

# L'« ancrage » : un concept au cœur du travail avec les psychotiques

Dion Van Werde

DANS **APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE. PRATIQUE ET RECHERCHE** 2006/2 n° 4 , PAGES 62 À 76  
ÉDITIONS **ACP-PR**

ISSN 1774-5314

DOI 10.3917/acp.004.0062

Date de mise en ligne : 01/03/2007

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2006-2-page-62?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour ACP-PR.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# L'« ancrage » : un concept au cœur du travail avec les psychotiques

**Dion Van Werde**

*Traduction : Françoise Ducroux-Biass*

Dion Van Werde est psychologue et psychothérapeute centré sur la personne. Il est membre et formateur de l'Institut Européen de Formation en Pré-thérapie selon Garry Prouty. Cet institut est domicilié à l'hôpital psychiatrique Sint-Camillus, près de Gand, en Belgique. Van Werde a créé, au sein même de cet hôpital, un service centré sur la personne pour des personnes psychotiques qu'il traite suivant les principes de la pré-thérapie.

## Résumé

Dion Van Werde compare la personne malade à un arbre. Dans la partie supérieure il y a toute la symptomatologie de la maladie (cauchemar, illusion, hallucination, etc.). Mais, enfouies sous terre, se trouvent les racines où se cache souvent une partie saine de la personne. Il est donc nécessaire d'entrer en contact avec cette partie-là. Van Werde est l'auteur de la méthode qu'il appelle « ancrage » et qui permet à la personne malade de contacter ses

Anchorage: as a core concept with working with psychotic people, in Thorne, B., Lambers, E. (eds), *Person-Centred Therapy: A European Perspective*, London, Sage, 1998 (pp. 195-205). Publié avec l'aimable autorisation de l'éditeur ([www.sagepub.co.uk](http://www.sagepub.co.uk)).

racines afin d'essayer d'établir un équilibre entre le haut et le bas de son arbre. Bien qu'il ait développé cette méthode à partir de l'expérience faite en milieu psychiatrique, Van Werde estime qu'elle s'applique à toute personne qui désire « rester en équilibre », c'est-à-dire en bonne santé. Il s'agit d'un équilibre d'ancrage dynamique contre des forces aliénantes ; la santé se trouve dans l'équilibre.

*Mots-clés* : contact psychologique, psychose, ancrage, pré-thérapie, centré sur la personne.

## L'image de l'arbre

Lorsqu'une personne est admise dans notre service, ses problèmes psychotiques et la souffrance qu'ils engendrent sont visibles immédiatement. Notre premier souci est de soulager toute cette souffrance, le plus vite étant le mieux. Toutefois, l'expérience nous apprend qu'il est difficile de mettre en pratique nos bonnes intentions. Parfois, les problèmes sont tellement lourds et notre sentiment d'impuissance tellement grand qu'il nous faut abandonner nos aspirations et accepter une leçon d'humilité.

Il nous faut d'abord « tout simplement » admettre que nous n'avons que ce que nous voyons, et que la personne qui souffre est elle-même un témoin oculaire direct de l'événement plutôt qu'un participant/acteur actif. Il y a dans ce constat une partie de la philosophie qui nous sert de base de travail. Cette philosophie, j'ai pu moi-même l'approfondir en travaillant avec les parents et les proches des patients hospitalisés dans le service. Ils souffrent de la même impuissance que nous et sont au moins aussi motivés que nous le sommes pour essayer d'éliminer la souffrance. Au premier contact, s'ils nous le demandent, le seul conseil que nous puissions leur donner, la seule suggestion pratique que nous puissions leur offrir revient à dire que la gestion de la souffrance est un processus, qu'il faut commencer par essayer de vivre avec le fait que leur parent est en proie à une psychose et que le reste viendra ensuite.

Dans notre façon de conceptualiser la psychose, la symptomatologie ne nous apparaît pas automatiquement comme le principal problème. La difficulté réelle consiste à assurer l'équilibre entre un fonctionnement sain et un fonctionnement problématique. Cela signifie que nous présupposons

toujours l'existence d'une partie saine chez les personnes dont nous nous occupons, un noyau qui peut être atteint et renforcé, même s'il semble relativement ténu. Pour nous, il y a toujours quelqu'un à qui nous pouvons nous adresser! Pour parler de cela aux personnes concernées nous leur présentons l'image de l'arbre. La partie supérieure, le haut (les branches, les feuilles...), représente tout ce qui est dans l'air, à savoir: des choses comme les pensées, les rêves, les rêveries, les fantasmes, les cauchemars, les illusions, les hallucinations de toutes sortes, y compris la voyance et les perceptions extrasensorielles, etc. La partie inférieure (les racines) représente tout ce qui est enterré, enraciné, solide, ferme, et offre des fondations. Nous y associons, par exemple, une nourriture saine, un bon équilibre entre le jour et la nuit, des contacts sociaux constructifs, une place dans la société, une bonne santé physique, un bon équilibre entre le travail et les activités de loisir, une apparence soignée, etc.

