en relation avec des soignants tout de suite après sa désorganisation psychotique, et qu'il reçoit une réponse d'enkystement avec aide thérapeutique d'intégration, il peut passer par la voie de la régression postpsychotique avant d'at-

teindre le rééquilibrage. Cette voie comporte trois phases avant le rééquilibrage: primaire, intermédiaire, et terminale (Kayton, 1973, 1975a, 1975b, 1976).⁶

LA PHASE PRIMAIRE

À propos de cette voie, Kayton utilise le mot régression plutôt que dépression pour deux raisons: d'abord, la dépression n'est pas présente dans tous les cas et ensuite, comme elle résiste aux antidépresseurs, elle aurait une autre origine que celle de la dépression. Selon lui, cette régression peut prendre deux formes. Dans la *forme simulée*, le sujet ne serait pas sorti de sa désorganisation psychotique, mais il se serait plutôt adapté à elle. Quoique subjuguée, celle-ci n'en continuerait pas moins d'être active. Nous connaissons tous, à cet égard, des patients qui fonctionnent minimalement durant des années, mais qui n'en demeurent pas moins psychotiquement désorganisés. Ils n'évoluent pas et stagnent à cette étape.

Dans la *forme véritable*, le sujet est sorti de l'étape de désorganisation depuis quelques jours ou quelques semaines. Il entre alors dans l'étape de la régression postpsychotique et en sortira de trois semaines à seize mois plus tard. Il évoluera lentement vers l'étape subséquente. Toutefois, s'il est séparé de son thérapeute, ou incité trop tôt à quitter cet état, ou empreint d'une grande culpabilité face à celui-ci, il se peut qu'il retourne à l'étape de désorganisation. Prenons, à titre d'exemple, le cas de Jean.

Jean est encore désorganisé mais son état se stabilise de plus en plus. Ses pensées sont dispersées. Il se sent faible, seul, triste, inutile et honteux d'être en régression. Il y a en lui un grand sentiment de vide et de manque d'amour. Il est parfois figé, même en présence de son thérapeute qu'il désire pourtant intensivement rencontrer. Sa passivité lui semble imposée et le paralyse. Il a l'impression de n'avoir aucune énergie et de ne pouvoir surmonter cette sensation. Il est parfois très déprimé. Son rythme diurne est inversé; il a un grand besoin de sommeil le matin, et il somnole souvent l'après-midi.

Au début de sa régression, Jean avait une aversion marquée pour la nourriture et était anorexique. Mais, après seize mois, il gagne du poids et se sent très préoccupé par la nourriture. Durant ces mois, il a eu parfois des nausées, des vomissements, de la

diarrhée ou des crampes abdominales. Il a aussi eu des difficultés de concentration; il apparaissait comme perdu dans l'espace et il désirait être seul. Il ne cherchait pas à initier des relations avec les autres.

LA PHASE INTERMÉDIAIRE

Cet état survient spontanément. Les comportements et expériences de la première étape continuent, mais certains changements deviennent alors manifestes. Jean, par exemple, retourne à un rythme diurne normal et n'a plus de somnolence. Son apparence physique le préoccupe davantage et sa concentration s'améliore. Ses souvenirs sont plus clairs et il se montre capable de discuter des expériences étranges qu'il a vécues. Ses désordres psychophysiologiques ont diminué. Il a à nouveau des relations sociales; il s'assoit spontanément en compagnie des autres et initie des interactions non verbales avec eux. Malgré ces changements, il ne sent aucun progrès. Il les niera même. Si, au cours de cette période qui dure de quatre à dix-huit mois, des symptômes psychotiques ressurgissent, Jean ne se montre pas trop inquiet et ceux-ci disparaissent dès que le personnel les lui a interprétés.

LA PHASE TERMINALE

Jean se sent maintenant plus fort et il est capable d'agir sans qu'on lui pousse dans le dos. Ses habitudes de vie se normalisent. Il se montre confiant, «sécuré» et ambitieux. Il a parfois des sentiments dépressifs et des troubles perceptuels, mais il sait que cela est passager. Dans ces moments difficiles, il recourt pour se rassurer à l'image du thérapeute qu'il a intériorisée. Sa régression se terminera en deux jours.

LE RÉÉQUILIBRE

Maintenant, Jean travaille selon ses capacités. Les symptômes de sa régression sont disparus et, s'ils réapparaissent, ils ne provoquent en lui aucune panique. Il est certain qu'ils disparaîtront de nouveau.

Selon Kayton, le niveau d'adaptation que des sujets tels que Jean atteignent ressemble à celui des non-schizophrènes. Ce niveau se caractérise par les changements suivants: le sujet est capable de vivre seul et de se sentir «sécuré»; il a réussi à développer un sentiment de soi qui le distingue des autres; sa modulation d'affect s'est améliorée; il ressent du

plaisir à réaliser ses objectifs et à établir ses relations interpersonnelles; il n'a plus de désordres de pensée (sinon très peu); il est moins vulnérable aux symptômes psychotiques passagers; il évalue avec justesse ses ambitions et ses capacités; il est apte à prendre le crédit de ses réalisations personnelles et son jugement s'est amélioré.

