

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600**

UMI[®]

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI

**La Créativité pour aider les schizophrènes
à diminuer leurs anxiétés
et à établir des liens avec le monde extérieur**

Denise Cloutier

**Un travail de recherche
présenté
au
Département d'enseignement de l'art
et d'art-thérapie**

**comme exigence partielle au grade
de Maîtrise ès arts (M.A)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada**

Janvier 2000

©Denise Cloutier, 2000



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-47876-9

Canada

**La créativité pour aider les schizophrènes
à diminuer leurs anxiétés
et à établir des liens avec le monde extérieur**

Sommaire

Denise Cloutier

La maladie fait partie de la vie, si je peux m'exprimer ainsi. Il y aurait donc une ou plusieurs probabilités qu'à une certaine époque de sa vie, une personne faisant partie d'une population donnée soit atteinte de maladies physiques ou mentales. Cet événement circonstanciel et traumatisant de la vie peut se produire à tout âge et atteindre toutes les sphères de la société. La maladie touche tout le monde sans exception et sans distinction. Elle se retrouve donc parmi toutes les classes sociales de notre société en passant par les plus démunis, les gens de la classe moyenne ou les plus nantis de notre monde moderne.

Dans ce travail de recherche, je me suis particulièrement intéressée aux personnes qui souffrent de schizophrénie. Cette pathologie atteint plus particulièrement la population masculine, mais se retrouve également en nombre plus restreint chez la population féminine. Pour réaliser ce travail, je me suis intéressée à une personne de sexe féminin qui souffre de schizophrénie depuis plusieurs années. Elle s'exprime aisément à travers différentes formes d'arts et je pourrais même dire que, pour elle, s'exprimer par l'art est une question de survie. L'art-thérapie est un outil qui possède un grand pouvoir libérateur et un moyen d'expression très puissant. De plus, il permet à l'art-thérapeute de créer l'alliance thérapeutique et de s'engager dans un processus de guérison. Comme il est difficile pour les personnes qui souffrent de schizophrénie d'établir des liens avec le monde extérieur, nous essaierons de les aider à créer des liens au moyen de l'art-thérapie. C'est ce que nous tenterons de découvrir tout au long de cette aventure qu'est la recherche!

PLAN DE TRAVAIL

Introduction	2
1. Le développement humain	3
1.1 L'attachement	3
1.1.2 L'objet interne (différenciation, identification)	6
1.2 Le concept et l'image de soi	9
1.2.1 Le développement de l'identité	11
2. La schizophrénie	14
2.1 Les symptômes	15
2.2 Les causes et les facteurs	18
2.3 Les mécanismes de défense	23
2.4 La maladie combinée	24
3. La famille et son développement individuel	25
3.1 La structure familiale et ses influences	25
3.2 L'hérédité et le dépistage de la maladie	27
3.3 Les répercussions de la maladie sur le milieu familial	29
3.4 Le rôle de la famille	30
4. Les traitements	33
4.1 La médication	33
4.2 Les thérapies psychoanalytiques	36
4.3 L'art thérapie	38

5. Étude de cas: Traitement d'une patiente adulte dans la quarantaine souffrant de schizophrénie, marqué par des épisodes maniaco-dépressifs.	41
5.1 Histoire de la maladie présente	42
5.2 Histoire familiale	43
5.3 Description des séances en Art thérapie	47
Conclusion	63
Références	65
Appendice 1 Illustrations	69
Appendice 2 Consentement	78

INTRODUCTION

L'art thérapie permet d'allier l'art à la psychologie afin d'aider à soulager les souffrances psychologiques des individus en mal de vivre.

Plusieurs arts thérapeutes croient profondément que le processus créatif est bénéfique pour les personnes atteintes de schizophrénie. En effet, les personnes qui souffrent de cette maladie et qui sont traitées avec l'art thérapie augmentent leurs chances de se brancher sur leur monde intérieur et par la suite, d'être en mesure d'établir des liens avec le monde extérieur. De plus, avec l'art thérapie, elles pourront se libérer plus facilement de leurs contraintes intérieures en diminuant l'anxiété générée par cette maladie et ainsi espérer se réapproprier le pouvoir et le contrôle de leur vie. Malgré le bienfait des thérapies sur les personnes souffrant de schizophrénie, il est essentiel d'avoir un soutien médicamenteux pour pallier à celles-ci afin de soulager le mieux possible ces personnes. De plus, il est prouvé que les méthodes de thérapies combinées s'avèrent les plus efficaces pour traiter cette maladie.

Nous tenterons donc de démontrer dans cette recherche que la créativité est un outil thérapeutique qui contribue à diminuer de façon significative l'anxiété des schizophrènes favorisant ainsi une ouverture vers leur monde intérieur afin qu'ils puissent reprendre peu à peu contact avec le monde extérieur. Comme le contact avec la réalité extérieure est difficile pour les schizophrènes, l'art thérapie peut établir un pont entre les deux mondes en créant des liens entre ceux-ci.

Certaines lectures sur les bases du développement humain, sur la schizophrénie et les thérapies, nous aideront à mieux comprendre les fondements de cette maladie. De même que la description d'une étude de cas d'une personne souffrant de cette maladie alimentera cette recherche.

Si l'origine de cette maladie n'est pas forcément génétique, elle débute très tôt dans la vie de l'individu. Les premiers contacts liés avec la mère à travers les soins consacrés au nouveau-né sont déterminants pour développer l'attachement. De plus, l'identité qui se forme très tôt chez l'individu est déterminante pour développer une conception et une estime de soi plus solide. Il est démontré qu'une estime de soi plus forte facilite l'aptitude d'un individu à s'adapter à la réalité extérieure et lui permet d'accéder plus aisément à l'autonomie. Nous verrons également que la famille a un rôle à jouer de première importance, parfois dans le développement de la maladie, mais surtout dans la guérison de celle-ci. L'espoir de trouver un remède grandit de jour en jour, la recherche évolue graduellement vers des pistes de réflexions qui aident à mieux comprendre et connaître l'origine de cette maladie.

1. Le développement humain

Comme il est plus facile d'approcher la psychiatrie adulte, en passant par l'étude de la psychiatrie de l'enfant, nous aborderons le sujet de cette recherche par le développement de l'enfant (Winnicott, 1988).

L'attachement est un phénomène universel : tout être humain, que ce soit enfant ou adulte se choisit un être, un objet auquel il s'attachera. Dès la grossesse, avant même la naissance de l'enfant, l'attachement se met en place par le besoin d'amour de la mère, exprimé par le désir d'avoir un enfant. Les premiers liens se développent ainsi, l'enfant est celui qui est imaginé, désiré, dans lequel les parents fondent de nombreux espoirs de réalisation (Taubes, 1999, p. 45).

L.L L'attachement.

Qu'est-ce qui fait que l'attachement devient le point d'ancrage, assurant à l'individu un développement normal et significatif pour son évolution future et son accès à l'autonomie? Comment l'attachement se développe-t-il chez l'enfant et répond-t-il à des capacités qui sont innées!

D'après Bowlby, l'attachement a une importance particulière. Il pense que le nourrisson est de nature monotrope, c'est-à-dire qu'il a tendance à s'attacher à une figure maternelle principale.

Dans les six premiers mois de la vie, la mère ou toute autre figure maternelle (substitut) ont le rôle d'objet fonctionnel dont la présence est indispensable pour les besoins physiques et psychiques du nourrisson. Ce n'est apparemment qu'au moment où l'enfant reconnaît sa mère comme indispensable que la séparation devient problématique (Lebovici & Soulé, p. 379).

On sait que la mère ou tout autre substitut maternel qui aurait la même fonction est le premier objet d'amour. Le premier attachement à la mère est lié à la nourriture qu'elle donne. De façon instinctive, le nourrisson se dirige vers le sein maternel. Le lait que la mère procure au bébé pour calmer sa faim, représente l'amour, le plaisir et la sécurité (Klein, 1968, p. 115). Dès les premières secondes après la naissance, le nouveau-né associera une voix, une odeur et une chaleur corporelle à une personne significative, en l'occurrence la mère. Celle-ci deviendra sa sécurité, lui assurant tous les soins nécessaires à sa survie. Le nouveau-né deviendra alors totalement dépendant de cette personne jusqu'à la séparation de celle-ci et l'acquisition graduelle de son autonomie. Les liens qui se développent entre la mère et son enfant ne sont pas forcément positifs. En effet, ils peuvent se construire dans des conditions d'insécurité et de méfiance, particulièrement lors de dépression maternelle. Celle-ci pouvant être à l'origine de plusieurs pathologies futures chez l'enfant (Taubes, 1999, p. 42).

L'enfant hérite de l'histoire de ses parents, de ses grands-parents donc de leurs conflits intérieurs. Dans sa vie future, il tentera de désamorcer ces différents modèles de vie toxiques, développés par les parents de génération en génération.

Les expériences de la mère avec sa propre mère ainsi que son père, ses expériences avec le triangle oedipal et les forces qui motivent son adaptation avec celui-ci, la séparation avec l'objet d'amour plus ou moins réussit, influencent ses ajustements avec son nouveau rôle de parent. Les parents voient dans l'envie pour un nouvel enfant, la possibilité de ressusciter l'attachement qui peut avoir été endormi depuis des années et à chaque bébé une nouvelle opportunité de travailler à travers eux. L'enfant agirait donc sur les parents comme un guérisseur en devenant un objet de transfert, permettant de libérer des sentiments inconscients et de ranimer des liens et des pertes passées (Brazelton, 1990, p. 5).

De plus, le rôle du père est d'une grande importance. Ainsi, le support émotionnel du mari pendant la grossesse est déterminant pour son épouse et contribue à un meilleur succès d'adaptation à la grossesse de celle-ci. L'attitude du père influence également la compétence de la mère dans sa façon de nourrir son enfant (Brazelton, p. 40). Par contre, on doit savoir que l'attachement au père n'est pas de même nature que la mère. En effet, le nourrisson perçoit bien ces différences et il est capable d'agir en conséquence. Le partage des rôles des parents est également très important et bénéfique pour l'enfant. Le père doit participer aux soins du bébé pour que l'attachement se développe avec le nourrisson. Généralement, celui-ci ne se sent pas père avant six mois, car pendant les six premiers mois, il s'occupera de l'enfant indirectement, en fonction des demandes de sa femme (Taubes, 1999, p. 44).

Dans les six premiers mois de sa vie, le nourrisson vit des expériences rythmées à celle de sa mère ou tout autre substitut maternel. La relation entre l'enfant et la mère s'établit dès les premières semaines.

Il reconnaît le visage de celle-ci, son odeur, ses pas, le toucher de ses mains, sa poitrine et la bouteille qu'elle lui donne. L'enfant ne veut pas seulement la nourriture, mais aussi l'amour de sa mère (Klein, 1959, p. 292). " Selon Lebovici, le nourrisson est loin d'être un objet passif, c'est lui qui fait de sa mère... une mère. Il s'adapte à elle, elle s'adapte à lui " (Taubes, 1999, p. 43).

1.1.2 L'objet interne et le processus d'individuation et de différenciation.

La mère est l'objet de relation le plus " optimal " pour le nourrisson lui permettant de faire le lien avec le monde extérieur. La tolérance de la mère à la proximité de la peau comme prendre l'enfant dans ses bras, le nourrir; la tétine dans la bouche, les sons; lui parler, les odeurs; la senteur familière de sa mère, tous ces stimuli, on les appellera : fonctions primaires de la peau.

La première relation fondamentale dans la vie du nourrisson est la relation avec la mère. Dans les premiers mois du bébé, la mère représente de façon entière le monde extérieur. Cependant, elle est également perçue par le nourrisson comme un objet de relation bon et mauvais. Objet d'amour, mais également de persécution, car l'enfant est dépendant des bons soins de celle-ci pour sa survie (Klein, 1959, p. 292).

Une mère adéquate, c'est-à-dire capable de donner des soins suffisants, donc de sécuriser l'enfant, l'aidera à intégrer progressivement l'objet de relation, de se distinguer de lui et plus tard, dans sa vie future, de se différencier par l'accès à l'autonomie (Bick, 1903, p. 485).

Dans les étapes de la relation d'objet, la séparation de la mère est spécialement dangereuse au moment où la vraie relation d'objet s'établit, à partir du septième ou huitième mois ou à la fin de la première année. On dit de cette période de développement qu'elle est réservée à un processus d'adaptation. C'est pour cette raison que cette période est la plus critique et la plus vulnérable du point de vue de la perte de l'objet (Lebovici & Soulé, p. 385).

On sait que, dans la première année de sa vie, le nourrisson est absolument dépendant de son environnement physique et émotionnel. Ce n'est que graduellement qu'il aura acquis la capacité de progresser vers l'indépendance. À l'âge d'un an, la personnalité de l'enfant est intégrée. Pour que ce processus prenne place, il doit y avoir certaines conditions environnementales. La mère doit être capable de s'adapter, de varier et de développer son enfant dans d'autres aspects (Winnicott, 1965, p. 10).

La séparation est perçue chez l'enfant comme la perte de l'objet. Cette séparation peut être problématique si elle est faite avant que la mère établisse une relation de dépendance stable et sécurisante entre elle et son enfant. Elle peut se faire de façon appropriée si l'enfant réussit à intégrer l'objet d'amour (la mère) et si le substitut qui prend la place de celle-ci répond de façon convenable aux besoins de l'enfant. Par contre, si l'enfant est abandonné à lui-même en raison du manque de stimulations de la mère et de son absence de réponses aux signaux de celui-ci, il investira intérêt et plaisir sur des objets inanimés ou sur son corps aux dépens de l'intérêt pour l'être humain (Bick, 1903, p. 485).