En poursuivant avec notre image, nous disons qu'il est essentiel que la partie supérieure et la partie inférieure de l'arbre soient équilibrées. Plus précisément, si l'ampleur du haut est importante il faut que lui réponde un vaste réseau de racines. Les personnes psychotiques sont victimes de leurs pensées, de leurs fantasmes, de leurs illusions, etc. qui les écrasent. Il leur manque un sol ferme sous les pieds. Souvent elles ne dorment pas, elles laissent aller leur alimentation et leur apparence, elles se renferment sur elles-mêmes et évitent le contact social. En tant que soignants nous avons tendance à ne faire attention qu'à la seule symptomatologie. Et pourtant dans notre travail, nous faisons l'expérience qu'il est important de travailler également à la restauration et au renforcement des fonctions de contact du patient pour nous préparer à aborder plus tard le contenu psychotique. Nous expliquons aux gens que lorsque les racines sont pauvres et inadéquates, il suffit d'un vent léger pour faire tomber l'arbre. Le problème n'est pas tant celui d'un haut trop large que celui d'un ancrage insuffisant. Il est certain que du point de vue thérapeutique il se dégage de cette présentation une image positive de l'homme qui non seulement donne espoir mais offre également quelques prises à saisir avant de s'embarquer dans un voyage thérapeutique.

## L'importance des racines

Il peut arriver que parfois nous-mêmes, personnes «saines», nous fassions des expériences étranges. Qui ne s'est jamais entendu appelé par son nom dans la rue? Si vous êtes curieux, voire suspicieux, au point de chercher

d'où et de qui vient cet appel vous vous apercevez qu'il s'agit d'un malentendu, que le son ressemblait à un nom sans être un nom ou bien, qu'en effet, c'était peut-être le même nom que le vôtre mais qu'il s'agissait d'une autre personne. Pendant une fraction de seconde vous avez eu l'occasion de réaliser ce que signifie vivre dans un monde continuellement plein de tels « malentendus ». Une personne « saine » peut facilement retrouver ses sens sans perdre le contrôle d'elle-même ou sans se laisser envahir par cette sorte de brève mais singulière expérience. On peut dire que cette personne, en dépit d'un éventuel moment de doute existentiel, réussit à rester ancrée dans la réalité quotidienne, dans le monde tel que « nous » le connaissons, dans la réalité que nous « partageons ». Entendre un nom que nous connaissons est une situation relativement banale. Mais qu'en est-il lorsque vous l'entendez la nuit, qu'il trouble votre sommeil, engendre tout un cycle d'anxiété et d'agitation qui provoque bien plus qu'un tourbillon auditif ? Qu'en est-il lorsque l'appel est très fort et hostile ? Quand est-il s'il survient pendant une dispute avec votre mari ou lors d'une réception où vous êtes supposé être l'hôte qui reçoit ? Il existe de nombreux exemples de telles expériences qui mettent le contact en danger. La question est toujours la même : êtes-vous suffisamment enraciné pour pouvoir contrebalancer ces expériences par un fonctionnement sain ? Votre système de racines peut-il porter un haut aussi vaste ? Si ce n'est pas le cas, s'agit-il d'un problème momentané et occasionnel (manque de sommeil, absorption de drogue, épisode émotionnel, ...), ou bien d'un problème structurel : le niveau de vos ressources psychologiques est-il si bas que tout excès de stress accroît votre *experiencing*<sup>1</sup> psychotique et que vous vous effondrez, quoi qu'il advienne ?

C'est pour ces raisons que nous ne sommes pas systématiquement en faveur de couper médicalement le haut de l'arbre dès que quelqu'un vient chercher de l'aide. A la rigueur, nous envisageons ce genre d'intervention pour essayer de gérer une situation problématique. Dans un contexte médical, en tenant compte des limites du système (personnel restreint ayant la responsabilité d'une vingtaine de lits, etc.) on a recours aux médicaments comme compromis. Les ressources en relations thérapeutiques sont effectivement limitées et, en fin de compte, qui sommes-nous pour dire que celles-ci seraient toujours suffisantes sur le plan thérapeutique ? Alors quand, par exemple, quelqu'un entend des voix, nous essayons d'entrer en relation avec cette personne pour trouver avec elle la nature de son pro-

<sup>1</sup> Expression anglaise qui signifie : ce dont on est en train de faire l'expérience intérieurement.

blème, déterminer la distance qui pourra être mise entre elle et ce problème, quelle est la chose la plus urgente à entreprendre et quels seront les besoins à envisager dans le futur.