Donc, les sujets qui ont emprunté cette voie se sont individualisés et sont progressivement devenus capables de se diriger par eux-mêmes tout en tenant compte des contraintes sociales. Ils ont atteint ce que Kayton appelle un bon résultat, c'est-à-dire: un accroissement de leur fonctionnement social et occupationnel, une meilleure appréciation de soi et une diminution notable de l'intensité de leurs symptômes schizophréniques.⁷

UN MODÈLE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE AIGUË: SOTERIA

En mai 1971, à San José, en Californie, débutait un projet expérimental d'intervention auprès de jeunes adultes vivant un épisode schizophrénique aigu; il devait malheureusement se terminer en septembre 1983, faute de fonds⁸. Ce projet, appelé Soteria, se présentait comme une alternative aux approches qui prédominaient alors dans le milieu psychiatrique américain (enkystement et intégration), et s'appuyait sur une conception phénoménologique de la schizophrénie et sur une conception psychosociale du traitement comme fondements de l'accompagnement. (Lecomte et Tourigny, 1983a; Pinero, 1983). Il se situait dans le courant antipsychiatrique (Barnes, Berke, 1973) mais sans s'appuyer sur un rationnel analytique. Nous avons choisi ce modèle comme exemple, car c'est celui qui a poussé, à notre connaissance, le plus loin l'utilisation de l'accompagnement dans un cadre thérapeutique pour psychotiques en phase aiguë.

1. Les fondements théoriques de Soteria

a) LA THÉORIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Selon cette conception, la psychose est une crise qui survient au cours du développement de la personnalité et dont les principales composantes sont compréhensibles. Elle est un état altéré de conscience qui se manifeste par la fragmentation de la

personnalité et la perte du sens de soi. Au cours de cette expérience, l'individu peut difficilement distinguer son monde interne de son monde externe et il connaît des sensations mystiques. Cette expérience psychotique offre une potentialité unique de croissance et d'apprentissage si elle n'avorte pas prématurément. Bien résolue, elle permet à l'individu d'acquérir un sentiment d'intégrité, d'identité et d'appartenance accrue, ainsi qu'une plus grande compétence psychosociale.

b) LA THÉORIE PSYCHOSOCIALE

Mosher et Menn ont appliqué à Soteria un certain nombre de principes. On voulait éliminer, en premier lieu, l'étiquetage et la stigmatisation engendrés par la *conception médicale* selon laquelle le sujet est atteint d'une incapacité et d'une dysfonction qui doivent être traitées et guéries à tout prix. Les résidents de Soteria auraient ainsi, pensaient-ils, moins tendance à se considérer comme des malades mentaux et leur compétence psychosociale s'en trouverait accrue par rapport à celle des patients traités à l'hôpital psychiatrique.

Du point de vue du *nombre*, on a considéré qu'un groupe social de dix à douze personnes serait plus naturel, moins complexe et plus facile d'adaptation. En créant ainsi une atmosphère familiale, on voulait maximiser la possibilité, essentielle pour des personnes désorganisées, de se connaître, de faire confiance à un nouvel environnement et de trouver une famille-substitut. Selon les concepteurs, l'intimité des lieux développerait la confiance en soi et en autrui, et inciterait le résident à explorer son moi intime sans crainte d'être puni.

Sur le plan de la *structure sociale*, Soteria se voulait aussi peu structuré que possible. Une structure ne devait se développer que pour satisfaire des besoins fonctionnels et être dissoute dès que le besoin n'existerait plus. Soteria prévoyait n'utiliser aucune méthode institutionnalisée pour faire face aux problèmes. Cette philosophie reposait sur l'hypothèse suivante : le manque relatif de structure amènerait des programmes d'intervention plus individualisés dans lesquels le résident se sentirait plus impliqué, plus responsable et moins dépendant.

Enfin, au sujet de la *médication*, Soteria préconisait que les neuroleptiques soient rarement prescrits et que les résidents en aient le contrôle. Ceux-ci étaient incités à observer leurs réactions aux médi-

caments afin qu'ils soient rajustés. Après deux semaines d'essai, les résidents devaient décider d'eux-mêmes s'ils continueraient à les prendre ou non.

Le programme thérapeutique

En guidant le résident à travers son état altéré de conscience, Soteria tentait de l'aider à intégrer cet état à la continuité de sa vie pour qu'il puisse émerger de sa crise avec une personnalité mieux intégrée et qu'il soit capable de poursuivre une vie satisfaisante à ses yeux.

