

## DEUIL ET SANTÉ MENTALE

Lorsque la présidente du colloque, Maryse Bouvette, m'a proposé d'aborder le deuil dans le cadre de ce colloque, je travaillais avec une nouvelle clientèle référée depuis quelques années par le département de psychiatrie d'un hôpital de ma région. C'est une clientèle avec laquelle je n'avais jamais envisagé travailler seul en pratique privée. Je considérais que pour réellement aider ces personnes, il fallait être une équipe d'intervenants.

Tout a débuté, lorsque j'ai reçu un appel d'une travailleuse sociale qui intervenait auprès de cette clientèle en clinique externe, en lien direct avec la psychiatrie de cet hôpital. La demande en était une de psychothérapie auprès d'une femme qui avait un lourd passé de maladie mentale et dont je vous reparlerai plus loin. J'hésitai, puis j'acceptai mais en y mettant des conditions claires :

- Travail en collaboration avec l'intervenante, avec le foyer où séjournait la personne, avec les parents et le psychiatre traitant
- Possibilité en tout temps d'un séjour pour elle en psychiatrie si nécessaire.
- Possibilité, pour moi, d'assister aux études de cas concernant cette personne.

Mes exigences étaient claires. Elles ont toutes été acceptées. À partir de ce moment-là, j'ai reçu d'autres références en rapport avec cette clientèle.

Alors, pourquoi pas un atelier sur le deuil et la maladie mentale? Maryse a accepté le sujet et me voici devant vous.

Cette présentation est avant tout une réflexion à partir de mes interventions de ces dernières années et de mon expérience comme psychoéducateur et psychothérapeute autour du deuil.

Plus j'avance au fil des ans, moins je crois à la thérapie du deuil essentiellement rattachée à la mort. Je crois de plus en plus à une intervention autour de la souffrance suscitée par des pertes. Des pertes comme la mort bien sûr, mais aussi des autres formes de pertes comme celles d'un idéal, d'un rêve, d'une condition physique, d'un travail, d'une séparation ou encore d'un lieu physique pour n'en nommer que quelques-unes. L'intensité de la souffrance est souvent directement proportionnelle aux liens, tissés au fil du temps, entre ces personnes souffrantes et ce qu'elles affectionnaient particulièrement et qui tenaient une place privilégiée dans leur vie.

C'est dans cet esprit que je me présente devant vous aujourd'hui. Je ne me considère pas expert en la matière, mais j'aime bien explorer des zones limites. Lorsque je ferai référence au mot deuil, c'est dans cette forme élargie qu'il prendra tout son sens dans mes propos et mes exemples.

Lorsque je parle de zone limite, j'ai en tête une rencontre très particulière qui a récemment fait surface au moment du visionnement du film « J'ai serré la main du diable » qui raconte l'intervention du général Dallaire au Rwanda.

Une jeune femme Rwandaise qui avait vécu la période du génocide était présente dans un groupe avec lequel je travaillais. Elle m'a demandé de la rencontrer seule. Elle avait immigré en Europe depuis quelques années. Au moment du génocide, elle se trouvait alors dans une ville du pays avec son frère et les enfants de celui-ci. Un ami militaire, les a avisés de fuir rapidement l'appartement où ils habitaient car l'armée avait reçu l'ordre de massacrer tous les Tutsis durant la nuit. Ils se cachèrent derrière l'édifice dans de larges tuyaux d'égoût à ciel ouvert et là, pendant plus de deux jours, ils entendirent le bruit des armes à feu et les cris.

Elle me racontait qu'à un certain moment, elle ne perdit pas connaissance, mais elle perdit contact avec la réalité tellement ça devenait insoutenable. Elle ne put dire pendant combien de temps dura cet état second.

Après deux jours passés dans cet abri de fortune, ils quittèrent ce refuge et elle décida de quitter le pays pour le Zaïre. Elle fit le voyage en autobus. Au cours du trajet, à cinq reprises, le véhicule fut arrêté. On fit descendre les Tutsis qu'on plaça sur le bord d'un large fossé avant d'en décapiter quelques-uns. À 5 reprises, elle fut retournée à bord de l'autobus sans qu'on la touche. Elle put finalement atteindre le Zaïre.

Son récit dura plus de deux heures. À la fin, elle me mentionna qu'une de ses grandes inquiétudes était à l'effet que, depuis son arrivée en Europe, elle n'avait jamais pleuré. Très touché par son récit, je lui ai demandé comment je pouvais l'aider.