## Qu'en est-il du haut de l'arbre

Bien sûr, si le patient le désire, il est relativement facile de le libérer de sa symptomatologie psychotique. Des médicaments ou des électrochocs feront l'affaire. Toutefois une telle opération a un coût : le haut est presque toujours sévèrement coupé, entraînant ainsi une perte de la qualité de vie qui lui est inhérente. Ceci nous amène à la notion du fonctionnement pré-expressif de Prouty<sup>2</sup>. Le comportement psychotique est considéré comme ayant un sens, une façon de régler quelque chose, une manière de s'exprimer, sans pour autant atteindre le niveau communicatif requis par une communication congruente. Cependant si l'on ignore, nie, néglige ou manque d'écouter soigneusement ces modes de fonctionnement, on sous-estime leur puissance dans le processus thérapeutique. Comme Prouty le décrit théoriquement et l'illustre par des exemples de cas, l'hallucination peut être la voie royale à l'inconscient (Prouty, 1994, p. 88). Nous sommes convaincus que la science est encore limitée dans sa compréhension de toutes les dynamiques qui interviennent dans ces sortes de fonctionnement. Par ailleurs les recherches concernant la relation entre le fonctionnement psychotique et le fonctionnement extra ou supra sensoriel sont relativement inexistantes. Il est frappant de constater que Carl Rogers ne fit de place à de tels aspects de la vie qu'à la fin de sa propre vie (Thorne, 1992, p. 22)<sup>3</sup>. J'ai appris, quant à moi, que ce n'est que lorsque vous pouvez être vraiment ouvert avec les gens qu'ils commencent à vous faire vraiment confiance et à vous accepter comme compagnon de voyage. Prouty relate plusieurs cas d'hallucinations visuelles dont il a pu retracer jusqu'à l'expérience nodale qui s'est avérée le point de départ de leur origine. A ma connaissance il n'y a pas beaucoup de thérapeutes parmi nous qui ont réussi de telles thérapies. D'après moi, cela dépend du niveau de congruence du thérapeute. Les gens qui souffrent de psychose sont habiles à repérer les thérapeutes qui sont bien dans leur peau, sincères et vraiment maîtres de leurs émotions et ceux

<sup>2</sup> Ndt: Garry Prouty, psychologue américain, docteur en psychologie, est le fondateur de la pré-thérapie.

<sup>3</sup> Ndt: Dans la traduction française *Comprendre Carl Rogers*, Toulouse, Privat, 1994, p. 36.

qui vont les abuser. Ce n'est que lorsque les conditions sont optimales que les gens prennent le risque de vraiment se pencher sur leurs expériences, particulièrement lorsqu'elles sont aussi privées, délicates et anxiogènes que celles qui s'avèrent génératrices de psychoses.

Le meilleur des traitements consiste à contacter cette partie de la personne qui est encore enracinée et fonctionnelle et à essayer de former une alliance avec cette partie qui est susceptible de s'occuper de manière congruente de la situation ou qui a encore un peu de force. En tant que thérapeutes ou facilitateurs du contact, nous essayons d'établir un contact avec cette partie-là, de l'accompagner, d'en renforcer l'ancrage et d'aider petit à petit la personne à retrouver la maîtrise de la situation. Peut-être la personne deviendra-t-elle, plus tard, assez forte pour permettre au thérapeute d'essayer d'intégrer dans le traitement ces expériences horribles et menaçantes dont il est question. Mais il faut être réaliste : chaque personne est unique ; du point de vue thérapeutique certaines peuvent faire beaucoup plus de progrès que d'autres ; certaines ont plus de courage, les autres plus de force ; d'autres ont subi plus de souffrances qui les ont vraiment blessées ; d'autres sont entourées ; d'autres ne savent pas ce que c'est que d'avoir jamais fait confiance à quelqu'un ; d'autres finalement refusent d'abandonner un équilibre latent, leur souffrance psychotique actuelle leur paraissant bien moins pénible que l'expérience d'une réalité traumatique sous-jacente. Chaque processus est différent. Toute quête de force et de santé est unique. Il en est de même de tout processus thérapeutique. Aider quelqu'un est un acte créatif. Le thérapeute doit rechercher avec assiduité la manière d'atteindre ce semblable particulier, cet être humain, d'établir avec lui une relation et de renforcer en lui le sentiment qu'il est ancré. C'est parfois se lancer dans un projet de toute une vie.