À cette fin, l'attitude du personnel reposait sur les principes suivants :

1. Toutes les facettes de l'expérience psychotique doivent être considérées comme réelles, c'est-à-dire comme des qualités humaines vécues à un seuil extrême.
2. Le personnel doit créer une atmosphère qui facilite l'intégration de la psychose à la continuité de vie de l'individu, pour qu'il en fasse un apprentissage positif, grâce à l'accompagnement. À cet effet, une certaine durée de séjour est nécessaire, pour que le résident s'identifie et imite le personnel (environ 160 jours).
3. On doit vivre avec le résident, avoir des relations avec lui et le valoriser. Il ne doit pas être utilisé pour servir les besoins du personnel.
4. Le personnel doit exercer une grande tolérance envers les comportements inhabituels du résident, sans en éprouver de l'angoisse ou sans sentir le besoin de le contrôler. Une limite doit cependant être posée s'il y a danger pour le personnel lui-même, les autres personnes ou la survie du programme.
5. Normalement, on ne doit pas utiliser de phénothiazine avant six semaines. Mais si le résident se révèle paranoïde ou qu'il manifeste un début de psychose insidieux, on peut prescrire une dose de 300 mg de thiorazine.

Bref, le personnel doit accompagner les résidents pour faciliter leur processus de croissance.

Durant la phase aiguë de la psychose, les membres du personnel établissent une relation spéciale avec le résident désorganisé (de un à un ou de deux à un), jouant un rôle semblable à celui de guide d'un trip de L.S.D. Ce guide accompagne le résident et la relation dyadique ainsi formée constitue à la fois la source du contrôle de la psychose et le lien essentiel du programme thérapeutique. L'expérience

psychotique est alors partagée et reflétée aussi longtemps que le résidant et le guide ne vivent pas des niveaux intolérables de peur et d'angoisse.

Lorsque les résidants deviennent moins psychotiques, ils se montrent plus actifs dans la communauté ou famille substitut, avec tous les problèmes que cela entraîne: rivalité de type familial entre frères et soeurs, partage des tâches, échec à répondre à leurs attentes. On cherche à résoudre ces difficultés au niveau où elles se produisent, c'est-à-dire entre deux individus ou à l'intérieur du groupe des patients-résidants.

On a aussi prévu une structure organisationnelle minimale. La préparation des repas doit être planifiée et les tâches hebdomadaires assignées au début de la semaine. Tous doivent manger ensemble entre 16 h et 18 h. Une rencontre patients-résidants est prévue chaque semaine. Ce sont les seules activités régulières qui soient organisées. En d'autres temps, chacun est libre de faire ce qu'il veut: artisanat, peinture, yoga, etc.

L'autorité et les rôles ont été définies avec flexibilité, selon les fonctions à remplir. Il n'y a aucune réunion des membres du personnel entre eux. Les décisions doivent être prises avec les résidants et les responsabilités partagées entre eux. Tous doivent accomplir les tâches et le personnel ne doit pas se considérer comme ayant seul la réponse à tous les problèmes. Bref, le personnel et les résidants doivent former un seul corps.

Tout doit être issu d'un consensus de groupe. Lorsqu'un résidant se considère réunié - alors qu'il s'est amené à Soteria désintégré - et que les autres résidants sont d'accord, il reçoit son congé. Si un résidant est réticent à partir, ce problème doit être envisagé directement et avec fermeté. Le résidant concerné reçoit une offre d'être accompagné dans ce processus que constitue le détachement à l'institution. Après le départ, les relations entre les résidants et entre les résidants et le personnel sont maintenues.

Le choix du personnel

Le personnel de Soteria fut constitué de non-professionnels. N'ayant aucune idée préconçue sur la schizophrénie, on a pensé qu'ils pouvaient prendre plus facilement que les professionnels une position phénoménologique sur la psychose. On les

croyait aussi plus spontanés que les professionnels vis-à-vis des patients.

De fait, une enquête faite auprès de certains d'entre eux (dix) a démontré que, après un an de travail, ils se fiaient beaucoup à leur intuition et à leurs sentiments dans leurs contacts avec les résidants. Ils utilisaient leur intuition pour se faire un jugement et s'adapter à leur environnement (Mosher *et al.*, 1973).

BILAN-CONCLUSION. SOTERIA ET L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT: QUELQUES QUESTIONS

Devant la souffrance du psychotique en phase aiguë, il existe trois modes d'intervention possibles: l'enkystement, l'intégration et l'accompagnement.

De ces trois approches, l'accompagnement est le moins fréquent, car il nécessite un milieu souple et une grande implication de la part des non-professionnels qui en assurent le fonctionnement. L'accompagnement suppose aussi que l'on considère la psychose comme un processus naturel, de type homéostatique, menant à une meilleure adaptation psychosociale et dont les manifestations (ou symptômes) disparaissent par elles-mêmes. Bon nombre d'interrogations peuvent être soulevées à propos de cette approche.