Cette insuffisance d'interactions peut engendrer de la distorsion. Les termes « distorsion » ou « fantaisie » s'appliquent à une relation quantitativement insuffisante. Les comportements inadéquats de la mère auront pour effet de développer chez son bébé ce qu'on appelle : " une seconde peau " , ce qui pourra même occasionner de la régression dans la posture corporelle de l'enfant, dans sa motricité et provoquer des difficultés dans la communication (Lebovici & Soulé, p. 371).

À cette étape de développement, lorsque l'attachement est déficient, l'enfant ne semble faire aucune différence entre la présence et l'absence de la mère : à son retour, il ne manifesterait aucune réaction. Il peut alors utiliser l'objet transitionnel comme un instrument de fantaisie ou d'illusion pour soulager son anxiété par rapport à la séparation. Ces fantaisies sont vues comme le contenu primaire du processus mental inconscient (Isaacs, 1948, p. 81). L'objet transitionnel devient donc un véhicule nécessaire pour faire le pont entre l'attachement et la séparation.

Si l'objet est non intégré (introjection), la fonction d'identification projective va continuer et la confusion au niveau de l'identité va se manifester, ce qui engendra une recherche frénétique pour un objet, une voix, une odeur, une lumière ou son propre corps. Il paraît donc souhaitable que le nourrisson puisse, dès les premiers mois de sa vie, intégrer une figure maternelle avec laquelle il pourra établir une relation solide et rassurante. Une fois cette relation bien établie et l'objet de relation intégré, le nourrisson aura graduellement accès à l'autonomie et deviendra de plus en plus indépendant parce qu'il sera capable de se distinguer de lui.

1.2. Le concept et l'image de soi.

Nous avons tous un nombre précis d'idées sur nous-mêmes et de notre valeur! Cet ensemble d'idées est appelé le concept de soi. C'est lui qui motive nos relations avec les autres et qui détermine nos choix d'activités et de travail, ainsi que notre niveau d'assurance dans certaines situations. De plus, il est une composante importante de la personnalité (Bee & Mitchell, 1986, p. 169).

La première étape du développement du concept de soi apparaît au cours des six premiers mois de la vie. Pour l'enfant, cette première étape menant au concept de soi consiste à comprendre qu'il forme une entité distincte des autres. Selon Lewis & Brooks-Gunn, le nourrisson développe la conscience de constituer une entité distincte à partir des interactions qu'il entretient avec les personnes de son entourage. C'est de cette manière qu'il saisit graduellement la différence qui existe entre lui-même et les autres (Bee & Mitchell, 1986, p. 169). De plus, l'interaction entre les parents et l'enfant est d'une importance capitale dans le développement du concept de soi. Une fois que l'enfant a passé l'étape de distinction des autres, le processus de définition du moi s'amorce. Ce processus se poursuivra durant toute la vie de l'individu.

Le comportement de l'enfant ne résulte pas du seul développement de son système nerveux, la relation qu'il engage avec le monde joue également, un rôle important. Au début, le nourrisson vit plusieurs expériences où la figure maternelle prend la forme de satisfaction de ses besoins.

D'après Bowlby, à la fin du deuxième semestre de sa vie, le nourrisson devient capable de se représenter l'objet maternel, de se distinguer de lui et de se construire à partir de cette future autonomie.

According to Bick: " this internal function of containing the parts of the self is dependent initially on the introjection of an external object, experienced as capable of fulfilling this function "(Bick, 1903, p. 484).
De même que Blos pense: « que les perturbations de l'ego apparentes dans « l'acting out » sont les signes symptomatiques de crises ou d'échecs dans le désengagement pour l'objet infantile et par conséquent, ils représentent un déraillement du processus d'individuation du soi » (1979, p. 48).

L'estime de soi, c'est la valeur positive ou négative attachée à la représentation de soi-même. C'est aussi un ensemble d'attitudes et de croyances qu'une personne s'accorde pour faire face au monde. Selon Coopersmith, les enfants ne naissent pas avec une estime de soi bonne ou mauvaise; ils se forment une image d'eux-mêmes basée sur la façon dont ils sont éduqués par les personnes significatives pour eux : les parents, les enseignants et les pairs. Les valeurs positives ou négatives définissent l'estime de soi. Il est prouvé que: " les adultes et enfants qui ont une haute estime de soi se perçoivent de façon positive, alors que ceux qui ont une faible estime de soi se définissent plutôt selon des termes négatifs " (Bee & Mitchell, 1986, p. 176).

Selon Robert W. Reasoner, l'identité est à la base de l'estime de soi et de la motivation. Pour qu'un sentiment d'identité se développe avec force, il implique une connaissance de ses points forts et de son image sociale.

Il importe également de développer des sentiments positifs face à l'image de soi et de ses perceptions. La tâche de l'adolescent est de former son identité (ego) et de développer un sens de soi distinct et individuel. Il doit être capable d'établir une image réaliste de lui-même et de sa valeur. Winnicott pense que la relation thérapeutique peut s'établir à travers le processus d'art et les jeux créatifs et ainsi assistés et supporter le sens de soi.

1.2.1 Le développement de l'identité.

Le sentiment des parents par rapport à la masculinité et la féminité aurait une grande influence sur le genre d'identité transmise à leurs enfants à travers de subtiles directions et interactions. L'identité apparaît donc se développer dès le début de la vie, selon l'influence biologique et environnante (Brazelton, p. 5). De plus, les rôles que nous occupons affectent également notre concept de soi. Il y a beaucoup de rôles qui façonnent les comportements comme le rôle sexuel.

Le rôle de l'enfant lui est assigné dès la naissance par le sexe qui apparaît et qui développe chez celui-ci le genre et l'identité. Les pressions sociales, les rôles assignés, l'attente des parents détermine de façon subjective le genre d'identité et subséquemment de comportement. Les comportements identifiés entre les nouveaux-nés mâles et femelles peuvent être différents dans la qualité de l'activité et du comportement. Par exemple, un nouveau-né mâle peut démontrer plus de vigueur dans une activité tandis que le nouveau-né femelle démontrera plus d'endurance dans cette même activité. De plus, l'attitude parentale influence énormément le développement de l'identité de l'enfant.

Il apparaît que le rythme et l'interaction entre le parent et l'enfant seront probablement plus discrets et lents avec une fille et plus spectaculaire avec de courts intervalles d'interactions avec le garçon. La mère de toute évidence aura tendance à communiquer plus facilement avec le bébé fille qu'elle ne le ferait avec le bébé garçon. De même qu'elle sera plus disposée à stimuler physiquement le bébé garçon que le bébé fille. Nous l'avons mentionné plus loin, nous sommes tributaires des comportements qui sont déjà ancrés en nous par nos propres parents (Brazelton, p. 8).

Étant donné que les organes génitaux du garçon sont plus apparents que celle de la fille, il serait plus en mesure d'extérioriser sa sexualité. Tandis que pour la petite fille, elle aurait tendance à intérioriser ses sensations, vu que ses organes génitaux se retrouvent à l'intérieur de celle-ci. De là, viendrait selon Freud, l'envie du pénis que la petite fille comblerait par la fantaisie de maternité. Stoller pense que ces fantaisies sont vitales pour le développement de son identité et pour soutenir le concept de féminité primaire. L'identification des comportements de la mère avec sa petite fille et la participation du père à l'éducation de celle-ci peut renforcer son souhait de devenir, elle aussi, une mère dans sa vie future (Brazelton, p. 8).

Selon Brazelton, même s'il est vrai que les hormones sexuelles jouent un rôle dans le développement externe génital et possiblement dans le développement du cerveau, c'est l'interaction entre les forces biologiques et les facteurs environnementaux qui déterminent les comportements, p. 7.

Selon Bleuler, la dissociation qui existe entre les perceptions et les croyances d'une part et le monde réel d'autre part ne fait pas allusion au dédoublement de la personnalité, mais plutôt à la dissociation de la personnalité qui provoque une perte de contact avec le réel (La schizophrénie, 1991, p.11). Cette perte de contact avec la réalité est une caractéristique importante qu'on identifie chez les personnes qui souffrent de schizophrénie.

Nous verrons que la schizophrénie est une maladie insidieuse qui affecte les personnes qui en souffrent dans leur façon de traiter et d'organiser leurs pensées et de communiquer avec leur milieu environnant.

2. La schizophrénie

Comment définir cette maladie qui affecte le plus souvent les jeunes de dix-neuf à vingt-neuf ans? D'après une estimation faite par l'Association des psychiatres du Canada, une personne sur cent souffrirait de cette maladie. Les premiers symptômes apparaissent généralement chez les adolescents ou les jeunes adultes. L'apparition de ceux-ci se manifeste chez l'homme à partir de vingt-trois ans et souvent à la fin de l'adolescence. Tandis que, chez la femme, les symptômes apparaissent vers l'âge de vingt-sept ans (p. 3). La schizophrénie demeure encore aujourd'hui une maladie difficile à définir à laquelle on trouve lentement des solutions dont les causes sont incertaines et les symptômes variables.

Le problème des personnes qui en sont atteintes est la difficulté qu'elles ont pour entrer en relation avec les autres. C'est le contact avec la réalité qui est problématique pour ces personnes souffrant de schizophrénie. Nous verrons également la relation et le rôle considérable qu'entretiennent les parents avec ces personnes. La schizophrénie n'est pas seulement une maladie d'ordre biologique, elle est aussi une maladie d'ordre bio-psycho-social. Il est donc prouvé qu'elle n'est pas seulement de nature psychologique ou causée uniquement par une mauvaise relation avec ses proches et son milieu (Association des psychiatres du Canada, p. 1).

La plupart du temps, on définit la schizophrénie comme une maladie du cerveau, car elle affecte la pensée, les sentiments, les émotions ainsi que la perception et les comportements.

Elle ne touche pas nécessairement l'intelligence, mais elle occasionne souvent un certain nombre de déficits intellectuels qui perturbent l'attention, la mémoire, l'apprentissage et le traitement de l'information. Ces déficits appelés: " cognitifs " se manifesteront dès le début de la maladie et affecteront la capacité de la personne à réagir avec son milieu de façon appropriée (Vivre avec la schizophrénie, p. 1).

L'évolution de la maladie peut survenir graduellement et très lentement ou de façon insidieuse en agissant rapidement et soudainement menant ainsi jusqu'à une crise possible. Lorsque la schizophrénie apparaît, elle a tendance à se caractériser par des cycles de rémission et de rechute. En période de rémission, les personnes souffrant de schizophrénie n'ont pas de comportements particulièrement différents, elles affichent plutôt des comportements sociaux normaux et cohérents. Lorsque ces personnes sont en période de rechute la situation est complètement différente. Elles peuvent alors présenter des symptômes comme le retrait social, le manque de motivation, de troubles des pensées ou d'hallucinations (Association canadienne des psychiatres, p. 1).

2.1 Les symptômes.

La schizophrénie doit être diagnostiquée le plus rapidement possible afin d'établir au plus vite le traitement et ainsi lui donner de meilleures chances d'être efficace. Cependant, cette maladie peut être difficile à diagnostiquer à ses débuts, car ils ne sont pas nécessairement éclatants et évidents et ils ne contiennent pas inévitablement des symptômes qu'on attribue immédiatement à la schizophrénie (Vivre avec la schizophrénie, p. 3).

À ce moment-là, on peut penser que la personne passe par une mauvaise période ou qu'elle est tout simplement fatiguée.

Habituellement, la maladie se manifeste lentement. Au tout début, les personnes souffrant de schizophrénie peuvent éprouver de la difficulté à se relaxer, à se concentrer ou à trouver le sommeil. Ils changeront alors leurs habitudes et leurs comportements comme par exemple : ils pourront fuir des amis de longue date, mettre de côté leur travail ou leurs études et négliger leur apparence physique. De plus, il pourrait apparaître une à plusieurs manifestations au cours desquelles ces personnes auront des discours de victimes, seront difficiles à comprendre et commenceront à avoir des perceptions inhabituelles.

" Les symptômes de la schizophrénie varient grandement d'une personne à l'autre, pouvant aller d'une crise légère à une crise grave. Il est donc nécessaire de faire appel à un spécialiste pour établir un diagnostic, surtout parce qu'il n'existe pas de tests diagnostiques " (Association canadienne des psychiatres, p. 1). Ce dernier cherchera avec minutie l'ensemble des critères qui lui permettra de poser un diagnostic en interrogeant le patient et sa famille et en observant les comportements de celui-ci.

Mais comment reconnaître la schizophrénie?

" Les symptômes de la schizophrénie sont subdivisés en symptômes " positifs ", qui apparaissent souvent pendant un épisode schizophrénique aigu qui sont une perturbation du fonctionnement cérébral normal et en symptômes " négatifs " qui sont des affaiblissements ou des pertes de fonctions normales " (Vivre avec la schizophrénie, p. 1).