« *Fais-moi mourir!* » me dit-elle. « *Mais pourquoi?* » lui demandai-je. Elle me raconta que dès la première fois qu'elle fut amenée par les soldats aux abords du premier fossé, le stress était tellement insoutenable qu'elle souhaite qu'on la tua rapidement. Elle ajouta : « *Et ça recommença 5 fois. Ils ont volé ma mort. Et pour vivre à nouveau, je dois mourir* ». (Référence au film : Tout est parfait)

Je lui proposai alors de fermer les yeux et de laisser monter une image. Elle se vit attachée à un poteau de torture mais sans être capable d'imaginer ses tortionnaires. Elle imagina l'exécution et se vit s'effondrer. Puis le silence. Elle resta ainsi, immobile et silencieuse, son souffle de vie à peine perceptible pendant plusieurs minutes. Le pouls me semblait très lent. Elle ouvrit les yeux. Nous étions assis face à face. Nous nous sommes levés, je la pris dans mes bras et la berçai pendant un bon 10 minutes en pleurant avec elle. Je crois qu'alors elle a fait le deuil de sa mort. Dans les mois qui suivirent, elle m'a dit comment elle était maintenant capable d'entendre parler du récit par d'autres Rwandais récemment immigrés en Europe.

Avec un tel passé, avec de tels évènements pourquoi n'a-t-elle pas sombré dans la folie? D'autres l'ont fait pour moins que cela. Bien sûr, on imagine plusieurs hypothèses pour lesquelles cette dame a gardé un certain équilibre. Il n'en demeure pas moins qu'entrer dans de tels récits de vie, c'est entrer dans ces zones limites. C'est toucher au mystère de la vie.

Voulant m'inspirer de la réalité des soins palliatifs que vous côtoyez quotidiennement, j'ose faire le parallèle suivant : Santé mentale et maladie mentale. Vie et mort. Deux réalités où l'on retrouve vitalité et fragilité de l'être humain.

Pendant plus d'une vingtaine d'années à titre de bénévole en soins palliatifs et particulièrement avec les enfants de Leucan, j'ai été à même de constater la dure réalité des familles d'enfants qui reçoivent le diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur. Suivent les traitements qui amènent une rémission ou à l'occasion une guérison. Mais malgré tous les soins, malgré toutes les connaissances, parfois c'est la mort. On comprend un peu plus que les facteurs physiologiques, mais aussi émotionnels, intellectuels et spirituels sont étroitement liés comme éléments susceptibles de jouer un rôle dans le développement de la maladie et de sa guérison. Il n'en demeure pas moins qu'on est aussi conscient de tout ce qu'on ne connaît pas.

La maladie mentale s'apparente également à ce processus. Certaines personnes sont atteintes de ce que j'appelle le cancer de l'âme. Ce cancer peut être bénin ou malin. Parfois elles en guérissent; parfois elles en meurent, entre autres par le suicide. Nous essayons avec raison d'en comprendre les causes, mais plus souvent qu'autrement, on se retrouve devant l'inconnu.

Nous ne comprenons pas souvent quelles sont les causes spécifiques qui créent le désespoir et le suicide, ni très souvent celles qui parfois réaniment la vie et l'espoir chez certains.

Au-delà des théories et des stratégies sur papier, les moyens dont on dispose pour aider ces gens me semblent assez limités. Bien sûr, on comprend les grands axes de ces maladies, mais au-delà de cette compréhension, chaque individu demeure souvent un mystère. Un mystère de fragilité et force de vie. (équilibriste)

Arrêtons-nous quelques instants sur le concept de la maladie mentale. Elle est définie comme étant « *une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer souffrance....* »

Les symptômes sont variés et diffus :

- Conduite asociale et perturbation des relations
- Troubles de l'humeur
- Altération de la personnalité
- Troubles cognitifs et perceptuels
- Hallucinations
- Altération de la perception du réel

Si nous intervenons pour un mieux-être, c'est nécessairement pour amener la personne vers la santé mentale. À ce moment aussi, il vaut la peine de s'arrêter quelques instants à sa définition. Elle devient un guide de référence vers le mieux-être.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'inclut dans le cadre de la santé : « *La santé est la pleine jouissance du bien-être social, mental et physique et pas seulement absence de maladies ou de déficiences.* »

Par contre, j'ai retenu une définition d'Yvan Illich qui me plaît bien parce qu'elle englobe tout l'individu et garde bien centrale sa notion de pouvoir.