La première interrogation concerne l'efficacité de celle-ci. À cet effet, Mosher *et al.* (1975, 1978a, 1978b, 1983) ont évalué expérimentalement, au cours des deux ans qui ont suivi leur congé, 37 ex-résidants de Soteria comparativement à 42 patients traités en milieu hospitalier. Ces deux groupes étaient semblables selon les variables suivantes: les caractéristiques socio-démographiques, le diagnostic, le mode d'émergence de la schizophrénie (insidieux ou aigu), le type paranoïde - non paranoïde et la psychopathologie globale. Pour leur part, les résidants de Soteria avaient séjourné en moyenne 166 jours en ce lieu, comparativement à 28 jours pour les patients du milieu hospitalier. Les premiers n'avaient reçu aucune médication durant les six premières semaines de leur séjour, alors que les seconds en avaient tous reçu ($P = .00001$). Par la suite, seulement 4% des résidants de Soteria en avaient reçu de façon continue.

Cette évaluation a fourni des données intéressantes quant à la psychopathologie et à l'évolution psychosociale des patients de chacun des groupes. Ainsi, les résidents de Soteria de même que les patients hospitalisés ont vu leur niveau de psychopathologie globale baisser significativement à la suite de leur séjour. Tel que postulé dans la philosophie de traitement de chaque lieu, on a donc assisté à une réduction des symptômes psychotiques chez les patients de chaque groupe.

Au point de vue psychosocial, l'étude a également fait ressortir des résultats intéressants. Immédiatement après leur séjour de 166 jours, les résidents de Soteria ont eu de meilleurs scores sur une échelle d'adaptation psychosociale que les patients de l'hôpital, qui y avaient séjourné 28 jours. La politique voulant que l'on donne congé le plus rapidement possible au patient semble avoir joué en défaveur de l'hôpital, sous cet aspect. Un an plus tard, les patients de l'hôpital avaient toutefois amélioré significativement leur adaptation psychosociale, mais les résidents de Soteria conservaient encore des scores plus élevés en ce domaine.

Après deux ans de suivi, les résidents de Soteria avaient un taux occupationnel significativement plus élevé que celui des patients de l'hôpital ($P < .05$) et ils vivaient d'une façon plus indépendante ($P = .02$). De plus, 59% des patients de Soteria n'avaient eu aucun contact avec les ressources publiques depuis leur sortie, alors que les patients hospitalisés en avaient tous eu ($P = .0007$). Par ailleurs, le nombre de sujets réadmis était alors relativement semblable dans les deux groupes (53% chez les premiers contre 67% chez les seconds).

Il est intéressant de noter ici que les deux modes d'intervention améliorent significativement l'adaptation psychosociale des sujets. On remarque aussi que l'approche d'accompagnement semble aussi efficace qu'une approche d'enkystement en termes de psychopathologie et d'adaptation psychosociale. De fait, ces résultats confirment les constatations effectuées par Gunderson (1980) dans une recension des ouvrages sur les divers milieux de traitement pour schizophrènes non chroniques. D'après cet auteur, un milieu qui possède les caractéristiques suivantes est susceptible d'apporter des résultats fructueux en termes d'adaptation psychosociale : 1. Une interaction intense entre les patients et le personnel ; 2. La participation des patients et du per-

sonnel aux décisions qui les concernent et le partage des responsabilités entre eux ; 3. Une bonne stabilité hors de l'hôpital suppose un contrôle du personnel plus strict dans les grandes unités et moindre dans les petites ; 4. Un traitement intensif qui s'échelonne sur trois à quatre mois, plutôt qu'un bref séjour d'un mois dans le milieu.

Notons enfin que 47% des résidents de Soteria n'ont pas rechuté. Ce chiffre est supérieur à celui de 25%, que les auteurs avaient estimé être pour les sujets des groupes placebo. Vu le nombre réduit de sujets à Soteria, ces résultats ne peuvent servir que d'indice, et non de conclusion définitive.

Une deuxième interrogation que soulève l'approche de l'accompagnement concerne le processus de rétablissement du patient. Comme nous l'avons vu, la rééquilibration peut suivre quatre voies, soit : la résolution psychotique, qui confine la personne dans son délire, mais ne l'empêche pas de trouver un équilibre avec son environnement ; la dépression anaclitique ou la réintégration partielle, voies que suit le patient lors d'une démarche thérapeutique intensive ; enfin, la régression postpsychotique, où la prise de médicaments est combinée à des mesures psychodynamiques et sociales. Mais, lors d'un accompagnement, est-ce que les stades du rétablissement sont différents de ceux déjà observés ?

Une troisième question à propos de l'accompagnement concerne le rôle des non-professionnels dans le traitement de la schizophrénie en phase aiguë. L'expérience de Soteria a montré que l'aide des non-professionnels peut se révéler très efficace. Mais comment pourrait-on intégrer ces personnes dans le milieu hospitalier, si une institution décidait d'utiliser l'accompagnement ?