Cette façon de considérer les problèmes peut être extrêmement efficace. Si nous nous référons à la littérature centrée sur la personne et plus particulièrement à la littérature expérientielle, ce que nous essayons de faire suit la ligne générale de la théorie. On peut conceptualiser la théorie en disant qu'elle est la mise à distance des problèmes. Si nos clients peuvent nous rejoindre dans l'image de l'arbre cela signifie qu'une certaine distance avec leur fonctionnement psychotique est déjà établie. Vous regardez votre problème. « Vous » n'est plus égal à « problème ». C'est un excellent point de départ pour une future thérapie. Le thérapeute peut être autorisé à devenir un allié du « vous » du patient et ce sera peut-être dans un « triologue » entre le patient, le thérapeute et les « problèmes » que le travail pourra se faire. Probablement et seulement très graduellement, en décodant et en intégrant

leur experienciant psychotique, les clients pourront-ils redevenir eux-mêmes. Mais ce que nous leur disons, cependant, c'est que les extrêmes doivent être équilibrés et que la personne a besoin de trouver pour elle-même combien forte elle se sent, quelles sont ses priorités thérapeutiques du moment et quelle est l'ampleur du haut de l'arbre que ses racines actuelles peuvent porter. Dans la majorité des cas, les personnes qui sont admises dans notre service reconnaissent qu'elles perdent le contrôle d'elles-mêmes et comprennent que, pour elles, il est prioritaire de renforcer leur ancrage. Au bout d'un certain temps, elles se rendent compte que de ne considérer que leurs problèmes n'est peut-être pas nécessaire et qu'elles peuvent travailler sur l'équilibre entre ancrage et expériences aliénantes, quelles qu'elles soient. En d'autres termes nous essayons de trouver comment entreprendre des essais de contact réparateur.

## La pré-thérapie à l'origine de notre inspiration pratique

Notre réflexion sur l'ensemble de la signification que revêt le travail du contact, en tant que réponse au besoin voire au droit d'ancrage, a trouvé son point de départ dans la pré-thérapie telle qu'elle est décrite par G. Prouty. Même la prise de conscience de la réalité environnante peut être parfois problématique. Il est fréquent que l'admission à l'hôpital augmente ce genre d'aliénation, renforce et même exacerbe la perte de contact. Nous nous sommes demandés comment et par quel moyen le fait de prêter attention à l'ancrage pourrait thérapeutiquement renverser cette tendance. Face à un patient, nous nous posons donc la question de savoir ce qui a besoin d'être restauré ou ancré en premier (le gâteau) pour que, par la suite, puisse être instaurée une (psycho)thérapie (le glaçage) si nécessaire.

Théoriquement nous pouvons parler de différentes couches d'ancrage qui accompagnent les divers efforts de contact réparateurs. Nous mentionnons, ci-après, quatre types différents de contact qui nous serviront ensuite de référence pour décider quel genre de contact nous voulons offrir à ceux de nos clients avec lesquels nous travaillons :

1. Le contact existentiel : le simple droit d'exister et d'être reconnu comme membre de l'humanité. La société est supposée garantir ce droit.

2. Le contact psychologique : la prise de conscience concrète de la réalité des états affectifs (qu'il s'agisse de personnes, de lieux, d'événements ou de choses) et la capacité d'en parler d'une manière congruente et socialement compréhensible. Lorsque ce type de contact fait défaut la pré-thérapie peut être utilisée pour le restaurer.

3. La consolidation et le renforcement des fonctions de contact: ceci peut se faire au moyen d'exercices individuels ou avec d'autres personnes dans ce qui est appelé un milieu «facilitateur de contact» tel que, par exemple, le service de l'hôpital psychiatrique dans lequel mes collègues et moi-même travaillons.

4. Le contact culturel: se sentir membre d'un groupe élargi peut nous aider à (re)construire notre identité. Nous décrivons comment cela peut se faire au travers d'activités de loisir soigneusement conçues et la rencontre d'objets d'ancrage culturels.

Ayant amplement retracé ailleurs la manière dont nous travaillons dans les autres catégories de contact, nous ne nous étendrons ci-après que sur les efforts déployés dans le domaine culturel.

## Le droit d'exister

Le droit d'exister, d'être membre de la famille humaine et le droit de recevoir une assistance thérapeutique peuvent être considérés comme un droit fondamental. Mais ce droit est rarement nommé de manière explicite et il n'est pas automatiquement appliqué partout. Que nous ayons tous le droit d'exister n'est pas si évident. Comme Henriette Morato, de l'Université de São Paulo au Brésil, me le fait remarquer dans une communication personnelle, les enfants des rues du Brésil qui deviennent autistes et vivent dans les égouts manquent de tout, y compris du droit fondamental d'exister. Leur vie est constamment en danger. Pour ces enfants elle a mis en place un projet pilote de pré-thérapie qu'elle considère comme un outil très puissant et souvent efficace pour entrer en contact avec eux. Néanmoins, nous devons garder à l'esprit que la pré-thérapie individuelle n'a de sens que si le premier et fondamental droit d'exister a d'abord été assuré. Dans des cas comme celui-ci, les interventions thérapeutiques doivent aller de pair avec une analyse sociologique et une action politique radicales. Ces enfants sont déconnectés de tout (racines généalogiques, liens familiaux, habitat naturel, ressources économiques de toutes sortes, éducation, assistance, sécurité) et ils sont totalement livrés à eux mêmes, essayant de survivre de minute en minute.