Parmi **les symptômes positifs** les plus fréquents, nous retrouvons :

- les hallucinations
- les idées délirantes
- les troubles de la pensée
- les comportements bizarres

Parmi **les symptômes négatifs** les plus fréquents, nous retrouvons :

- les troubles de l'attention
- le manque d'énergie et de motivation
- l'émoussement affectif - absence d'expression normale des émotions
- le retrait social
- la pauvreté de la pensée

" Selon les critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), pour poser un diagnostic de schizophrénie, les éléments suivants doivent être apparents:

- Présence d'au moins deux des symptômes suivants durant une période d'un mois :
- délires;
- hallucinations;
- langage et comportement désorganisés (incohérence et déraillement) ;
- symptômes négatifs;
- Altération du fonctionnement social ou occupationnel(travail, études, relations interpersonnelles, hygiène);
- Perturbations d'une durée d'au moins six mois, y compris la phase prodromale et résiduelle ainsi que le mois de symptômes caractéristiques;
- Absence de drogue ou d'une maladie physique " (Lalonde, 1995, p. 28).

Selon les critères de la CIM-10 (Classification internationale des maladies) les symptômes suivants ont une importance particulière pour le diagnostic:

- **Délires (idées fausses) et/ou hallucinations:**

Le délire se traduit par des idées fausses qui n'ont aucun lien avec la réalité. Les personnes souffrant de schizophrénie peuvent penser qu'on les espionne, qu'on écoute leurs pensées ou qu'on leur impose des idées. Certaines personnes atteintes de cette maladie souffriront d'hallucinations, elles entendent des voix qui commentent leur comportement, les insultent ou leur donnent des ordres. Parfois, il leur arrive de voir ou de ressentir des choses qui n'existent pas (Lalonde, 1995, p. 28).

D'autres symptômes comme le **manque de motivation, le retrait social et les troubles de la pensée** affligent les schizophrènes. Parfois, les troubles de la pensée provoquent chez ces personnes de grande confusion. Par exemple, elles peuvent dans une conversation passer d'un sujet à l'autre. De plus, des signes de dépression et d'anxiété accompagnent normalement ces sentiments (Association canadienne des psychiatres, p. 2).

2.1 Les causes et les facteurs.

Nous savons que la schizophrénie est un désordre biologique du cerveau. Les causes sont difficiles à définir, la recherche élabore et explore plusieurs théories sur le sujet. Il existe des éléments où les facteurs héréditaires sont en cause. De nombreux scientifiques cherchent les causes génétiques de la schizophrénie qui touchent particulièrement les familles. Ils ont découvert plusieurs facteurs qui jouent un rôle important dans l'apparition et l'évolution de la maladie.

Généralement, la schizophrénie est considérée comme un trouble résultant d'une interaction complexe entre **les vulnérabilités biologiques et psychologiques d'une personne et le stress associé à son environnement**. Ce modèle explicatif de la schizophrénie sera appelé : le modèle **vulnérabilité-stress**. " Ce modèle postule que pour développer la maladie schizophrénique un individu doit présenter en lui préalablement une prédisposition d'ordre biologique et psychologique. Cette prédisposition le rend particulièrement vulnérable aux stress de son environnement " (Vivre avec la schizophrénie, p. 4).

Plusieurs théories qui ont été élaborées dans le passé sur les causes de la schizophrénie sont maintenant discréditées. Ces théories prétendaient fréquemment que certains déséquilibres à l'intérieur des familles, comme la présence d'une mère " schizophrénigène " ou " une communication à double lien " pouvaient provoquer l'apparition de la maladie chez un des membres de la famille. Heureusement, d'autres études approfondies ont prouvé que ces théories étaient fausses (Vivre avec la schizophrénie, p. 4).

À l'heure actuelle, la recherche distingue, des **facteurs** prédisposants et des **facteurs** déclenchants dans l'apparition de la schizophrénie chez un individu. Il est vrai qu'il existe une **prédisposition génétique** dans certaines formes de schizophrénie. Selon des études génétiques, le tableau montre le risque héréditaire en fonction du lien génétique avec une personne schizophrène. Plus les liens sont rapprochés, plus le risque de souffrir de la maladie est élevé. Cependant, l'hérédité demeure un facteur prédisposant faisant partie d'un ensemble de causes possibles.

La maladie pourrait apparaître même s'il n'existait aucun autre cas connu dans la famille. De même que le fait d'avoir plusieurs parents schizophrènes n'implique pas automatiquement qu'une personne développe la maladie et cela même si les risques deviennent plus importants (Vivre avec la schizophrénie, p. 3). Par contre, plus les liens familiaux avec le parent malade sont rapprochés, plus le risque d'être atteint de la maladie augmente.

D'autres causes reliées à la schizophrénie seraient d'origine biologique sans qu'elles soient nécessairement héréditaires. " Certaines données montrent que des facteurs intra-utérins ou périnataux, comme les infections virales ou des complications lors de l'accouchement, pourraient augmenter le risque que le fœtus développe un jour une schizophrénie "(Vivre avec la schizophrénie, p. 3). Ces facteurs peuvent nuire au fonctionnement normal du processus de développement neurologique .

On sait également que plusieurs régions du cerveau jouent un rôle dans la maladie de schizophrénie.

Il se pourrait également que les symptômes de la schizophrénie soient en relation avec la perturbation des circuits neuronaux qui coordonnent le fonctionnement de ces régions du cerveau. Plusieurs neurotransmetteurs sont présents dans ces circuits, dont la dopamine que l'on associe le plus souvent à la schizophrénie (Vivre avec la schizophrénie p. 4).

Les déficits cognitifs comme les troubles de la mémoire à court terme, la difficulté à canaliser son attention, ainsi que la structure psychologique fragile sont d'autres facteurs prédisposants qui apparaissent chez la plupart des personnes schizophrènes. Les personnes prédisposées à la schizophrénie sont très vulnérables aux événements de vie stressants, aux tensions et aux pressions par rapport au travail, aux études et à la diminution du soutien social. Un contenu de commentaires essentiellement critiques et d'hostilités vis-à-vis le malade de la part de sa famille ou de ceux qui vivent avec lui peut augmenter de façon significative les risques de rechutes chez celui-ci. La vulnérabilité aux stress de l'environnement est un des **facteurs déclencheurs** qui favorise l'apparition de la maladie. (Vivre avec la schizophrénie, p. 5).

On sait que l'adolescence est une période où l'adolescent vit de grands bouleversements et une multitude d'émotions qui peuvent être stressantes. À peine sorti de l'adolescence pour entrer dans le monde des adultes, l'adolescent peut alors éprouver des difficultés de fonctionnement. Ces difficultés feront en sorte qu'il adoptera des comportements nouveaux. Les parents s'inquiéteront alors de plus en plus de l'apparition de ces nouveaux comportements chez leur jeune. Cette période coïncide également avec le besoin de différenciation et d'autonomie que l'adolescent éprouve en rapport avec ses parents. Ce qui peut occasionner et générer certains conflits à cette période normale de l'adolescence. Parfois, le jeune démontre d'autres comportements qu'on ne peut pas nécessairement attribuer à cette remise en question qu'est la crise d'adolescence.

Que se soit parce qu'il se retire socialement, qu'il devienne agressif, qu'il tienne des propos incohérents, que son jugement est déformé, qu'il entretienne des idées suicidaires, qu'il dise être investi d'une mission quelconque ou qu'il prétende recevoir des messages par l'intermédiaire de la télévision ou d'autres façons, la nouveauté et l'étrangeté des comportements du jeune incitent les parents à se questionner (Lalonde, 1995, p. 140).

Les parents envisageront alors différentes causes pour expliquer l'apparition de ces perturbations chez leur enfant. Que se soit la rupture d'une relation amoureuse, un échec scolaire, les études trop poussées ou trop prises au sérieux, la perte d'un emploi, un déménagement, la mort d'un proche, la drogue ou l'influence d'un copain ou d'une copine, toutes ces possibilités peuvent être la cause du changement de comportement de leur jeune. En évaluant la situation, les parents s'aperçoivent d'instinct qu'il y a peut-être autre chose. Avant de se rendre à l'évidence d'une possible maladie, ils développeront alors beaucoup d'anxiété. Il est urgent pour eux de comprendre et de connaître les raisons de ces changements afin qu'ils puissent aider leur jeune à reprendre le contrôle de leur vie (Lalonde, 1995, p. 14).

Certains parents feront rapidement le lien entre les nouveaux comportements de leur enfant et les symptômes d'un parent malade. Un frère, une soeur, un oncle ou une tante est atteint de la maladie. C'est alors l'état de choc et la panique qui s'emparent des parents. " Ils veulent éviter à tout prix que leur enfant perde contact avec la réalité, qu'il sombre dans la folie et qu'il subisse le même sort que le parent malade " (Lalonde, 1995, p. 14).

2.3 Les mécanismes de défense.

Selon Winnicott, 1988, la maladie chez l'enfant, est une défense de l'organisme contre l'anxiété. Les mécanismes de défense agissent contre la crainte du manque de contacts avec la réalité extérieure ou contre la crainte d'une désintégration cathartique (p.18).

On sait depuis longtemps que la plupart des personnes schizophrènes détiennent une structure psychologique fragile et des mécanismes de défenses du moi peu fonctionnels. Ce qui occasionne chez elles, un sentiment désespéré de solitude et en même temps une peur de toute relation d'intimité et de confiance. C'est à ce moment-là, qu'elles sont susceptibles de devenir suspicieuses, anxieuses, hostiles ou régressées si quelqu'un tente de se rapprocher d'elles (Vivre avec la schizophrénie, p. 4).

Le passage de l'adolescence à la vie adulte est très souvent une étape douloureuse et difficile à passer. Parfois, l'individu se sent seul et dépressif et il envisage l'avenir avec certains peurs et certaines craintes. Pour ne plus sentir leurs souffrances insupportables, les schizophrènes se coupent inconsciemment de toutes émotions. Cette coupure avec la réalité agirait également comme un mécanisme de défense (Lalonde, 1995, p. 4)

L'objet de relation est un facteur important dans l'origine de la schizophrénie. D'après Sullivan, le processus schizophrénique serait une défense régressive employée contre l'anxiété et la non différenciation de l'ego (1962).

Selon Winnicott, il y a deux étapes dans la vie d'un individu dans lequel la séparation avec l'objet de relation est délicate: au début de l'enfance et à l'adolescence. Le processus créatif devient à ce moment-là un outil important qui permet à l'individu de passer à travers cette étape de séparation, en lui donnant la possibilité d'utiliser sa personnalité en entier et de faire la découverte de soi. C'est aussi un moyen de contrôler son anxiété et ses craintes par rapport à la séparation à travers un contenu symbolique qu'il utilise comme instrument de fantaisie (1971, p. 63).

2.4 La maladie combinée.

La dépression peut être associée à la schizophrénie, car l'humeur ou les sentiments dépressifs sont fréquents chez les patients schizophrènes. Les patients peuvent se sentir découragés lorsqu'ils mesurent l'impact de la maladie sur leur vie. De plus, les changements d'ordres biologiques qui se produisent dans le cerveau peuvent également favoriser la dépression et augmenter le risque de suicide chez ceux-ci. S'il y a apparence d'idées suicidaires, elles doivent toujours être prises au sérieux et à chercher le plus rapidement possible de l'aide (Vivre avec la schizophrénie, p. 2). Certains patients présenteront à la fois des symptômes de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive. On parle alors de trouble «schizoaffectif» (La schizophrénie, 1991, p. 18).

3. La famille et son développement individuel

3.1 La structure familiale et ses influences.

La famille a-t-elle une influence sur l'évolution de la maladie ?

Le rôle alloué à celle-ci dans l'apparition de la maladie ou l'évolution de la schizophrénie a toujours été soumis aux conditions scientifiques et sociales du temps. Il n'y a pas si longtemps, on accablait la famille de tous les malheurs à ce propos. Heureusement, on sait maintenant que la famille est d'un soutien indispensable, d'une aide valable et significative pour le parent malade. Même si, parfois, elle peut générer des conflits et même accélérer le processus de maladie chez certains individus. Le soutien et l'aide que la famille apporte à leurs parents et amis souffrant de schizophrénie pèsent énormément dans la balance. De plus, considérant la nature de leur maladie, les personnes atteintes de schizophrénie sont limitées et parfois incapables de défendre leurs droits (La schizophrénie, 1991, p. 6).

Plusieurs recherches scientifiques ainsi que les témoignages de familles touchées par la maladie ont permis de discréditer des théories qui ont longtemps contribué à alimenter les mythes entourant la schizophrénie. Des études approfondies ont prouvé que ces théories étaient fausses (Vivre avec la schizophrénie, p. 3). Au point de départ, ces théories orientaient leurs intérêts principalement vers le monde intérieur de la personne souffrant de schizophrénie. Certaines de ces théories élaborées par des psychiatres dans les années 1950 voulaient démontrer que la schizophrénie était causée par une forme de traumatisme psychique infligé durant l'enfance, en autre part les parents.

D'autres théories se sont attardées à chercher les carences dans l'entourage de l'enfant. Ils croyaient que les mères d'enfant (s) schizophrène (s) souffraient d'hyperanxiété, qu'elles étaient obsessionnelles et dominatrices! On les désigna alors de: « mères schizophrénogènes ». Malheureusement, encore aujourd'hui, certains professionnels de la santé insinueraient que vous avez provoqué la maladie de votre parent et ils vous conseilleraient de ne plus maintenir des liens familiaux avec ce dernier afin de ne pas empêcher la guérison de celui-ci (La schizophrénie, 1991, p. 12).