Une quatrième question porte sur les formes que peut prendre l'accompagnement. Nous connaissons déjà la forme adoptée par les Alcooliques anonymes, les Grands frères, les Schizophrènes anonymes. Y en aurait-il d'autres ?

Une dernière question concerne l'évaluation des indices prémorbides. Existe-t-il des indices sur lesquels les intervenants se baseraient pour offrir tel type d'intervention plutôt que tel autre ?

Voilà autant de questions qui, nous l'espérons, pourront alimenter la réflexion de ceux et celles qui souhaitent une approche douce de la schizophrénie, contrairement à ce que l'on retrouve habituellement en psychiatrie.

NOTES

1. Premier congrès international psychiatrique et social de langue française dont le thème est *Les alternatives, la folie et la langue*, Paris, 25-26-27 octobre 1984.
2. Levy *et al.* (1975) ainsi que McGlashan *et al.* (1975, 1976, 1977) ont distingué deux façons par lesquelles l'individu peut s'adapter aux difficultés rencontrées durant le rétablissement : l'intégration et l'enkystement. Bien que ces deux processus soient antithétiques, ils peuvent se retrouver chez l'individu à différents moments pour diverses raisons. Parfois, même, une partie de soi sera enkystée et l'autre intégrée.

a) *L'enkystement*

L'enkystement est un processus par lequel l'individu supprime et refoule ses expériences et symptômes psychotiques de manière à les éloigner de sa conscience et à les rendre imperméables à toute action ou influence. En ayant recours à ce mode d'adaptation, l'individu refuse de discuter de la période trouble dans laquelle il se trouve et évite de lui donner une signification, une continuité par rapport au passé. Même si les conflits sous-jacents persistent, le sujet réussit à les canaliser dans l'action, se libérant du même coup de l'angoisse qui le travaillait. Il peut ainsi fonctionner à un niveau prépsychotique.

Le sujet qui réagit ainsi considère la psychose comme un événement encapsulé, très circonscrit et aliénant, et il cherche à en minimiser les implications. Il voit ses symptômes comme étant la cause de sa maladie et non sa conséquence. La psychose ne lui apparaît pas comme une partie altérée de soi, mais comme un événement extérieur à sa vie mentale, qui ne peut donc pas l'informer beaucoup sur lui-même. Tout ce qui lui importe est de retourner à son état antérieur pré-morbide en demeurant tel qu'il est. Mais il ne peut y parvenir à cause de l'image qu'il a de lui-même et de la stigmatisation dont il est victime. Il a tendance à rejeter les contacts interpersonnels et à percevoir les tentatives d'approche comme étant intrusives. Il est de plus très sensible à protéger son «self». Par ailleurs, il ne se sent pas à l'aise dans le rôle de patient et la présence d'autres patients l'incommode.

Sur le plan de la responsabilité le sujet envisage ce qui lui arrive de l'une ou l'autre de ces façons : ou bien il la nie totalement, et il se perçoit alors comme la victime de forces extérieures oppressives et il blâme les autres, ce qui le pousse à la passivité et à la résignation face à sa maladie ; ou bien il accepte de façon irraisonnée la responsabilité entière de son épisode psychotique, et il se perçoit alors comme totalement mauvais.

Le dynamisme fondamental qui anime l'enkystement semble servir une double fin : il s'agit d'efforts primitifs ayant pour but d'exprimer et de développer l'autonomie de l'individu, ce qui va dans le sens d'une individualisation ; d'autre part, ces mêmes efforts servent à protéger le patient contre les systèmes de «processing» de sorte qu'il puisse assimiler les informations fournies par sa psychose au rythme qu'il désire.

b) *L'intégration*

L'intégration est un processus par lequel l'individu reconstruit une continuité entre ses pensées et sentiments vécus durant la psychose et sa vie mentale postpsychotique. L'individu qui a recours à ce mode d'adaptation accepte de se confronter aux conflits qui émergent de son expérience psychotique et devient graduellement capable de les canaliser

dans des voies plus saines. Il se montre curieux à propos de sa psychose et se sent responsable d'elle. Il tente de l'utiliser comme une source d'informations nouvelles à son sujet afin de pouvoir modifier ses opinions et comportements pré-morbides. En fait, il cherche à intégrer dans un tout ses nombreuses représentations persécutrices et idéales, processus qui caractérise le développement normal dans la première année de vie. Le sujet qui réagit ainsi considère donc que la psychose a un gros impact sur sa vie, impact qui exige un examen de son passé et une analyse de ses attentes envers l'avenir.

Face à la maladie mentale, d'autre part, l'intégration suppose une attitude moins craintive et négative que l'enkystement. L'individu qui adopte l'intégration accepte en effet mieux son statut de patient (l'ayant intégré à sa vie) et voit les autres patients comme des pairs ayant des problèmes individuels plutôt que comme des malades mentaux enclins à des comportements explosifs et imprévisibles. Il utilise tous les moyens thérapeutiques mis à sa disposition et accepte également de se rapprocher des autres. Il cherche alors à mettre de côté plus ses idées d'omnipotence liées à la psychose, démontre une plus grande humilité et une plus grande vulnérabilité dans ses rapports avec les autres.