*La santé est une **réaction autonome** et vécue de l'expérience de la réalité.*

*C'est un mouvement d'adaptation, non l'expression d'un instinct.*

*La santé est la capacité de **s'adapter à un environnement** qui change, la capacité de grandir, de vieillir, de guérir au besoin, de souffrir et d'attendre la mort **en paix**.*

*La santé prend en compte le futur, c'est-à-dire qu'elle suppose **l'angoisse en même temps que les ressources intérieures nécessaires pour vivre avec l'angoisse**.*

*Un homme qui vit **consciemment** sa fragilité, son individualité, sa **relation à autrui intègre à sa vie l'expérience de la douleur, de la maladie et de la mort**.*

*La capacité d'affronter ces trois situations de manière autonome est fondamentale pour la santé de l'individu. Dans la mesure où son **expérience intérieure en vient à dépendre d'une organisation, l'individu renonce à son autonomie et sa santé doit décliner**. Le vrai miracle médical moderne est diabolique. Il consiste en ce que non seulement des individus mais des populations entières survivent à un niveau sous-humain de santé personnelle. Que la santé doive diminuer à mesure que croît la production des services de santé n'est imprévisible que pour un industriel du soin dont la stratégie est fondée sur le fait qu'il est aveugle au caractère inaliénable de la santé.*

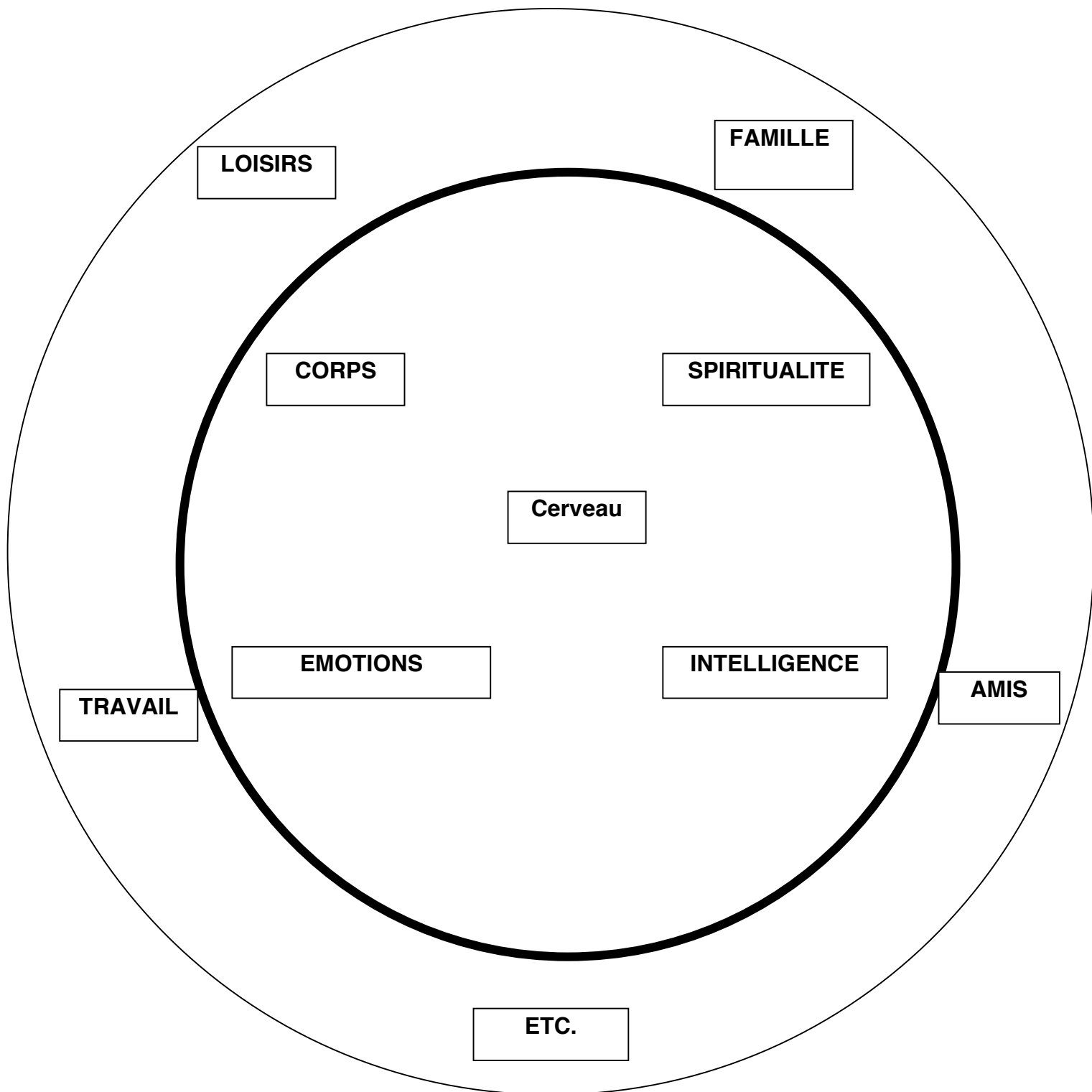
***La capacité de faire face peut être renforcée, mais jamais remplacée par une intervention médicale sur les personnes ou sur l'environnement. La société qui pourra réduire l'intervention des professionnels au minimum fournira à la santé ses meilleures conditions.***