Le droit d'exister est le droit au contact dans sa forme la plus basique et la plus universelle. Lorsqu'on examine la situation en Belgique, nous voyons que ce premier niveau de contact est presque toujours évident, même quand il s'agit de groupes qui ne sont pas tellement «rentables» ou «intéressants»

pour la société. Structurellement parlant, grâce à un système de sécurité sociale ou à une solidarité spontanée, ces gens reçoivent de l'aide. Il est intéressant de noter que dans mon pays comme en Hollande, des thérapeutes qui travaillent avec ce genre de population ont récemment découvert Garry Prouty et le reconnaissent comme l'une des sources de leur inspiration. Je nommerai en particulier Peters (1992) dans le cadre des soins aux enfants mentalement retardés, Verdult (1993) qui fonctionne de manière expérientielle avec des personnes âgées démentes, ainsi que Van Werde et Willmaers (1992) dans le travail avec des personnes psychotiques chroniques.

## Le contact psychologique

Tout être humain a le droit d'être en contact avec des gens, des lieux, des événements et des choses, le droit d'avoir conscience du processus de ses propres sentiments et le droit d'être en contact avec d'autres personnes à travers une communication congruente. Dans le langage pré-thérapeutique, le droit fondamental d'exister psychologiquement signifie droit au contact de réalité, au contact affectif et au contact de communication.

A ce niveau, le thérapeute, comme un *alter ego*, reflète d'une manière existentiellement empathique ce qui se passe avec le patient et autour de lui. C'est comme une offre à plus de relation et plus de ressenti. Comme le dit Prouty, et ce faisant il se réfère à Rogers (1966) et à Gendlin (1968) : «la pré-thérapie est une activité pré-relationnelle et pré-expérientielle.» (Prouty, 1994, p. 36).

Le comportement des personnes qui vivent dans une chambre d'hôpital met en évidence la déconnexion psychologique avec les autres personnes et avec la réalité ambiante. Une chambre sans décoration, sans objet personnel, sans aucune référence à quoi que ce soit, dans laquelle il n'y a qu'un lit et une table, peut être interprétée comme un signe de dérangement psychique. Cela donne à penser qu'«il n'y a personne à la maison». Par contre, une pièce avec un ours en peluche, des cartes d'anniversaire, des dessins d'enfant et, épinglés au mur, des schémas montrant comment un problème est analysé et résolu, indique clairement que la personne a des points de contact à l'intérieur comme à l'extérieur. Dans ce contexte, à l'extérieur indique qu'elle est connectée à son environnement social et matériel. A l'intérieur signifie qu'elle a pris conscience de son espace psychologique personnel.

## Organisation d'un milieu de contact

On peut aborder maintenant la notion de sessions individuelles de pré-thérapie à des fins de restauration du contact (voir Prouty). Du point de vue théorique l'écart entre approche individuelle et approche en équipe est importante, comme est important l'écart entre efforts de simple restauration de contact et efforts de renforcement de contact (voir Van Werde, 1995, 1998). La première catégorie concerne davantage la pré-thérapie individuelle même lorsque cela se passe au cours de brèves interactions individuelles entre des infirmiers ou des thérapeutes et des patients. La deuxième a lieu sous forme d'exercices qui peuvent être faits soit individuellement, soit en groupe comme par exemple au cours de la réunion hebdomadaire du service (Van Werde, 1994) ou d'un groupe de formation à la perception (Deleu, 1995). Le fait que l'attention de l'équipe professionnelle soit centrée à la fois sur le processus thérapeutique et sur la consolidation et l'élargissement de l'aire que l'on appelle « fonctionnement sain » constitue l'essence du « milieu » thérapeutique. Même si, dans la pratique journalière, les deux activités sont constamment entremêlées et se ressemblent beaucoup, un tel travail exige un haut niveau de professionnalisme et une attitude phénoménologiquement accueillante (Deleu, Van Werde, 1998).