Dans ce processus, le sujet contrairement à ce qui se produit dans l'enkystement, stimule la tolérance du milieu envers ses sentiments et affects jugés bizarres. Cette tolérance l'incite à devenir lui-même plus compréhensif envers ses désirs conflictuels et affectifs, ce qui l'amène à mieux distinguer ses pensées de ses actions et à être plus conscient de la réalité. Il en vient ainsi à vivre ses sentiments sans que sa capacité de fonctionner dans un milieu social ne soit troublée (il est moins porté à utiliser la projection).

3. Pour les fins de cette analyse, nous retiendrons seulement les études basées sur un échantillon distinct de schizophrènes, identifiés par des critères précis et comparés à un groupe-contrôle.
4. Considérer uniquement la relation entre l'épisode psychotique et des événements de la vie du patient est une attitude simpliste. D'autres variables intermédiaires jouent également un rôle important par rapport à cet épisode. Ainsi, selon Andrews et Tennant (1978), «la capacité humaine de trouver un support social, de se défendre intra-psychiquement et de faire face à l'environnement peut limiter la stimulation à des niveaux non pathologiques» (545). L'individu est donc capable de modifier la teneur stressante de ces situations.
5. Docherty *et al.*, (1976) décrivent les traits de cette étape de la façon suivante : effondrement des défenses ; présence d'une angoisse d'anéantissement : présence d'hallucinations, d'idées de références et de sensations corporelles bizarres ; déstructuration des mondes interne et externe ; parfois fragmentation avec catatonie.
Donlon et Blacker (1968, 1975) ajoutent les traits suivants : prise de conscience de ses conflits psychologiques ; présence d'une angoisse de mort : envahissement par des pulsions sexuelles et agressives : hyperstimulation ; perte du sentiment d'identité ; confusion cognitive et présence des processus de pensée primaire ; troubles de sommeil sévères.
6. Sachar *et al.* ont fait une étude projective sur huit jeunes patients vivant un premier épisode de schizophrénie aiguë. Les sujets furent traités à l'aide d'une psychothérapie intensive sans médication. Kayton, pour sa part, a étudié rétrospectivement la rééquilibration de 29 jeunes schizophrènes qui fonctionnaient bien depuis au moins 3 1/2 ans (6 1/2 ans dans certains cas). Sur les 23 d'entre eux qui avaient absorbé une

médication au cours du traitement, 19 n'en prenaient plus au moment de l'étude.

7. Kayton (1975) a énuméré les quatre critères fondamentaux du succès d'un traitement. Il faut qu'il y ait : développement d'un sentiment de protection chez le patient ; formation d'une relation dyadique de dépendance et de confiance avec un thérapeute durant la phase primaire ; mobilisation de l'individu graduelle, ferme et souple durant le soulèvement partiel de l'état de régression ; création et maintien d'un environnement propre à la convalescence.
8. J.W. Perry (1974, 1976) a lui aussi mis sur pied une communauté thérapeutique pour jeunes psychotiques appelée Diabasis. Kresky-Wolff *et al* (1984) décrivent eux aussi une autre expérience, Crossing Place, qui s'inspire de Soteria.