D'autres théoriciens comme Sullivan, Klein et Fairbain, pour faire une scission avec l'école psychanalytique classique, se sont penchés sur les aspects interpersonnels dans le développement de la psychopathologie. Ils se sont davantage intéressés aux relations qu'établissent l'enfant avec les figures importantes de son entourage, plus précisément à la relation d'objet. Ces théories élaborées par les psychiatres de cette période sont également basées sur l'étude des comportements.

Thomas Szasz a déclaré que la schizophrénie, à l'instar de toutes les autres affections mentales, était un ensemble de comportements et non pas une maladie. De même que le psychiatre britannique R.D. Laing a émis l'hypothèse que la schizophrénie était en réalité une réaction « saine » d'une personne vivant dans un monde de « fou ». Selon cette théorie, les personnes souffrant d'un stress accablant agiraient d'une manière « insensée » dans le but de s'adapter à ce monde (La schizophrénie, 1991, p. 12).

Les théories psychodynamiques se centrent sur les relations interpersonnelles qui apparaissent très tôt dans la vie du schizophrène. Ces théoriciens pensent que les comportements pathologiques du patient schizophrénique sont liés à des échecs du développement dans les phases critiques de l'enfance, par exemple dans la structuration de la personnalité, comme être humain indépendant (Searles, 1965). Ces théories font partie de courants de pensée plus idéalistes préconisant des approches uniquement humanistes, basées sur une relation d'aide bienveillante. " Comme si la maladie schizophrénique n'était causée que par une interaction défectueuse avec l'environnement " (Lalonde, 1995, p. 93).

Cette approche, de l'étude du comportement humain a donné lieu à l'élaboration de techniques psychanalytiques qui se sont avérées inefficaces par rapport aux personnes atteintes de schizophrénie. Il y a donc d'autres causes reliées à cette maladie qui se révèlent être liées à des causes biologiques. Désormais, il est admis que les symptômes de la maladie proviennent d'un dérèglement des processus chimiques nécessaires au bon fonctionnement du système nerveux. La recherche actuelle sur la schizophrénie vise en premier lieu à expliquer ce phénomène (La schizophrénie, 1991, p. 55).

3.2 L'hérédité et le dépistage de la maladie.

Même si la schizophrénie est une maladie difficile à dépister à ses débuts, de nombreuses familles affirment qu'elles savaient déjà depuis un certain temps que quelque chose n'allait pas chez leur fils, fille, frère ou soeur ou encore leur propre conjoint.

Bien sûr, il y a plusieurs signes avant-coureurs que nous avons pu constater un peu plus avant dans ce travail. Lorsque plusieurs comportements associés à la schizophrénie apparaissent soudainement ou qu'il y est un changement de comportement marqué qui persiste pendant plusieurs semaines, il est fortement conseillé de consulter un médecin. Toutes ces familles recommandent de se fier à son intuition, car les membres de la famille sont les mieux placées pour agir, qui mieux qu'eux connaissent leur parent malade (La schizophrénie, 1991, p. 13). Elles disent également, qu'il est très important pour eux de se déculpabiliser en ce qui concerne le parent qui souffre de schizophrénie!

Aujourd'hui, les recherches sur la schizophrénie nous laissent la possibilité de mieux comprendre la maladie. On cherche toujours l'origine de cette affection et on se demande, si à la base, la maladie se transmettait de façon héréditaire? Dans le domaine de la génétique, les études laboratoires reconnaissent depuis longtemps que les membres de familles qui ont des antécédents de schizophrénie ont des chances plus élevées d'être atteints de cette maladie. En effet, ces études révèlent des risques plus élevés d'être touchés par la maladie si le lien de parenté avec la personne schizophrène est rapproché (La schizophrénie, 1991, p. 56).

Quel est donc le rôle joué par les gènes dans les maladies neurologiques? Les chercheurs s'y intéressent de plus en plus et plusieurs scientifiques ont entrepris des travaux de longues haleines afin de trouver des gènes défectueux.

Grâce aux travaux d'observation du Dr Basset et du Dr Jones, de l'Université de la Colombie-Britannique, une anomalie du chromosome 5 est découverte chez un oncle et un neveu qui souffraient tous deux de schizophrénie et dont plusieurs anomalies physiques identiques étaient présentes.

De plus, le Dr Gurling et le Dr Sherrington de l'University of London ont trouvé que le segment du chromosome 5 identifié par Basset et Jones semble jouer un rôle déterminant dans la transmission de la schizophrénie au sein de familles ayant des antécédents de schizophrénie. Par contre, d'autres groupes de chercheurs, qui se sont intéressés de près au même phénomène et à ce même genre de familles, n'en tirent pas les mêmes conclusions (La schizophrénie, 1991, p. 56)

3.3 Les répercussions de la maladie sur le milieu familial.

La schizophrénie est une maladie méconnue, souvent mal interprétée et mal comprise où émergent des idées fausses à son sujet qui sont non-fondées et qui alimentent peurs et craintes chez le public vis-à-vis les personnes souffrant de schizophrénie. Les familles s'aperçoivent qu'il existe encore aujourd'hui de nombreux préjugés à leur égard et à celle du membre de leur famille souffrant de cette maladie. Certaines personnes croient que se sont des personnes violentes, des êtres faibles et paresseux qui ont « choisi » leur folie ou que ces personnes ont été maltraitées par leurs parents ou qu'elles ont subi un traumatisme durant leur enfance. Ces idées fausses et ces préjugés venant de la part du public développent chez les familles, un sentiment de culpabilité qui demeure le principal facteur empêchant ces personnes de demander et de recevoir de l'aide pour le parent malade et pour eux.

De plus, la maladie est une source d'inquiétudes constantes pour les membres de la famille. Des sentiments d'épuisements, de culpabilité et de honte, de rejets et de colère surgissent parfois lorsque la maladie devient trop lourde à assumer pour celle-ci (La schizophrénie, 1991, p. 11).

3.4 Le rôle de la famille.

Quelles sont les conséquences et les répercussions de la maladie sur la famille et quel rôle a-t-elle à jouer avec le parent atteint de schizophrénie?

L'influence de la famille sur la schizophrénie a été largement explorée au cours des 50 dernières années. On a souvent jeté le blâme sur celle-ci en prétendant qu'elle était entièrement responsable de la maladie. Même si aujourd'hui les recherches évitent de suggérer que la famille est responsable de la maladie, il n'en demeure pas moins que certaines attitudes familiales peuvent précipiter les rechutes. C'est souvent l'ignorance de certains faits qui contribuent à accélérer celles-ci. Si la famille est bien informée et soutenue, les rechutes seront moins fréquentes. Le rôle de la famille devient alors plus actif et plus constructif (Lalonde, 1995, p. 101).

Depuis l'ère de la désinstitutionnalisation, la famille devient la mieux placée pour dépister la maladie, encourager le parent malade à se faire soigner et lui donner tout le soutien nécessaire dans sa démarche de guérison. Vu la lourde tâche qu'impose la maladie, on peut comprendre qu'avec le temps, les familles en arrivent à ne plus être capables de tolérer plus longtemps les écarts de conduite du parent malade.

Plusieurs d'entre elles ont mentionné qu'une atmosphère de grande confusion régnait à la maison et que le parent malade, par ses comportements bizarres, s'était attiré la rancune et la colère des autres membres de la famille. De l'avis des personnes consultées sur le sujet, il est important de ne pas attendre que la situation se détériore. On se doit d'agir le plus rapidement possible en allant chercher de l'aide auprès des personnes compétentes en ce domaine (La schizophrénie, 1991, p. 14).

Par contre, il faut savoir qu'une fois la décision de consulter un médecin est prise, que la situation ne sera pas plus facile pour autant! Il faudra d'abord convaincre le malade qu'il serait bon pour lui de consulter. À ce moment-là, il peut très bien nier l'existence de ses problèmes ou croire sincèrement qu'il n'en a pas. Par contre, s'il est conscient que quelque chose ne va pas, il peut se refermer sur lui-même dans un état de confusion et de peur en tentant de régler lui-même ses problèmes. Il est alors conseillé d'aborder le malade en lui suggérant de consulter pour un problème d'insomnie ou de manque d'énergie. " De cette façon, le malade percevra le médecin comme quelqu'un qui veut l'aider plutôt que comme un juge cherchant à critiquer sa conduite " (La schizophrénie, 1991, p. 15).

Lors d'une crise ou d'un épisode psychotiques (c'est-à-dire une sévère perte de contact avec le réel) les parents du malade qui vivent cette situation disent avoir vécu un choc, être pris de panique et être terrifié lorsque celui-ci arrive à cette étape de la maladie. En de pareils cas, il faut chercher à obtenir une assistance médicale qui convienne, c'est-à-dire appeler immédiatement le médecin de famille ou un psychiatre (La schizophrénie, 1991, p. 20).

Idéalement, il serait préférable que votre parent accepte de vous accompagner de son plein gré. Cependant, d'après les familles consultées, il se peut que le malade vivant un épisode psychotique soit parfois violent. Dans le cas de situations extrêmes, il est conseillé d'assurer sa protection et celles des autres ainsi que celle du malade. La meilleure chose à faire est soit d'évacuer les lieux, soit d'enfermer le malade pendant que vous téléphoniez ou de sortir pour demander de l'aide. En dernier recours, s'il n'y a pas d'autres alternatives, la seule chose à faire est d'appeler la police (La schizophrénie, 1991, p. 21).

L'hospitalisation surviendra probablement pendant ou après un épisode psychotique. Les familles et les professionnels de la santé insistent sur l'importance d'hospitaliser le patient afin d'obtenir un diagnostic le plus juste possible. Le personnel hospitalier compétent est en mesure de réaliser des observations plus poussées et d'évaluer l'état de votre parent malade avec des examens approfondis. Les examens et entrevues permettent ainsi de poser un diagnostic, si le patient n'a pas déjà été diagnostiqué, à déterminer le traitement approprié et à décider s'il y a lieu d'hospitaliser ou de suivre le patient à l'externe (La schizophrénie, 1991, p. 24).

En conclusion, " nous pouvons dire que la schizophrénie ne résulte pas d'un choc émotif dans l'enfance. Les parents ne causent pas la schizophrénie par leur manière d'être ou par leur façon d'élever leurs enfants. De plus, même si la maladie a une composante génétique, celle-ci ne suffit pas à expliquer complètement le mode de transmission et d'apparition de la maladie" (Lalonde, 1995, p. 72).

4. Les traitements

4.1 La médication.

La schizophrénie est une maladie chronique dont les symptômes s'améliorent généralement avec les traitements, mais les risques de rechutes sont élevés. Les meilleurs résultats sont obtenus par la combinaison d'un traitement médicamenteux (antipsychotiques ou neuroleptiques) et la psychothérapie qui permet habituellement d'atténuer les symptômes positifs de la maladie ainsi qu'un traitement psychosocial ou de soutien (La schizophrénie, 1991, p. 10). " Malheureusement, l'efficacité des neuroleptiques contre les symptômes négatifs de la schizophrénie de nature plus chronique, telles la dépression et l'apathie, est fort limitée " (La schizophrénie, p. 28).

Certains chercheurs sont amenés à penser qu'une production excessive de dopamine (substance biochimique présente dans le cerveau) ou une sensibilité excessive à sa présence seraient liées à la schizophrénie. " On a découvert qu'un certain nombre de médicaments (neuroleptiques) permettaient de ramener à un niveau presque normal les déséquilibres biochimiques de nombreuses personnes atteintes de schizophrénies " (Association canadienne des psychiatres, p. 2). La pharmacothérapie peut procurer suffisamment d'amélioration pour permettre au patient de vivre dans la communauté, mais elle n'élimine pas le risque de rechutes (le retour à l'hôpital) (Lalonde, 1995, p. 72).

Ainsi, les neuroleptiques se présentent sous la forme de comprimés, de soluté à boire ou d'injection intramusculaire. Les comprimés se prennent par voie orale et agissent lentement et de façon graduelle. Tandis que l'injection intramusculaire agit plus rapidement et permet d'atténuer aussi vite que possible les symptômes les plus terrifiants. Elle a aussi l'avantage d'être administrée à interval d'une à six semaines. Cette pratique peut s'avérer avantageuse dans le cas de ceux qui oublient ou qui n'aiment pas prendre leurs médicaments. Les patients suivis à l'externe choisiront de prendre soit le médicament sous forme de comprimés ou soit l'injection à action prolongée, selon leurs réactions aux divers neuroleptiques qui peuvent leur être administrés (La schizophrénie, 1991, p. 28-29).

Certaines personnes souffrant de schizophrénie réagissent bien aux médicaments, car ils ont peu d'effets secondaires sur elles. Ces médicaments peuvent aider ces personnes à diminuer les hallucinations et les délires et à maintenir un raisonnement cohérent. Par contre, certains patients seront plus incommodés que d'autres par les nombreux effets secondaires. Ce qui fréquemment les conduiront à cesser de les prendre et à faire des rechutes (Association canadienne des psychiatres, p.3). Le problème vient souvent de là, sans traitement, de 60 à 80 % des patients font une rechute moins d'un an ou deux après l'apparition de la maladie (Vivre avec la schizophrénie, p. 6).

Il faut savoir que la médication doit se poursuivre pour une période indéterminée même après la disparition des symptômes aigus comme les idées délirantes et les hallucinations.

Par contre, certains patients pourront diminuer de façon importante leur médication en fonction de leurs réactions et parfois même, ne plus avoir besoin de ce soutien pour fonctionner normalement. En effet, on constate que la maladie schizophrénique s'atténue naturellement avec l'âge pour plusieurs patients. On a noté qu'après l'âge de 50 ans, la moitié des patients, ne manifestent plus de symptômes psychotiques, suffisamment pour cesser toute médication (Lalonde, 1995, p. 96).