## Travail au niveau de l'ancrage culturel

Si toutes les catégories de contact mentionnées plus haut sont présentes, si le droit d'exister est assuré, si l'existence n'est menacée ni de l'intérieur ni de l'extérieur, si le contact est établi avec le concret de l'ici et maintenant et s'il y a une chance normale de renforcer l'ancrage, on peut alors essayer de voir si et comment une personne est membre d'un groupe. Le fait que je sois belge et que je vive actuellement dans cette région, me permet d'avoir quelque chose en commun avec d'autres personnes du même pays, de la même région. Cette identification (sorte d'ancrage) m'aide également à définir ma propre individualité. Cela semble évident. En tant que membre d'une même nation, nous parlons probablement la même langue, nous avons les mêmes rituels, nous allons souvent en vacances aux mêmes endroits, nous avons la même histoire, les mêmes souvenirs, etc. Par exemple, « notre » roi, Baudouin I<sup>er</sup>, était très populaire et aimé quand il est mort, il y a quelques années. Les gens de toutes catégories étaient dans la peine, ne parlaient de rien d'autre que de cet événement et tout le monde se sentait connecté. Ceci peut être comparé à ce qui s'est passé lors de l'assassinat de

John Kennedy ou au moment du décès de Martin Luther King. Ces souvenirs ne sont mêmes pas limités à des nations. Ils font partie de la mémoire collective euro-américaine. Ils peuvent très bien servir de repères d'identification. De ce fait ils peuvent aider à la reconstruction de notre histoire personnelle et renforcer notre identité en tant que personne.

Dans notre service nous travaillons intentionnellement sur ces notions. Nous nous sommes rendu compte du rôle subtil que cette sorte d'ancrage joue dans la vie de tous les jours. Par exemple, lors d'un voyage à l'étranger, ne sommes-nous pas émus d'entendre parler notre propre langue dans un coin de l'hôtel? Cela peut donner un coup de pouce à notre ancrage. Et c'est encore plus fort pour un Belge flamand dont la langue n'est parlée que dans le nord de la Belgique, aux Pays Bas et en Afrique du Sud. Il en est de même lorsque nous tombons sur un journal dans notre langue ou lorsque nous téléphonons à quelqu'un de la famille. De tels moments peuvent aussi nous donner une énorme sensation d'ancrage. D'autres choses telles que les saisons, les jours fériés, laïques ou religieux, etc. nous aident encore dans notre ancrage quotidien. Ils servent de points d'ancrage implicites tout au long de l'année. Il en est de même lorsque nous sommes stressés: nous recherchons pour nous détendre un environnement que nous connaissons, qui nous semble sûr et stabilisant. Le thème de l'ancrage est souvent prééminent, même si on ne le réalise pas complètement, si nous n'en avons pas conscience constamment. Nous avons noté plus haut que le fait d'être admis dans un hôpital illustre combien un changement d'environnement peut être aliénant. Nous marchons dans un corridor qui ressemble à un corridor de l'hôpital voisin et presque à tous les corridors des hôpitaux de Belgique. Tout se ressemble, les odeurs sont les mêmes, tout le monde est habillé pareil, tout le monde se comporte de la même manière. Dans son ensemble l'impact est stérile, impersonnel. Les hôpitaux n'ont souvent que très peu d'identité, peu de spécificité... ce pourrait être un hôpital partout ailleurs.

Puisque nous nous faisons un point d'honneur de renforcer l'ancrage culturel dans notre service, il est évident que nous devons offrir à nos patients quelque chose qui par définition soit bénéfique à chaque individu dans le groupe. Notre projet de décoration d'intérieur et notre manière d'organiser des activités de loisirs illustrent cette préoccupation.

Nous avons dessiné le projet de la décoration des pièces de séjour et décidé d'y placer des objets d'ancrage (cf. Van Werde et Van Akoleyn, 1994). C'est ainsi que des pots entiers ont été remplis de coquillages des plages belges de la Mer du Nord – la plupart des gens passent leurs vacances

sur les plages de la côte belge, jonchée de coquillages que les gens ramassent. Des pots entiers ont été également remplis de timbres belges. Et puis on a ajouté des répliques de monuments belges comme la statue du Lion de Waterloo, commémorant la défaite de Napoléon en Belgique, et l'Atomium, pavillon belge de l'Exposition universelle de 1958, en Belgique. Sur les murs a été accrochée une vieille carte de Belgique sur laquelle on pouvait lire jusqu'au nom du plus petit village. Chacun a ainsi l'occasion de se reconnecter avec le village ou la ville où il est né et a vécu. Des bandes dessinées belges : *Smurfs*, *Lucky Luke*, *Tintin*, etc. ont été mises à disposition, de même que des livres sur des Belges connus : le cycliste Eddy Merckx, ou encore le Père Damien qui a travaillé avec les lépreux à Molokai et a été récemment béatifié par le Pape Jean-Paul II. Dans un cadre, un échantillon de l'une de ces fameuses dentelles belges a également été suspendu au mur.