RÉFÉRENCES

- ANDREWS, G., TENANT, C., 1978, Life event stress and psychiatric illness, *Psychological Medicine*, 8, 545-9.
- ANTHONY, W.A., BUELL, G.J., SHARRATT, S., ALTHOFF, M.E., 1972, Efficacy of psychiatric rehabilitation, *Psychological Bulletin*, 78, 447-56.
- BARNES, M., BERKE, J., 1973, *Mary Barnes. Un voyage à travers la folie*, Seuil, Paris.
- BOWERS, M.B., 1968, Pathogenesis of acute schizophrenic psychosis, *Arch. Gen. Psychiat.*, 19, 348-55.
- BOWERS, M.B., 1974, *Retreat from sanity*, Human Sciences Press, New York.
- BROWN, C.W., BIRLEY, J.T.L., 1968, Crisis and life changes and the onset of schizophrenia, *Journal of Health and Social Behaviour*, 9, 203-14.
- CANCRO, R., ANGRIST, B., 1978, Are drugs more than palliative in the treatment of schizophrenia?, Probably so, in Brady, J.P., Brodie, H.K.H., Eds, *Controversy in Psychiatry*, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 199-214.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of preventive psychiatry*, Basic Books, New York.
- CARPENTER, W.T., MCGLASHAN, T.H., STRAUSS, J.S., 1977, The treatment of acute schizophrenia drugs: an investigation of some current assumptions, *Am. J. Psychiatry*, 134, 14-20.
- CARR, U.J., 1983, Recovery from Schizophrenia : a review of patterns of psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 9, 95-121.
- COLE, J.O., DAVIS, J.M., 1975, Antipsychotic drugs in Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Saddock, B.J., eds, *Comprehensive Textbooks of Psychiatry*, II, Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1921-1940.
- DOCHERTY, J.P., VAN KAMMEN, D.P., SIRIS, S.G., MARDER, S.R., 1978, Stages of onset of schizophrenia psychosis, *Am. J. Psychiatry*, 135, 420-6.
- DONLON, P.T., BLACKER, K.H., 1968, Stages of schizophrenia decompensation and reintegration, *J. Nervous and Mental Disease*, 114, 200-8.
- DONLON, P.T., BLACKER, K.H., 1975, Clinical recognition of early schizophrenic decompensation, *Diseases of the Nervous System*, June, 323-7.
- EPSTEIN, S., 1979, Natural healing processus of the mind : 1. Acute schizophrenic disorganisation, *Schizophrenia Bulletin*, 5, 313-321.
- EVANS, J.R., RODNICK, E.H., GOLDSTEIN, M.J., JUDD, L.L., 1972, Premorbid adjustment, phenothiazine treatment and remission in acute schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiatry*, 27, 486-90.
- GARDOS, G., COLE, J., 1976, Maintenance antipsychotic therapy : is the cure worse than the disease?, *Am. J. Psychiatry*, 133, 32-6.
- GOLDSTEIN, M., 1970., Premorbid adjustment, paranoid status and patterns of response to phenothiazines in acute schizophrenics, *Schizophrenia Bulletin*, 3, 24-37.
- GUNDERSON, J.G., 1980, A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 64-69.
- JACOBS, S., MYERS, J., 1976, Recent life events and acute schizophrenic psychosis : a controlled study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 75-87.
- KANTOR, R.E., HERRON, W.G., 1969, *Reactive and Process Schizophrenia*, Science and Behavior Books, Inc., Palo Alto.
- KAYTON, L., 1975, Toward an integrated treatment of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 60-70.
- KAYTON, L., 1975, Clinical features of improved schizophrenia, in Gunderson, J.G., Mosher, L.R., eds., *Psychotherapy of Schizophrenia*, Jason Aronson, New York, 361-396.
- KAYTON, L., BECK, J., KOH, S.D., 1976, Postpsychotic state, convalescent environment, and therapeutic relationship in schizophrenic outcome, *Am. J. of Psychiatry*, 133, 1269-1274.
- KRESKY-WOLFF, M., MATTHEWS, S., KALIBAT, F., MOSHER, L.R., 1984, Crossing Place : a residential model for crisis intervention, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 72-4.
- LANGLOIS, R., 1981, Coupe-circuit. Une alternative à la psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 119-125.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., 1983a, La communauté thérapeutique. Première partie : définition, caractéristiques et évolution, *Santé mentale au Québec*, VIII, 1, 107-121.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., 1983b, La communauté thérapeutique. Deuxième partie : La Chrysalide, *Santé mentale au Québec*, VIII, 1, 122-134.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., VINCENT, D., 1984, Réflexions sur une intervention mixte en institution et en ressource alternative, in Bergeron, D., Cantin, L., eds, *Les alternatives en santé mentale*, Québec-Amérique, Montréal, 27-44.
- LEFF, J.P., HIRSCH, S.R., GAIND, R., ROHDE, P.D., STEVENS, B.S., 1973, Life events and maintenance therapy in schizophrenic relapse, *British Journal of Psychiatry*, 123, 659-60.
- LEVY, S.T., MCGLASHAN, T.H., CARPENTER, W.T., 1975, Integration and sealing-over as recovery styles from acute psychosis, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 307-312.
- LUKOFF, D., SNYSER, K., VENTURA, J., NUECHTERLEIN, K.H., 1984, Live events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
- MAGARO, P.A., VOJTISEK, J.E., 1971, Embedded figure performance of schizophrenics as a function of chronicity, premorbid adjustment, diagnosis and medication, *J. Abnormal Psychology*, 77, 184-91.
- MATTHEWS, S.M., ROPER, M.T., MOSHER, L.R., MENN, A.Z., 1979, A non-neuroleptic treatment for schizophrenia : analysis of the two-year postdischarge risk of relapse, *Schizophrenia Bulletin*, 5, 322-333.
- MCGLASHAN, T.H., LEVY, S.T., CARPENTER, W.T., 1975, Integration and sealing-over, *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1269-1272.