Il est important que le patient et la famille comprennent que le principal handicap de la maladie se manifestera par une difficulté de réinsertion sociale. Le patient doit éviter tout stress engendré par des situations compétitives ou de performances, s'il veut prévenir les rechutes. En général, le schizophrène devra éviter tout travail comportant des imprévus, des relations humaines trop intenses et toutes situations pénibles à supporter pour lui. Il devra prendre régulièrement sa médication et ne pas cesser, même s'il croit qu'il se porte mieux (Lalonde, 1995, p. 104).

D'autres traitements autres que la médication, comme les traitements psychosociaux, peuvent aider le patient et sa famille à faire face à la maladie et aux problèmes qu'elle engendre. Plusieurs thérapies se sont avérées intéressantes, mais plus ou moins efficaces dans le traitement de la schizophrénie. Nous ferons l'élaboration de quelques-unes d'entre elles.

4.2 Les thérapies psychoanalytiques.

L'approche psychoanalytique n'est pas très recommandée dans le traitement des personnes souffrant de schizophrénie. Cette approche vise plutôt à travailler en profondeur sur la personne, sur la dimension inconsciente et sur le passé de celle-ci. Ce qui n'est pas toujours bénéfique dans le cas de personnes qui souffrent de schizophrénie. De même que la préoccupation majeure de l'analyse transactionnelle est de démystifier toutes les transactions interpersonnelles, en identifiant d'une part, les influences parentales et sociales et d'autre part, les influences du passé infantile de la personne. L'analyse transactionnelle permet aussi d'identifier les rôles sociaux, les jeux psychologiques néfastes que jouent les gens, les scénarios vitaux et les plans de vie. Elle dispose d'un éventail de techniques de découvertes de soi qui permet des prises de conscience rapide et bienfaisante (Finn, 1980, p. 52).

Dans la thérapie Gestalt, Perls considère les aspects névrotiques de la personnalité comme des situations inachevées, qui demandent à se refermer sur leur conclusion. Chaque situation accomplie est une « gestalt » une forme, une structure. Les techniques de Perls consistent à ramener toujours la situation inachevée dans le présent pour qu'elle puisse se développer et se conclure. Pour ce faire, il faut accroître sa sensibilité aux émotions, au milieu extérieur, à son corps et l'exprimer verbalement (Finn, 1980, p. 52). " Par des techniques de projections sur des objets, des personnes, des atmosphères, Perls conduit son client à retrouver l'énergie, investie dans une gestalt non close et à la rapatrier dans sa personne " (Finn, 1980, p. 53).

Tandis que le psychiatre anglais Ronald Laing dénie à la schizophrénie tout caractère maladif et il refuse la description symptomatique et surtout les traitements habituels. Il croit plutôt que la schizophrénie résulte d'un choix de dernière instance offert à une personne qui se sent écrasée par le réseau des relations familiales et sociales (Finn, 1980, p. 54).

D'autres thérapies comme la psychothérapie sont indiquées à titre individuel, en groupe, ou familiales. Elle peut aider fortement les personnes souffrant de schizophrénie et leurs proches. Ils y trouveront un soulagement à leur stress, compréhension et réconfort face aux effets affectifs de la maladie (Association canadienne des psychiatres, p. 3). On conseille la thérapie de soutien qui consiste à offrir une information détaillée sur la maladie et le traitement. Cependant les résultats de cette thérapie ne se manifesteront qu'après plusieurs mois de traitement et ce n'est que lors de la deuxième année de traitement que l'effet de cette thérapie apparaît vraiment. " Cette approche dite psychoéducative amène le thérapeute à trouver les mots et les moments appropriés pour répondre aux questions et motiver le patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement " (Lalonde, 1995, p. 98). L'autonomie est l'objectif premier en considérant qu'elle s'acquière progressivement selon l'origine ethnique et les traditions familiales du sujet.

Les thérapies qui semblent les plus efficaces sont celles où la famille est impliquée. Dans une étude comparative faite par Falloon, il apparaît que les patients traités avec une thérapie psychoéducative familiale évoluent beaucoup mieux que ceux traités par une thérapie individuelle (Lalonde, 1995, p. 103).

L'approche psychoéducative a inspiré plusieurs stratégies afin d'aider les familles aux prises avec une malade souffrant de schizophrénie. Cet aspect éducatif a une très grande importance surtout en ce qui concerne la mauvaise compréhension de la maladie : les causes, les symptômes, les traitements et les raisons pour lesquelles la médication s'avère nécessaire (Lalonde, 1995, p. 102).

En se familiarisant avec la maladie, la famille aura la possibilité d'appuyer le parent qui souffre de schizophrénie, de l'entourer de soins et d'affections de manière à favoriser la communication. Cette méthode procure également un immense bienfait en diminuant les sentiments de culpabilité de la famille. Le but premier de cette approche est d'augmenter les ressources du patient et de sa famille et de diminuer le stress et ses effets selon le modèle (vulnérabilité-stress) (Lalonde, 1995, p. 78).

4.3 L'art thérapie.

L'art thérapie permet de créer une nouvelle avenue de traitement et un nouveau mode de relation entre les patients et l'art thérapeute.

“ La relation entre la réalité et psychose correspond à celle qu'il y a entre réalité et art. C'est pourquoi, l'art est un moyen de communication privilégié entre les malades psychiques et les personnes saines “ (Navratil, 1978, p. 150). La production du travail d'art pour le patient peut être vue comme une médiation entre le monde conscient et inconscient..

De quelle manière le processus créatif, comme objet transitionnel, peut assister le patient dans la résolution de la séparation et le supporter lors de l'émergence du soi. La fonction créatrice permet de maîtriser son environnement, de calmer l'angoisse et d'entrer en relation avec l'objet. Selon Didier Anzieu « créer une oeuvre, c'est reconstituer en soi, à l'occasion de la création, l'objet aimé, détruit, perdu » (Rodé, 1997, p.65). Michelle Rodé ajoute que « tout changement de la personne est un processus créateur. Il est donc nécessaire de permettre à la personne de renouer avec ses processus créatifs intérieures » (p.65).

L'objet aimé et détruit est restauré comme objet interne, stable et autonome, comme objet exclusivement bon, dans lequel le sujet puise la confiance de vivre et la capacité d'être heureux, dans lequel il se répare lorsqu'il est endommagé par les blessures que la réalité, l'existence, les autres, voire lui-même lui infligent (Rodé, 1996, 65).

L'art créatif n'est pas isolé des activités du contenu de soi, mais il est plutôt une part de l'effort pour communiquer avec les autres. L'expression visuelle facilite la communication et elle fait la synthèse entre les expériences intérieures et la réalité extérieure (Terry & Lavery, 1994, p. 14).

Comme Winnicott l'a déjà démontré dans le passé, il est possible d'identifier la présence de désillusions et d'hallucinations à travers l'art de jeunes enfants. Les métaphores sont souvent utilisées dans leurs dessins comme un moyen d'expression pour établir des rapports avec les autres.

Par exemple, un jeune dessinera une habitation semblable à l'armée (bunker) avec deux trous pour les yeux, lui permettant ainsi d'observer à son aise son entourage tout en étant protégé par cet abri (Henly, 1994, p. 103). La métaphore devient alors un outil important et très utile en art thérapie, car elle permet à l'individu de s'exprimer en dessin de façon sécurisante et compense probablement pour l'incapacité d'interactions avec les autres.

De plus, en art thérapie la fonction de l'image opère comme un catalyseur permettant aux émotions intérieures de se révéler à travers elle à la lumière du jour et à la vue de tous. Elle agit également comme objet transitionnel dans lequel sont contenues toutes les émotions inacceptables du patient. L'image détient un certain pouvoir en ce sens qu'elle permet la réalisation et la compréhension de contenus inconscients. Le pouvoir de l'image demeurera longtemps après sa réalisation et s'estompera graduellement avec le temps (Shavarien, 1992, p. 107-116).

(étude de cas)

Le nom de Marie est un pseudonyme que j'ai choisi pour cette étude de cas afin de protéger la confidentialité de cette personne. Marie était à ce moment-là diagnostiquée schizophrénique avec tendances maniaco-dépressives.

Identification

Marie est une adulte francophone âgée d'une quarantaine d'années. Elle fait partie d'une famille de quatre enfants. Elle a complété un baccalauréat en littérature. Ses projets futurs seraient de travailler comme enseignante en art dramatique.

Présentation du problème

Cette personne souffre de schizophrénie marquée par des phases épisodiques maniaco-dépressives.

Histoire de son passé psychiatrique

Elle a été admise à l'hôpital à plusieurs reprises de 1977 à 1997. Les causes de son admission étaient en partie reliées à des problèmes de dosage au niveau de sa médication, ce qui lui occasionnait des problèmes de sommeil. De plus, pendant ces périodes d'hospitalisation, elle a vécu plusieurs phases dépressives.

Dans les premières admissions, elle ne présentait pas de problèmes au niveau de ses pensées et semblait une personne calme, coopérative et cohérente sans idée suicidaire.

Histoire de la maladie présente

Elle a demandé une hospitalisation libre, car elle jugeait sa médication non adéquate. Elle se plaignait de ne pas dormir suffisamment et d'être constamment épuisée. Elle disait dormir seulement trois à quatre heures par nuit. C'est d'abord pour cette raison qu'elle s'est présentée à l'hôpital, mais aussi parce qu'elle était dans une période qu'on pourrait qualifier d'hyperactivité. Elle disait qu'elle devait absolument calmer cet excès d'activités dans le but de prévenir une autre psychose. Marie a demandé à son docteur habituel, à l'hôpital Royal Victoria, au département de psychologie, de réévaluer sa médication. Elle est donc venue à l'hôpital de sa propre initiative, à titre préventif, puisqu'elle était parfaitement consciente de son état de santé. Marie fut hospitalisée à l'interne durant deux semaines, le temps de lui faire passer quelques tests psychologiques et de trouver la bonne médication. La patiente pourrait retourner chez elle au moment où elle se sentirait assez bien pour avoir son congé. Lorsqu'elle obtiendrait son congé, elle devrait se présenter aux soins de jour durant quelques semaines pour un suivi médical afin de vérifier si la médication lui convenait bien. Elle était à ce moment-là dépressive avec une estime de soi assez fragile. Elle parlait très vite et elle était anxieuse et agitée, mais coopérative. Ses pensées semblaient à ce moment-là normales, pas de désillusions, d'hallucinations et de pensées suicidaires. Je l'ai rencontrée en art thérapie à l'interne quelque temps à l'hôpital et le reste du temps lorsqu'elle venait aux soins de jour à l'externe.

Histoire familiale

Les seules informations que j'ai concernant sa famille sont celles qu'elle m'a donnée de vive voix. À ce moment-là, ses parents étaient mariés depuis environ une trentaine d'années et ils étaient toujours ensemble. Marie fait partie d'une famille de quatre enfants. Elle avait une bonne relation avec une soeur plus jeune qui se préoccupait d'elle et qui lui apportait son aide assez souvent. Elle semblait également apprécier son père, car en général elle en parlait de façon positive. Tandis que, pour sa mère, ses sentiments à son égard étaient teintés de beaucoup d'agressivité et de reproches.

Présentation

Les présentations avec la participante ont été faites par l'entremise du docteur qui supervisait mes stages à ce moment-là. Le docteur a suggéré à Marie qu'il serait bénéfique pour elle de profiter de sessions d'art thérapie durant son séjour à l'hôpital. Elle semblait très intéressée et elle a accepté spontanément d'y participer. Nous avons alors convenu avec elle, d'un rendez-vous pour le lendemain.

La sélection du sujet s'est faite en rapport avec le processus créatif que je considérais chez elle comme très intense et très révélateur. Dès la première rencontre, la participante a spontanément captivé et fasciné mon attention. À travers l'expérience créative, elle démontrait une énergie débordante et une grande intensité physique (quasi-frénétique).

Cette énergie se reflétait dans ses gestes, dans sa façon d'occuper l'espace et dans son travail d'art. C'est un sujet qui était très articulé, très productif et aussi très verbo-moteur. D'ailleurs, elle parlait ou elle chantait constamment en travaillant pendant toute l'heure de la session. Parfois même, elle écrivait des mots, des pensées ou des poèmes sur ses dessins. Je me demandais alors, si son débit n'agissait pas comme un mécanisme de défense afin de calmer son anxiété.

Le but de cette recherche était de faire prendre conscience à la participante de ce qui pouvait émerger de son monde intérieur à travers l'expérience de l'art thérapie. En lui fournissant un cadre sécurisant et en développant une relation basée sur l'empathie, nous espérions diminuer l'anxiété que peut générer la maladie. Et, permettre ainsi à la participante, avec l'aide de la créativité, de prendre de plus en plus conscience de son monde intérieur et de s'investir graduellement dans cette démarche qui est celle de s'ouvrir vers la réalité extérieure. Je pense également que la méthode phénoménologique combinée à l'art thérapie est bien adaptée à ce type de population et elle est pertinente pour atteindre mes objectifs.

Comme je l'ai mentionné plus haut, dès la première rencontre, le sujet m'intéressait. La relation s'est donc amorcée rapidement et la communication s'est développée facilement. C'est une personne que je percevais à ce moment-là, anxieuse et très agitée. Elle parlait sans arrêt et elle se déplaçait constamment de long en large dans sa chambre. Elle partageait sa chambre avec trois autres patientes. Marie prenait beaucoup d'espace et elle avait de la difficulté à ne pas envahir celui des autres patientes.