Ces objets ont eu l'effet qu'ils étaient censés avoir, c'est-à-dire qu'ils permirent aux gens d'entrer en contact avec une identité (culturelle) plus large. On a pu entendre les patients, et même le personnel ou les visiteurs dire : « Oh ! oui, je suis allé voir le Lion de Waterloo avec ma classe quand j'étais enfant », ou bien : « Ma grand-mère qui habite près de la mer a une collection de coquillages comme celle-ci » et encore : « Avant de tomber malade, j'avais un tas de bandes dessinées ». Le projet stimula les individus en les confrontant à des choses qui, sur le plan culturel, étaient pour eux significatives. Il y eut beaucoup de communication, beaucoup d'identification et le contact fut considérablement facilité. Ainsi, lorsqu'ils entraient en contact avec l'un de ces objets, les gens dont l'expression n'était pas particulièrement verbale changeaient visiblement de figure. Nous pouvions refléter leurs expressions faciales et à partir de là, en nous connectant à un niveau aussi faible et pourtant très concret de ces aspects de leur être, il nous était possible de rechercher un contact affectif.

La façon dont nous organisons des activités de loisirs dans notre service est un autre exemple de la manière dont nous essayons de combattre une aliénation inutile en offrant une possibilité d'ancrage. Ces activités comprennent des visites de musées, des jeux, des promenades, etc. C'est petit à petit que nous nous sommes aperçus de la potentialité d'ancrage de ces activités. Par exemple, près du village où se trouve notre hôpital, l'université de Gand possède des serres tropicales à l'intérieur du jardin botanique. Nous avons coutume d'y aller mais nous ne le faisons plus car ce milieu n'est pas le genre d'endroit propice à l'ancrage de nos patients. Ils ont déjà tant de mal à rester en contact avec un environnement « normal » que nous ne voulons pas les exposer à un environnement artificiel, tropical, une

végétation étrange et exotique, une température élevée et un haut degré d'humidité peu habituels pour ne pas dire inconnus sous nos climats. Actuellement nous allons régulièrement chez une dame qui habite à deux pas de l'hôpital. Elle possède un jardin d'herbes aromatiques très agréable, des abeilles, et elle fait du miel. Elle nous fait visiter son jardin et nous fait partager sa connaissance de la nature. De cette manière nous travaillons avec ce qui pousse ici, maintenant; cela aiguise le sens du contact avec la réalité journalière et ouvre également les esprits à toutes sortes de processus cycliques qui sont visibles dans la nature. Nous y allons régulièrement, ce qui permet non seulement à nos connaissances botaniques de s'élargir mais également à la relation personnelle que nous avons avec cette femme, son jardin et ses petits animaux, de s'épanouir. Parfois elle vient se promener dans les jardins de l'hôpital pour parler de la vie de «nos» plantes. Nous aimons beaucoup ces expériences pour leur grande valeur d'ancrage.

Etant donné que nous travaillons avec un groupe de vingt patients, depuis le psychotique aigu jusqu'au convalescent, nous devons toujours envisager des offres de contact qui puissent être attractives pour tout un chacun quel que soit son mode de fonctionnement. Les gens qui sont à un stade aigu de la maladie n'ont besoin que d'activités très concrètes. D'autres ont besoin de plus. Ils peuvent par exemple être encouragés à reproduire un travail artistique que nous avons admiré ensemble ou à préparer un exposé sur un sujet qui les intéresse particulièrement ou qu'ils connaissent bien. Nous devons avoir conscience des différents niveaux d'ancrage de nos patients et partir de là. Nous ne voulons pas paraître exotiques ou extrêmes, par contre nous ne voulons pas nous enfermer dans le nationalisme. Dans notre service nous avons des gens de cultures différentes et nous leur donnons la chance de s'ancrer à nouveau dans leur culture natale. Ainsi l'une de nos patientes parlait également anglais car bien que belge, elle avait grandi en Angleterre. A l'époque où elle était dans notre service et à la demande de plusieurs patients, nous lui avons proposé de donner des leçons d'anglais de base aux patients et aux infirmiers. Pour elle ce fut une occasion d'ancrage importante car elle lui permit de revivre une partie d'elle-même qui avait été occultée pendant des années. Pour d'autres personnes de notre programme, suffisamment ancrées, vérifier leurs notions d'anglais fut un vrai défi. Dans le même genre d'idée, une autre patiente, dont les grands parents vivent en Inde, anima une activité culinaire. Elle fit un plat de riz avec des épices spécifiques qu'elle avait apportées. Cela fut, pour elle-même, comme un nouvel ancrage dans sa

terre natale, puisqu'elle était née en Inde et y avait vécu quelques années. Par ailleurs, rencontrer cette femme en tant que personne, et à travers elle rencontrer une autre culture, a été un réel enrichissement pour ceux qui s'y sont intéressés.