- Mc GLASHAN, T.H., DOCHERTY, J.P., SIRIS, S., 1976, Integration and sealing-over recovery from schizophrenia: disguising case studies, *Psychiatry*, 39, 325-338.
- Mc GLASHAN, T.H., CARPENTER, W.T., 1976, Postpsychotic depression in schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 231-239.
- Mc GLASHAN, T.H., LEVY, S.T., 1977, Sealing-over in a therapeutic community, *Psychiatry*, 40, 55-65.
- MOSHER, L.R., 1972, A research design to evaluate psychosocial treatment of schizophrenia, *Hospital and Community Psychiatry*, 23, 229-34.
- MOSHER, L.R., REIFMAN, A., MENN, A., 1973, Characteristics of Nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics, *Hospital and Community Psychiatry*, 24, 391-6.
- MOSHER, L.R., MENN, A., MATTHEWS, S.M., 1975, Soteria: evaluation of a homebased treatment for schizophrenia, *Am. J. Orthopsychiatry*, 45, 455-467.
- MOSHER, L.R., MENN, A., 1975, Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia, in Masserman, J.H., ed., *Current Psychiatric Therapies*, Grune and Stratton, New York, 287-296.
- MOSHER, L.R., MENN, A.Z., 1978, Lowered Barriers in the community. The Soteria model, in Stein, L.I., Test, M.A., eds, *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press, New York, 74-114.
- MOSHER, L.R., MENN, A.Z., 1978, Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 715-723.
- MOSHER, L.R., MENN, A., 1979, Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia, *New Directions for Mental Health Services*, 1, 73-83.
- MOSHER, L.R., MENN, A.Z., 1983, Scientific evidence and system change: the Soteria experience, in Stierlin, H., Wynne, E.C., Wirsching, M., eds, *Psychosocial Intervention in Schizophrenia. An International View*, Springer-Verlag, New York, 93-108.
- NUECHTERLEIN, K.H., DAWSON, M.E., 1984, A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- PERALDI, F., 1984, Sept ans après, *Santé mentale au Québec*, IX, 1, 38-49.
- PERRY, J.W., 1976, *Le voyage symbolique*, Aubier Montaigne, Paris.
- PINERO, F., 1983, Soteria House. Milieu de vie ou nouvelle thérapie? Une expérience personnelle, *Santé mentale au Québec*, VIII, 1, 135-9.
- RABKIN, J.G., STRUENING, E.L., 1976, Life events, stress and illness, *Science*, 194, 1013-1020.
- RABKIN, J.G., 1980, Stressful life events and schizophrenia: a review of the research literature, *Psychological Bulletin*, 87, 408-25.
- RAPPOPORT, M., HOPKINS, A.K., HALL, K., SILVERMAN, J., 1972, Phenothiazines effects on auditory signal detection in paranoid and nonparanoid schizophrenics, *Science*, 174, 723-5.
- RAPPOPORT, M., 1978, Are drugs more than palliative in the treatment of schizophrenia? in Brady, J.P., Brodie, H.K.H., eds, *Controversy in Psychiatry*, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 215-232.
- RAPPOPORT, M., HOPKINS, H.K., HALL, K., BELLEZA, T., SILVERMAN, J., 1978, Are there schizophrenia for whom drugs may be unnecessary or contraindicated?, *Int. Pharmacopsychiat*, 13, 100-111.
- RAYMOND, M.E., 1984, Lettre à Pierrette. Demain il y aura encore du soleil, *Santé mentale au Québec*, IX, 1, 6-11.
- SACHAR, E.J., MASON, J.W., KOLMER, H.S., ARTISS, K.L., 1963, Psychoendocrine aspects of acute schizophrenic reactions, *Psychosomatic Medicine*, XXV, 510-537.
- SACHAR, E.J., KANTER, S.S., BUOI, D., ENGLE, R., MEHLMAN, R., 1970, Psychoendocrinology of ego desintegration, *Amer. J. Psychiatry*, 126, 1067-1078.
- SASSOLAS, M., 1981, La Baisse, une communauté thérapeutique pour psychotiques, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 143-160.
- SCHWARTZ, C.C., MYERS, J.K., 1977, Life events and schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 1238-41.
- SCHWARTZ, C.C., MYERS, J.K., 1977, Life events and schizophrenia: impact of life events on symptom formation, *Archives of General Psychiatry*, 34, 1242-5.
- SPRING, B., COONS, H., 1982, Stress as a precursor of schizophrenic episodes, in Neufeld, R.W.J., ed., *Psychological Stress and Psychopathology*, Mc Graw Hill, N.Y., 13-54.
- UHLENHUTH, E.H., PAYKEL, E.S., 1973, Symptom configuration and life events, *Arch. of Gen. Psy.*, 28, 744-8.
- ZUBIN, J., SPRING, B., 1977, Vulnerability - a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

SUMMARY

The experience accumulated over the years with psychotic individuals risks being lost in confusion if care is not taken to introduce certain reference questions and to respond to them, at least partially. In this text, we will ask ourselves the following questions while attempting to communicate, through them, our experience and the elements of response that we have discovered there: 1. What is the dynamic of the encounter with the psychotic in the acute phase? What response should we choose among the three which are possible: sealing-over, integration or accompaniment? 2. What are the stages in the process of equilibration in the young schizophrenic? 3. Does an effective model of accompaniment exist? We will end this article with several questions which might serve as directions for eventual research efforts.