Marie participait très bien aux sessions d'art thérapie. Elle était très productive en art et elle peignait beaucoup, même la nuit dans sa chambre d'hôpital lorsqu'elle ne trouvait pas le sommeil. Elle était bien équipée en matériaux d'artistes et elle disait peindre depuis plusieurs années. Dans sa chambre, j'ai constaté qu'elle avait un chevalet à côté de son lit et des toiles disposées tout autour du lit. D'ailleurs, sur ce chevalet, elle avait toujours un travail en attente. Marie n'aimait pas laisser un travail inachevé, mais en même temps, elle éprouvait constamment le besoin de commencer un nouveau dessin ou une nouvelle toile. Elle disait que, pour être satisfaite d'elle-même, elle devait réussir à compléter ses toiles ou ses dessins. Parfois, dans ses moments libres, elle aimait réaliser des petites toiles pour ses compagnes de chambre qu'elle affectionnait.

Je lui ai rendu visite le lendemain, elle semblait alors très énervée et elle était mécontente, car elle croyait que j'avais oublié notre rendez-vous. Nous nous étions tout simplement mal comprises sur l'heure. Je suis quand même parvenue à la rassurer et à la calmer après quelques minutes de dialogue. Nous avons pris un autre rendez-vous qu'elle s'est empressée d'inscrire à son agenda. Marie était une personne qui notait tout de peur d'oublier quelque chose, cela devenait même obsessionnel chez elle. On avait l'impression qu'elle voulait tout faire en même temps, comme si la journée n'avait pas assez de vingt-quatre heures pour réaliser tout l'emploi du temps qu'elle s'était fixée. Cet emploi du temps était d'ailleurs toujours très chargé, un cours à telle heure, un rendez-vous à une autre heure et ainsi de suite durant toute la journée. Elle paniquait souvent et elle se stressait davantage lorsqu'elle ne parvenait pas à réaliser tout ce qu'elle avait planifié dans sa journée. Elle éprouvait toujours une grande fierté à nous montrer ses toiles et ses dessins.

Ce jour-là, elle a insisté pour que j'apporte avec moi son cahier de poèmes et de dessins afin que je puisse le regarder plus tard. Elle désirait avoir mon opinion sur le contenu de celui-ci. Marie se considérait comme une artiste et elle disait avoir réalisé chez elle, une bonne production de toiles et de dessins. Son ambition future serait de monter une exposition avec toutes ses oeuvres.

Il ne fut donc pas difficile de la convaincre de vivre l'expérience de sessions en art thérapie. Elle nous a avoué que ce n'était pas la première fois qu'elle participait à de telles sessions. La relation s'est donc établie et elle s'est développée positivement dans un climat de confiance et de belles complicités. Ce fut une relation enrichissante pour le chercheur et nous pensons que ce fut réciproque pour la participante. Les plus grandes forces de la relation se situaient au niveau de l'empathie de la part du chercheur et de l'expérience que la participante fournissait à travers sa production en art thérapie. Il fallait avec cette patiente démontrer une grande capacité d'écoute et au bon moment poser les questions qui l'amèneraient à s'ouvrir graduellement et ensuite qu'on l'encourage à poursuivre dans cette démarche.

5. Description des séances d'art-thérapie.

Session 1: La représentation de soi

À la première session d'art thérapie, afin de mieux la connaître, je lui ai demandé de faire un dessin qui la représentait et qui me permettrait de la définir en tant que personne. Je lui donnais alors toute la liberté voulue dans le choix des matériaux et le format du papier. Marie réalisa son premier dessin # 1 avec des marqueurs de couleurs sur un format de papier assez grand. Elle exécutait ce dessin en peu de temps, avec beaucoup de vitalité et de liberté. Elle commençait d'abord par dessiner une rose rouge au centre de la feuille et elle entourait celle-ci d'un coeur au marqueur noir. Ensuite, elle entourait ce coeur avec plusieurs lignes rouges qui remplissaient tout le reste de la feuille. Ces lignes superposées produisaient un effet d'ondulations ou de vibrations. Un coeur qui irradiait son amour. Elle avait écrit le mot perfection assez grand pour être visible sur le coeur qu'elle avait dessiné auparavant. Ce mot était écrit au marqueur noir. En regardant bien, en dessous de ce mot, on pouvait lire le même mot « perfection ». Par la suite, d'autres mots se sont greffés au dessin comme des prénoms et des initiales des membres de sa famille. On pouvait voir également au bas de la feuille, les mots « amour » et « haine ». Il y avait une flèche qui partait de ces deux mots pour se diriger vers un prénom encerclé plusieurs fois au crayon noir. Par la suite, ces mots étaient rayés par des lignes horizontales de couleur noire comme si Marie voulait les cacher ou les faire disparaître. Lorsqu'on regardait le dessin de Marie, on voyait un ensemble de symboles difficiles à déchiffrer parce qu'ils étaient dissimulés à travers un amas de gribouillis.

Formulation

L'amour de sa famille semblait très important pour elle. Marie m'expliquait alors qu'ils étaient quatre enfants dans leur famille et elle me les nommait un par un avec la profession qu'ils exerçaient. Elle avait pour chacun d'eux des commentaires plus ou moins positifs. Elle était également très ambivalente à l'endroit de sa soeur Caroline où elle éprouvait à son égard à la fois de l'amour et de la haine et probablement de l'envie, car sa mère semblait préférée sa soeur. Probablement à cause de ses sentiments d'ambivalences et de culpabilité, elle avait choisi de rayer les mots qu'elle avait écrits auparavant. L'amour était représenté par les symboles d'une rose et d'un coeur dans le dessin de Marie. L'amour pour elle se devait d'être parfait et surtout de ne pas la décevoir. Nous terminons la session, je la remercie pour sa participation et je l'invite à prendre un autre rendez-vous pour une prochaine session.

À plusieurs occasions, lors des sessions en art thérapie, Marie demandait de lui suggérer de nouveaux matériaux et aussi des techniques différentes. Elle aimait expérimenter la nouveauté, c'était pour elle stimulant et cela l'encourageait à produire de nouvelles choses.

Session 2: Autoportrait #1

Lors de la deuxième séance d'art thérapie, j'ai demandé à Marie de réaliser un autoportrait # 2. Le but de cette demande était de comprendre comment elle se percevait et de voir comment elle se représentait. Elle a réalisé son travail sur un grand format avec des gestes très larges et elle a utilisé comme matériaux: des crayons aquarelles, un pinceau et de l'eau.

Ce travail s'est réalisé avec beaucoup d'énergie, même qu'à la fin, elle utilisait ses doigts comme outil de travail. Elle disait aimer toucher les matériaux, qu'ainsi le contact était plus direct entre elle et la matière! Elle termina son portrait en traçant un cadre noir tout autour du visage. Je lui ai demandé alors si elle avait terminé et ce qu'elle pensait de son dessin. Elle désirait d'abord l'accrocher au mur, afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble.

Ce travail était vraiment intéressant avec ce grand visage qui occupait tout l'espace de la feuille. Elle se recula ensuite et elle commençait par commenter le choix des couleurs. Marie avait choisi la couleur jaune pour illuminer sa vie, car pour elle, elle représentait le soleil. La couleur orange était appliquée sur le visage de cet autoportrait et elle exprimait sa maladie. Les yeux étaient complètement noirs, d'un noir opaque. Cela me semblait à la fois étrange et intrigant, pourquoi les avait-elle dessinés ainsi? Je lui ai demandé alors pourquoi les yeux étaient noirs. Elle disait qu'elle ne voulait rien voir, qu'elle avait voulu pleurer ce matin-là et que quelqu'un avait essayé de la consoler en lui disant que tout allait s'arranger. Elle s'était alors fâchée, car elle ne voulait pas être consolée, elle était incapable de pleurer. C'est à ce moment-là, qu'elle eut un excès de colère en disant qu'on l'empêchait de rire! Marie était très ambivalente face à ses sentiments. Je lui ai alors demandé si elle était en colère. Elle a répondu par l'affirmative, elle était vraiment fatiguée d'être à l'hôpital. Elle désirait avoir son congé le plus tôt possible. Ensuite, je lui ai demandé la raison pour laquelle elle avait choisi la couleur bleue pour les cheveux de son dessin. Elle répondit qu'elle aimait le bleu parce que c'était une belle couleur comme le ciel et comme le bleu de ses yeux et surtout parce qu'elle représentait la liberté.

Je lui ai alors demandé si à ce moment-là, elle se sentait libre. Marie répondit qu'elle ne se sentait pas du tout libre dans cet hôpital où l'on contrôlait tout : l'heure des repas, l'heure du coucher, l'heure de la prise des médicaments, l'heure des activités et des sorties. Tout autour de ce visage, elle avait tracé un cadre noir comme pour se sécuriser et elle remplissait le reste de l'espace de sa feuille avec du noir. Elle terminait la session en disant avoir beaucoup aimé ce nouveau matériel et qu'elle l'avait trouvé très amusant.

Formulation

Je parlais rarement durant le déroulement de l'expérience, je préférais plutôt écouter et poser des questions pertinentes une fois le travail terminé. Marie avait parfois des excès de colère et cela me faisait sursauter. Tout à coup, elle se levait et elle criait son mécontentement ou elle frappait avec ses mains sur les bras de sa chaise ou sur la table. J'adoptais alors une attitude calme, ne laissant rien paraître de ma surprise. J'avais l'impression qu'il ne fallait pas laisser entrevoir mon malaise vis-à-vis ses émotions incontrôlées et qu'il fallait que je la laisse libre de vivre et d'exprimer ses expériences comme elle les ressentait sans aucune contrainte.

Ces instants de création étaient, par moments, des périodes passagères d'accalmie où elle pouvait exprimer librement toutes ses émotions sans crainte d'être jugée ou mal perçue. D'ailleurs, elle se plaignait de devoir toujours se contrôler. Elle disait que le personnel soignant de l'hôpital, l'empêchait de rire sous prétexte qu'elle riait trop fort. C'est ce qui a motivé son désir et sa volonté de retourner chez elle. Le fait de laisser Marie vivre ses expériences sans contraintes et dans un climat sécurisant était, à mon avis, une des forces de la relation thérapeutique.

Session 3: Autoportrait # 2

Dans le troisième dessin # 3, je lui ai demandé de réaliser un autre autoportrait. Cette demande avait pour but de faire prendre conscience à Marie de son corps dans son entier. Elle dessinait d'abord la tête, ensuite le corps et deux bras. Marie mettait toujours beaucoup de soin à dessiner les détails du visage. Dans ce dessin, la vue était encore une fois bouchée, les yeux étaient complètement noirs, opaques et sans pupilles. Elle avait dessiné les deux bras détachés du corps et elle ne les avait pas dessinés entièrement, il n'y avait pas de mains. Elle avait aussi dessiné le corps vêtu d'une robe bleue et elle n'avait pas dessiné de jambes, car elle terminait son dessin par le bas de sa robe.

Formulation

Le fait qu'elle n'est pas dessinée de mains et de jambes porte à croire que Marie se sentait impuissante, incapable de fonctionner et de contrôler sa vie. En dessinant ses yeux noirs, on peut penser que Marie ne voulait rien voir du monde extérieur, se protégeant peut-être ainsi de toutes douleurs possibles. On sait que les personnes schizophrènes ont de la difficulté à prendre conscience de leur corps comme un tout. C'est pourquoi il se représente souvent en dessin avec un corps morcelé ou dissocié.

L'obscurcissement de la conscience de soi se manifeste par une perplexité concernant l'identité propre. Le malade peut avoir l'impression de ne pas avoir de corps, voire même de ne pas exister. Il peut être incapable de discerner son corps du monde extérieur, un peu comme si celui-ci était dissocié de sa personne (La schizophrénie, 1991, p. 9).

Après trois ou quatre sessions, sa préoccupation au niveau des relations familiales demeurait très présente. L'argent, semblait être une autre de ses inquiétudes. Elle en parlait souvent, de son frère qui en avait beaucoup et d'elle qui n'en avait pas. De sa mère qui semblait préférée sa jeune soeur à elle depuis l'enfance. Marie jugeait très durement sa mère pour les injustices qu'elle disait subir depuis fort longtemps. De plus, elle n'avait que des reproches à lui faire concernant son éducation. Lorsqu'elle parlait d'elle et de sa relation avec sa mère, elle devenait colérique. En particulier, lorsqu'elle parlait d'elle petite fille.

Session 4: La mère et l'enfant

Le quatrième dessin réalisé par Marie, représentait un personnage sous l'aspect d'une mère # 4. Elle était ce jour-là de très bonne humeur et très calme. Elle me dit qu'elle avait rencontré un garçon la veille qui lui plaisait bien. Elle avait apporté avec elle ce jour-là une reproduction d'une Madone avec Joseph et un enfant. Elle avait choisi cette photo pour le drapé de la robe qu'elle trouvait très beau et pour le visage de la madone empreinte d'une grande beauté et de douceur. Une fois le dessin terminé, elle me confia qu'elle aurait beaucoup aimé avoir un enfant. Elle était triste de ne pas en avoir eu, elle aurait voulu une fille. Son désir d'être mère était très palpable à ce moment-là. Dans ce dessin, il était impressionnant de voir combien l'enfant semblait écrasé sous le poids du personnage représenté par la Madone. Il avait l'air si minuscule à côté de cette femme à stature imposante qui l'entourait de son bras. La couleur était également très prononcée avec une dominance de rouge.