Qu'il s'agisse d'objets d'ancrage, de l'activité de loisirs, ou d'autres projets encore, la planification de ces initiatives se fait au cours de la réunion hebdomadaire du service (Van Werde, 1994). Il en résulte, dans le service, une dynamique d'ancrage diversifiée et multiple. C'est alors que le facteur temps est stimulé : la semaine prochaine on va faire ci, la semaine dernière on a fait ça. Qui va s'occuper de ça ? Qui est intéressé ? Si une proposition émerge, nous offrons le matériau qui favorisera le contact. Nous soutenons et nous renforçons ainsi la prise de conscience de la réalité et de l'affectif déjà restaurée et nous stimulons la communication. C'est la seule manière de faire naître un milieu de contact qui puisse avoir un impact. Mais nous veillons à ne pas trop en faire. C'est pourquoi nous n'organisons qu'une seule activité de loisir par semaine. Si nous faisons une sortie nous ne la combinons pas avec autre chose. Lorsqu'on va visiter un musée, la visite en elle-même demandant beaucoup d'énergie, nous utilisons notre propre moyen de transport pour éviter des changements de bus compliqués, etc. Nous essayons également de ne pas surcharger le programme parce que la plupart des personnes qui ont besoin d'ancrage sont des personnes qui fonctionnent au niveau le plus bas.

## Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai essayé d'explorer des approches qui sont au centre du traitement de personnes ayant des problèmes psychotiques. Travail de « facilitation du contact » et « offre d'ancrage » sont des expressions qui cherchent à rendre ces approches plus explicites.

L'ancrage commence par le droit à être aidé et, plus radicalement encore, par le droit à exister. Pour restaurer le contact psychologique nous offrons, en outre et à des niveaux différents, des pratiques analogues comme la pré-thérapie individuelle que nous pouvons combiner de manière explicite avec des exercices et des initiatives de renforcement de l'ancrage collectif. C'est ce que nous avons appelé l'organisation d'un milieu de contact. En parallèle nous pouvons utiliser des éléments de notre environnement culturel pour bâtir une identité ou un ancrage culturel. Qui est-ce ? Où suis-je ? Comment est-ce que je fais ça ? Qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'est-ce que je ressens ? De quoi ai-je fait l'expérience ? D'où est-ce que je viens ?

Que font mes concitoyens? Qu'est-ce que j'ai en commun avec les autres? Comment suis-je différent? Comment est-ce que je forme mes propres projets? Comment est-ce que j'envisage mon avenir?

N'est-ce pas là des questions que nous nous posons tous constamment en tant qu'êtres humains?

## Références

- Deleu, C., (1995), Buiten zinnen: persoonsgerichte waarnemingstraining voor psychosegevoelige mensen, *Pschitrie en Verpleging: Tijdschrift voor Hulpverleners in Geestelijke Gezondheidszorg*, 71 (5), pp. 287-93.
- Deleu, C. and Van Werde, D., (1998), The relevance of a phenomenological attitude when working with psychotic people, in B. Thorne and E. Lambers (eds), *Person-centred Therapy: A European Perspective*, London, Sage.
- Gendlin, E., (1968), The Experiential response, in E. Hammer (ed.), *Use of Interpretation in Treatment*, New York, Grunne & Stratton, pp. 208-27.
- Peters, H., (1992), *Psychotherapie bij Geestelijk Gehandicapten*, Amsterdam/ Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Prouty, G., (1994), *Theoretical Evolutions in Person-centered/Experiential Therapy: Applications to Schizophrenics and Retarded psychoses*, New York, Praeger.
- Rogers, C., (1966), Client-centered therapy, in S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, New York, Basic Books, pp. 183-200.
- Thorne, B., (1992), *Carl Rogers*, London, Sage.
- Van Werde, D., (1994), «Werken aan contact» als leidmotief van de werkelijkse afdelingsvergadering in residentiële psychosenzorg, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36 (8), pp. 46-53.
- Van Werde D., (1995), Contact-faciliterend werk op een afdeling psychosenzorg: een vertaling van Prouty' Pre-Therapie, in G. Liettaer & M. Van Kalmthout (eds), *Praktijkboek Gespreksterapie*, Utrecht, De Tijdstroom, pp. 178-87.
- Van Werde, D., (1998), Prä-Therapie in Altag einer psychiatrischen Station, in G. Prouty, D. Van Werde & M. Pörtner, *Prä-Therapie*, Stuttgart, Klett-Cotta, pp. 85-158.
- Van Werde, D. and Van Akoleyn, J., (1994), «Weranking» als kernidee van residentiële psychosenzorg, *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 24(4), pp. 293-302.
- Van Werde, D. and Willemaers, R., (1992), *Werken aan Contact: Een Video-illustratie van Pre-Therapie met Chronisch Psychotische Vrouw*. Ghent. Rijkuniversiteit Gent, Seminarie en Laboratorium voor psychologische begeleiding (with brochure).
- Verdult, R., (1993), *Dement Worden: Een Kindertijd in Beeld – Belevingsgerichte Begeleiding van Dementerende Ouderen*, Nijkerk, Intro.