Formulation

L'interprétation de ce personnage représenté sous les traits maternels étaient probablement une projection d'elle ou de sa propre mère. Sa mère qui était selon les dires de Marie très catholique et très pudique, de là vient peut-être le rapprochement avec la Madone. Par contre, elle parlait peu de son père et jamais de façon négative. Avec la compilation de toutes les informations verbales de la patiente nous pouvons identifier quelles émotions sont reliées à ses colères et vers qui elles seront dirigées. La famille est un sujet qui revient souvent dans les informations verbales et visuelles de Marie, en particulier la mère. Il y a aussi le personnel soignant, le manque d'amour dans sa vie, le manque d'argent et sa maladie.

Dans l'approche phénoménologique, l'analyse des données qui sont compilées à partir de l'expérience est interprétée de manière subjective par le chercheur (Betensky, 1977, p. 173).

Si on demande à une personne de dessiner un homme, la figure dessinée, quel que soit son caractère, est toujours en même temps un autoportrait symbolique. Ce phénomène se retrouve également chez tous les artistes, ces mécanismes inconscients de projection sont propres à l'homme en général (Navratil, 88).

Session 5: La maison et l'arbre

Dans le cinquième # 5, elle dessine une maison et un arbre à sa droite. Les fenêtres de la maison sont représentées par des formes géométriques. Elles n'ont pas de carreaux, pas de rideaux, il n'y a aucune ouverture ou présence humaine distinguable aux fenêtres.

Ces fenêtres sont de couleur rouge et complètement opaque. La porte est munie également d'une fenêtre, mais qui semble bloquée par un panneau avec des boulons aux quatre coins de celle-ci, semblable à une forteresse. Le toit de la maison est sectionné en forme de triangle à la base sur le côté gauche du toit. Il donne l'impression d'une grande bouche ouverte. La maison ainsi que l'arbre sont entourés de doubles et de triples lignes de couleur.

Formulation

En regardant globalement les productions de la participante, certains symboles apparaissent comme le personnage, la maison, l'arbre, le bateau, l'eau et les fleurs. À mon avis, tous ces symboles représenteraient le sujet et sa famille, ainsi que ses émotions conscientes et inconscientes. L'analyse des dessins de la patiente nous permet également d'accumuler des informations supplémentaires et d'établir des liens entre les autres sources de données. Cette analyse est faite à partir des attitudes, des mouvements que la patiente utilise pour créer ainsi que des choix de couleurs, des éléments et des symboles qui sont représentés dans son travail d'art .

Quel choix de couleur utilise-t-elle pour exprimer ses émotions?
 Quelles sont les couleurs les plus fréquemment employées? De quelle façon les couleurs sont-elles appliquées? On observe dans ses dessins que les couleurs les plus souvent utilisées sont : le noir, le bleu et le rouge. On sait que le noir exprime le côté plus sombre et dépressif de la personne, le bleu est une couleur qui représente la mère, le jaune et l'orange expriment souvent la maladie de la personne, tandis que le rouge est une couleur qui exprimerait les émotions et le côté pulsionnel de la personne.

Marie applique les couleurs qu'elle choisit avec des gestes larges et énergiques.

L'espace est généralement occupé sur toute la surface du support utilisé. Le geste est énergique et spontané et il se fait avec enthousiasme et sans trop d'hésitation. On a l'impression, en la regardant travailler, qu'elle ne s'arrêtera jamais et puis tout à coup, elle s'arrête net et elle décide que le travail est terminé. Immanquablement, à chaque fois que cela se produit, nous sommes surpris.

Les formes et les éléments choisis représentent en majeure partie des éléments qui suggèrent la forme humaine, comme des portraits et auto-portraits. Les formes sont à la fois organiques et géométriques. Dans plusieurs dessins, elle entoure les éléments d'une double ou d'une triple ligne de couleur différente, comme si la couleur irradiait ou comme si la superposition de lignes s'appliquait en couches protectrices.

Session 6: Le bateau à voile

Le sixième dessin # 6 représente un bateau à voiles sur une eau agitée. Lors de cette session, elle semble très fatiguée et étourdie. Elle croit que c'est à cause de sa médication. Je lui ai demandé ce qu'elle a envie de partager avec moi aujourd'hui. Elle choisit de dessiner un bateau à voiles. Elle dit que c'est un bateau semblable à celui qu'elle a fait en céramique avec des voiles jaunes. C'est aussi à ce moment-là que Marie manifeste le besoin de partir en vacances, mais l'argent lui fait défaut.

Elle disait aussi qu'elle attendait des nouvelles d'une amie qui demeurait à la campagne où elle pourrait passer quelque temps pour se reposer. Les voiles du bateau qu'elle a dessiné sont jaunes et le ciel est rempli de rouge. Le bateau vogue sur des eaux agitées.

Formulation

On peut penser que les émotions de Marie occupent tout l'espace en ce moment, la surface du ciel étant submergée de rouge. Elle se sent probablement agitée face à celles-ci, car elle a peur de perdre le contrôle; elle dit ne pas vouloir faire d'autres psychoses. Son petit bateau en mouvement est ballotté au gré des vents sur une mer houleuse. Elle se sent probablement fragile et vulnérable en rapport aux changements possibles et imprévisibles de son état de santé titre : (Voyage à deux, Marie, la douce et Marie, la triste).

Session 7: Le pendu

Dans le dessin # 7, elle dessinait pour la première fois un personnage en entier, la tête en bas, attaché par un pied à un cadre en bois. En dessous de la tête du personnage, il semblait y avoir des flammes. Le personnage était vêtu d'une robe rouge qui demeurait très droite malgré sa position. Marie avait dessiné le personnage les bras derrière le dos et une jambe croisée à l'arrière de l'autre jambe qui était attachée par le pied. Elle avait exprimé une situation très étrange par la position du personnage attaché par un pied la tête en bas qui ne semblait pas si inconfortable dans cette situation. Encore une fois, Marie semblait exprimée un réel inconfort face à sa situation et l'impossibilité de contrôler ses émotions et sa vie.

Formulation

Je crois que cette session correspondait à une étape importante de la relation thérapeutique. À mon avis, ce dessin était représentatif de la notion de transfert qui s'était alors établie entre la patiente et le thérapeute. En effet, pour la première fois, je constatais qu'elle dessinait un corps en entier. Ce dessin était révélateur d'une prise de conscience de son propre corps et de l'intégration de ses émotions. À mon sens, il reflétait également une importante alliance thérapeutique (Irland, 1999, p. 78). De plus, il semblait qu'elle faisait référence à la séparation, à la mort symbolique représentée par le feu. Le feu qui consume et détruit tout pour faire place neuve ou faire place à un renouveau et qui correspondait probablement à la thérapie qui s'achevait.

L'empathie a sûrement contribué à établir une relation de confiance avec la patiente et la notion de transfert s'est établie. De plus, les tendances à la réparation ou à la restauration se sont exprimées pour la patiente à travers la sublimation et sa relation avec l'objet (l'image) (Klein, 1968, p. 107). Lorsque la contre-transférence intervient dans la relation thérapeutique, le thérapeute se positionne à la place de l'objet. Notamment lorsque le patient a vécu plusieurs expériences par rapport au mauvais objet (Irland, 1999, p. 77). " The therapist had become a reliable enough object at this point in the treatment " (Irland, 1999, p.82).

Session 8: Les trois fleurs jaunes

À l'avant dernière session d'art thérapie, Marie apportait une autre photo pour l'inspirer dans la réalisation de son dessin #8, titre : (Les trois Vénus étourdies). Elle est calme, mais elle est aussi fatiguée, car elle n'a pas beaucoup dormi. Elle me dit à ce moment-là, qu'elle n'a pas d'idées, c'est pourquoi elle aimerait essayer de reproduire les trois lys de la photo qu'elle a apportée. Elle s'applique minutieusement à les dessiner le plus réaliste possible et ensuite, elle choisit de les peindre en jaune avec de petits pistils rouges au centre des fleurs. Elle termine son dessin en texturant le reste de la surface du papier avec du pastel de couleur vert. Je lui ai demandé ce qu'elle a envie de partager avec moi. Elle me dit alors que les trois fleurs sont la représentation d'elle-même (la femme fleur). Une fleur pour le pouvoir, une fleur pour la créativité, une fleur pour la folie et le bourgeon, la nouvelle femme qui veut naître et qui englobe les trois autres.

Session 9: La petite fille

Le dernier dessin # 9 la représentait lorsqu'elle était petite fille. Il était très dépouillé avec quelques éléments pour représenter le paysage: un petit soleil qui brille en haut à gauche de la feuille et un quartier de lune en haut à droite de la feuille. La petite fille se trouve sur une route où il n'y a pas de commencement et pas de fin. Le visage de la petite fille est de profil, mais le corps en entier est dirigé vers l'avant, les deux bras tendus et rassemblés par les deux mains qui sont jointes comme une prière ou une supplication.

Formulation

En compilant toutes les descriptions verbales de la patiente une idée générale en ressort, la dimension familiale de la patiente. Plus précisément, la relation avec la mère. La communication semble ambiguë et problématique entre la mère et celle-ci. Marie exprime beaucoup de frustrations et de colère vis-à-vis sa mère. Elle lui reproche plusieurs choses qui prennent l'origine dans l'enfance de Marie. C'est pourquoi, lors de cette dernière session, j'en ai profité pour faire réaliser à Marie qu'un jour elle devrait peut-être penser à pardonner à sa mère et faire la paix avec celle-ci ainsi qu'avec elle-même. Elle fut d'abord surprise de mes propos et elle me répondit que oui peut être elle devrait faire la paix avec sa mère pour ensuite faire la paix avec elle-même. Je crois que le moment n'était pas encore venu et qu'elle avait encore un bon bout de chemin à parcourir avant d'en arriver là, mais il semblait y avoir eu une ouverture à cette proposition.

Toutes les données ont été accumulées à l'aide des descriptions verbales et non verbales effectuées lors des sessions d'art thérapie. Après chaque session, je transcrivais intégralement le déroulement de l'expérience. J'y apportais mes réflexions personnelles par rapport au déroulement de l'expérience et des commentaires de la participante. Cela me permettait de réfléchir au déroulement de la prochaine session et d'intervenir en conséquence. Je prenais soin de noter toutes les informations pertinentes par rapport aux comportements, aux expressions faciales, aux réactions physiques et verbales de Marie en me remémorant l'expérience qui venait de se passer. Je compilais également toutes les données visuelles ramassées à partir de chaque production d'art et d'une vue d'ensemble de celles-ci.

D'après moi, le point fort de la relation était centrée sur la relation empathique. Cette empathie s'est développée tout au long des sessions d'art thérapie et elle a contribué à développer un climat sécurisant, à diminuer l'anxiété et elle fut propice à l'ouverture et à l'engagement de Marie dans son travail d'art. À travers l'expérience de sessions d'art thérapie, Marie avait la liberté de vivre pleinement ses émotions et la possibilité de les exprimer par la variété des matériaux mis à sa disposition. L'empathie a également aidé à créer un terrain favorable au développement de la relation thérapeutique. " La réponse empathique du thérapeute est une force importante et un support nécessaire dans le développement de la relation avec la participante en art-thérapie "(Quail & Vance Peavy, 1994, p. 46).

Par contre, je craignais également que l'empathie puisse devenir une faiblesse de la relation avec la patiente, lorsqu'elle favorisait une relation thérapeutique plus amicale. À mesure que la relation progressait, elle devenait de plus en plus familière entre le thérapeute et la participante. À un moment donné, je me suis sérieusement demandée s'il était possible d'entretenir une relation privilégiée lorsqu'on travaille en art thérapie avec un (e) patient (e). De plus, ce type de contact pouvait-il interférer dans le processus thérapeutique? Devait-on établir une distance ou des limites claires dans la relation thérapeutique? Un doute persistait toujours et j'en suis venue à la conclusion qu'il ne fallait pas perdre de vue nos rôles respectifs.

Certaines écoles, comme l'école humaniste-expérientielle, mettent l'emphase sur le contact interpersonnelle et elles prônent ce modèle de relation : ami-ami. " Dans cette école de pensée, le thérapeute est plus important que ce qu'il fait.

Il se doit alors d'être authentique et spontané avec son client et il donne beaucoup d'importance aux émotions et aux expériences qui sont ressenties et vécues dans le moment présent " (Verreault, Lamontagne & Delage, 1986, p. 34).

Vu l'incertitude face à la meilleure attitude à adopter, j'ai opté pour le vouvoiement. En créant ainsi une certaine distance psychologique dans la relation, les rôles seraient peut-être plus clairs et mieux définis. Malgré tout, ce raisonnement me laissait perplexe et dans le doute. « Où se limite donc l'empathie? » Le fait d'être empathique avec un client(e) implique nécessairement de développer des liens qui ne sont pas automatiquement amicaux. À ce moment là, on pourrait développer une empathie avec le client nommée par certains auteurs: *une relation remplie de neutralité bienveillante* (Verreault, Lamontagne & Delage, 1986).

Ces questions m'ont porté à réfléchir plus profondément sur l'empathie et la relation thérapeutique. Le but de la relation étant d'abord d'établir des liens avec la personne et de créer un climat de confiance. Je me sentais impliquée émotionnellement et désireuse d'aider cette personne. " Le thérapeute peut, s'il le désire s'impliquer émotionnellement au niveau de l'expérience avec le participant ou la participante "(Polkinghorne, 1989).

Malgré tout, je crois avoir réagi au meilleur de ma connaissance. Il est vrai que les liens d'attachement se sont développés rapidement et qu'il était facile pour moi d'établir la communication avec cette patiente. J'aimais la façon de travailler de Marie, car elle était toujours motivée et pleine d'énergie à chaque session d'art thérapie.

Lors de notre dernière rencontre, elle voulait absolument me faire cadeau d'une de ses toiles pour me remercier des sessions passées avec elle en art thérapie. J'ai accepté avec plaisir, ne voulant pas l'offusquer avec un refus de ma part, mais je dois avouer qu'à ce moment-là, encore une fois, le doute a effleuré mon esprit. Selon le protocole, « Avais-je le droit d'accepter un cadeau venant d'un ou d'une de nos patients (es)? »

Les réflexions personnelles du thérapeute ont permis de procéder à des interventions futures dans le but d'amener graduellement le sujet vers l'atteinte des buts fixés. Ces données sont subjectives, car elles impliquent forcément les perceptions du chercheur. Lors des prochaines sessions, un choix de questions établies et une thématique spécifique pourraient orienter l'expérience vers les résultats escomptés. « À quel moment, le sujet réagit-il à la colère et comment se comporte-t-il lorsqu'il est question de la relation avec le père ou la mère? » On pourrait également essayer de contrôler certains facteurs, comme l'anxiété en mettant l'emphase sur l'empathie, ce qui contribuerait à créer un climat de confiance et un relâchement des mécanismes de défense. Il serait alors plus facile d'établir des liens avec la participante et de l'amener à puiser dans son contenu inconscient.

Conclusion

En conclusion, cette étude fut d'abord très enrichissante au niveau de l'acquisition de nouvelles connaissances sur le sujet choisi et elle fut formatrice pour l'organisation et la planification de mon projet de recherche. Cela m'a permis de prendre conscience de plusieurs points importants qu'il serait intéressant d'approfondir dans le futur et de la façon de procéder pour orienter mes pistes de réflexions à l'avenir.

Je ne pourrais prétendre que l'art thérapie est à lui seul capable de guérir les personnes souffrant de schizophrénie. Par contre, son apport significatif comme soutien et comme guide accompagnateur du patient à la découverte de son monde intérieur est loin d'être négligeable. Il n'y a pas de combinaison parfaite et de succès assuré lorsqu'on parle de soins en psychiatrie. Néanmoins, la créativité réalisée à l'intérieur d'un cadre sécurisant, favorise le développement d'une relation thérapeutique satisfaisante. De plus, elle permet aux personnes souffrant de schizophrénie de découvrir plusieurs facettes de leur identité et d'avoir accès plus facilement à leur contenu intérieur. Je demeure convaincue que l'estime de soi grandit au contact de la créativité parce qu'elle aide les personnes plus ou moins fragiles mentalement à prendre conscience de leur valeur et par conséquent de devenir plus autonomes. Elle les aide également à maîtriser leur vie et ainsi prendre une part active au monde qui les entoure.

Dans le cas de Marie, l'art thérapie fut bénéfique, car elle lui permettait d'exprimer ses émotions en forme, en couleur et en mot. La relation thérapeutique, basée sur la compassion, s'est développée à travers une démarche fondée sur le respect de la personne à la découverte de ses émotions intérieures autant négatives que positives. Ce qui a permis à Marie de diminuer son anxiété, pour ensuite verbaliser son contenu émotif en prenant conscience de celui-ci, parce qu'il devenait visible.

Référence:

- Bee, H.L. & Mitchel, S.K. (1984/1986). Le développement humain. Québec : ERPI.
- Bergland, C & G.M.R (1993). Art and madness: can the interface be quantified? The sheppard pratt art rating scale an instrument for measuring art integration. American Journal of Art Therapy, 31 81-88.
- Bick, E. (1903). The experience of the skin in early object-relations. International journal of psycho-analysis. London : 49, 484-486.
- Blos, (1979). The Adolescent passage. International University Press.
- Bowlby, J. (1973). Separation, attachment and loss. London: Penguin Books, 2.
- Bowlby, J. (1988). A secure Base: clinical applications of attachment theory. London : Routledge.
- Brazelton, T. Berry & Kramer, Bertrand. (1990). ‘‘ Dawn of Attachment’’. The Earliest Relationship. NYC : Addison-Wesly Pub.p.15-73.
- Finn, E. (1980). Tarot, Gestalt et Énergie. Canada : De Mortagne.
- Freud, A, LL.D., D.Sc., M.D. (1963). The concept of developmental lines. Normality and pathology in childhood. London : Hogarth Press, 62-69.
- Goeree, R. (1994). Évaluation des programmes de traitement de la schizophrénie : une perspective économique médicale. Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- Henley, D.R. (1994). Art of annihilation : Early onset schizophrenia and related disorders of childhood. American Journal of Art Therapy 32 , 99-106.

Suite

- Irland, M.S. & Weissman, M.A. (1999). Visions of transference and counter-transference: The use of drawings in the clinical supervision of psychoanalytic practitioners. American Journal of Art Therapy, 37, 74-83.
- Isaacs, S. (1948). The nature and fonction of fantasy. The international Journal of psycho-analysis. London : XXIX, part 11 73-97.
- Jennings, S. MacGibbon, P. Torrese, K & Dubuc, B. (1991). La schizophrénie: guide à l'intention des familles. Santé et Bien-être social Canada.
- Klein, M. (1968). Les racines infantiles du monde adultes, Envie et gratitude. Gallimard.
- , M. (1959/1975). Human Relations. London : Tavistock, Vol. XII, no. 4, 292-295.
- , M. (1968). L'amour et la haine. Paris : Payot.
- Lalonde, P & Collaborateurs. (1995). Démystifier les maladies mentales. La schizophrénie. Montréal : Morin.
- La schizophrénie. Association des psychiatres du Canada. Eli Lilly Canada Inc., Pfizer Canada Inc., et Smith Kline Beecham Inc.
- Lavery, T.P. (1994). Culture shock : Adventuring into the inner city through post-session imagery. American Journal of Art Therapy, 33 14-17.
- Lebovici, S & Soulé, M. La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. France : Presses Universitaires.
- Mahler, M.S. (1972). On the first three subphases of the separation individuation process. International journal of psycho-analysis. New-York : 53, 333-335.

suite

- Mahler, M.S. (1973). Psychose infantile. Symbiose humaine et individuation Tome 1. Paris : Payot, 71-84.
- Navratil, L. (1978). Schizophrénie et Art. Complexe.
- Polkinghorne, D.E (1989). Existential-phenomenological in psychologique exploring the bread the of human experience. Phenomenological research methods. New-York: Plenum Press 3, 78-87 (recueil).
- Quail, J.M & Peavy, V (1994). A phenomenologic research study of a clients expérience in art therapy. The Arts in Psychotherapy, 21, 87-91 (recueil).
- Réhab Info Web : Vivre avec la schizophrénie - Le guide Prelapse-
<http://www.club-association.ch/rehab/va9.htm>. Lundbeck Belgique.
- Rodé, M. (1997). Mandala, ouverture ou enfermement Art & Therapie, 62/63, 3-122.
- Shavarien, J. (1992). The revealing image. London & New-York : Routledge, p. 107-116 .
- Sullivan, H. (1962). Schizophrenia as a humain process.
- Szasz, S. T. (1976, 1983). La schizophrénie. Paris: Payot.
- Taubes, I. (1999). L'attachement entre le bébé et sa mère est inné.
Revue de Psychologies, 42-45.
- Thomas. H. O. (1979). On projective identification. International journal of psycho-analysis. San Francisco : 60, 357-373.
- Winnicott, D. W (1953). Transitionel objects and transitional phenomena. International journal of psycho-analysis. London : Vol. 34, Part 2.
- , D. W (1965). The family and individual development. London : Tavistok publications 10-11.
- , D.W (1971). Playing and Reality. London: Tavistoc Books.

suite

Winnicott, D.W (1988). Humain nature. London : Free association books.

Verreault, R. Lamontagne, Y & Delage, J. (1986). L'industrie des psychothérapies. Comment bien choisir sa thérapie et son thérapeute. Montréal ed, La Presse, Ltée.



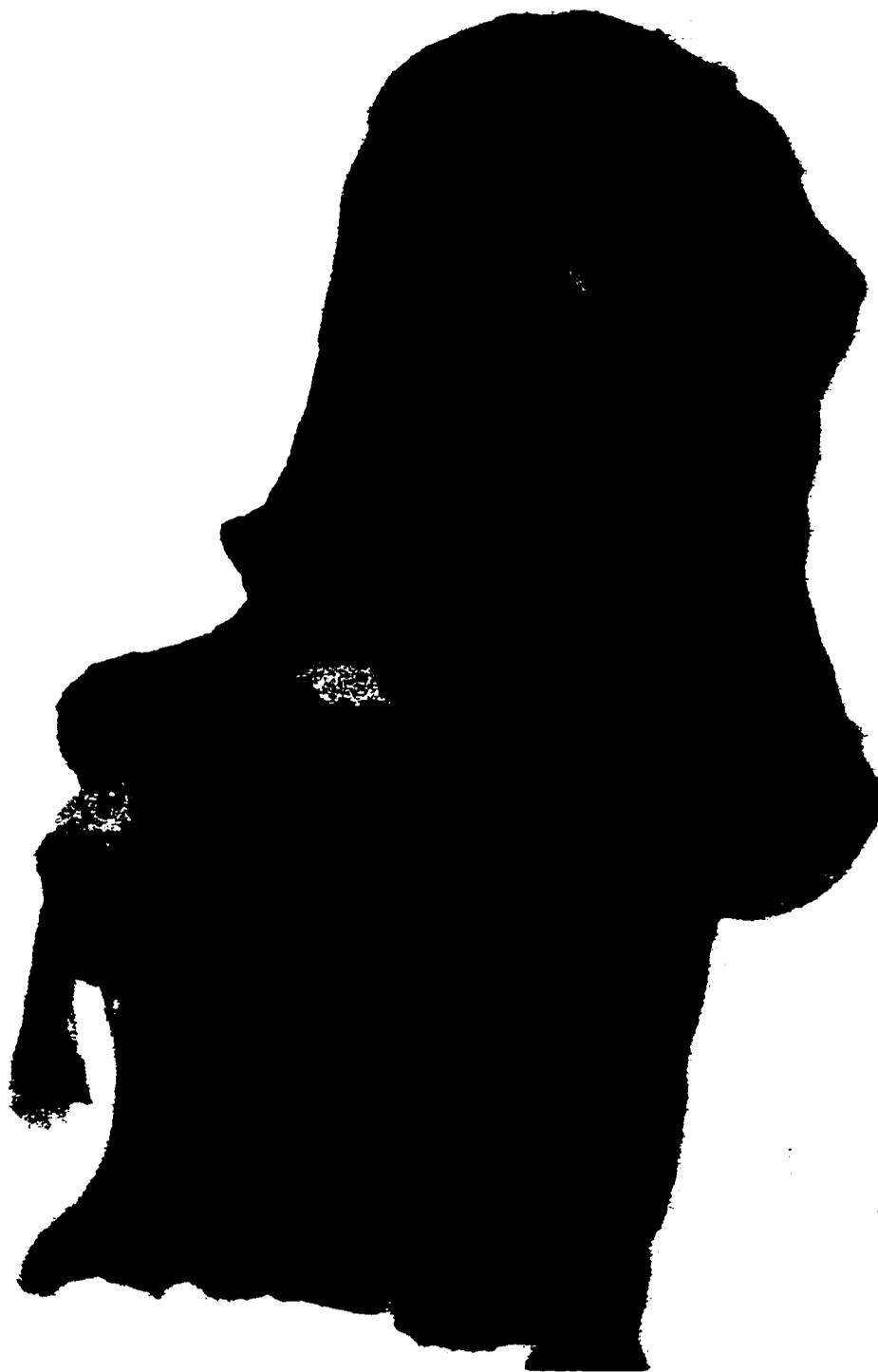
Dessin #1



Dessin #2



Dessin #3



Dessin #4



Dessin #5



Dessin #6





Dessin #8



Dessin #9

Je déclare accepter volontairement de participer dans un programme de recherche, dirigé par Denise Cloutier du département d'art thérapie à l'université de Concordia sous la supervision d'un des membres du comité.

Proposition: Le but de ma recherche est de démontrer que l'art thérapie peut s'avérer un moyen très utile pour soulager l'anxiété des personnes souffrant de schizophrénie et pour les aider à créer des liens avec la réalité extérieure.

Procédures: J'aimerais utiliser des photos des productions réalisées pendant les sessions d'art thérapie ainsi que toutes informations et toutes données que je jugerai pertinente pour réaliser ce travail de recherche.

Conditions de participation:

- Vous avez la liberté de discontinuer votre participation à ce travail de recherche en tout temps.
- Vous avez droit à la confidentialité.
- Les résultats ne seront pas publiés.
- La présentation délibérée de fausses informations, la suppression de matériel d'information ou la sélection d'information peuvent se faire.

J'ai pris connaissance des conditions mentionnées ci-dessus et j'accepte cet accord.

Je consens librement à participer à cette étude.

Nom _____

Signature _____

Date _____