Dans ce texte, reviennent des mots clés :

- L'autonomie de l'individu et renforcement pour mieux faire face
- Sa capacité de s'adapter
- Sa conscience
- Sa relation avec autrui
- Son environnement
- Sa fragilité et son individualité

Je les regroupe dans le schéma suivant (l'afficher graduellement avec les explications ci-bas) :

# LA PERSONNE : UN ÊTRE DANS SA TOTALITÉ



Au cœur de ce tableau, on retrouve la personne avec son disque dur : le cerveau, que l'on connaît encore très peu. L'image à l'écran représente la conscience.

Viennent ensuite les 4 axes de la personne :

- le corps : corps physique, mais aussi le corps-action c'est-à-dire tous les gestes que peut poser la personne.
- l'intellect : l'être humain a besoin de comprendre, de conscientiser, d'analyser.
- les émotions ressenties ; exprimées ou non, elles y sont.
- la spiritualité : donner un sens. À ne pas confondre avec la religion. L'être humain peut donner un sens par la nature, les astres, l'être humain, la religion. Mais il a besoin de donner un sens.

N'étant pas désincarné, l'être humain existe dans et en relation avec un milieu donné.

À première vue, un tel tableau semble clair, mais ce n'est pas si tranché. L'être humain est un peu comme la météo. Prévoir plus que 12 heures à l'avance est bien risqué. Dans les études récentes, on faisait la démonstration qu'un battement d'aile par un papillon en Afrique pouvait être un facteur susceptible d'influencer la prochaine tempête de neige. Le développement de la théorie du chaos va un peu dans ce sens.

Le comportement humain s'apparente à ce modèle. Au-delà des connaissances mesurées et des statistiques compilées, lorsque nous sommes en relation avec une personne, il faut s'attendre à des variables non mesurables et non prévues, susceptibles de ne pas toujours suivre les données et les modèles connus.

(Pause...)

Maintenant quelques mots en relation avec le deuil.

Le deuil est un processus de détachement lié à la notion d'attachement et de sens.

On associe souvent le deuil à la perte d'un être aimé. C'est certain! Mais pas exclusif. Le deuil peut aussi être relié à des sentiments de colère, et même de haine développés avec l'individu.

Une dame dont le père était décédé me racontait que cet homme avait abusé sexuellement d'elle à plusieurs reprises et sur de nombreuses années. Elle m'avait confié ceci : « *Tout au long de ma vie, 80 % de mon énergie a passé à souhaiter la mort de papa. Il est mort.... Qu'est-ce que je fais avec ce 80 % d'énergie maintenant? »*

Le deuil peut aussi être rattaché non seulement au décès d'une personne, mais entre autres aussi à une séparation, à la perte d'un lieu, d'objets, ou de sens.

Est-ce qu'on guérit d'un deuil? Bien sûr que non! La plupart des gens endeuillés ne sont pas malades! Trop souvent, on traite les personnes qui vivent un processus de détachement, comme étant « atteintes » et devant être traitées comme telles.

Il s'agit plutôt d'intégrer ce deuil à notre vie. Nous n'avons pas à donner un sens aux événements qui ont enclenché un deuil, mais plutôt donner un sens à notre vie, ces événements faisant maintenant partie de notre historique de vie.

**Pour fin de compréhension, nous parlerons de trois types de deuil, conscient de toutes les nuances qui peuvent s'y glisser.**

D'abord, le deuil normal.

Dans ce processus « normal », que j'appelle « Transition », on retrouve trois grandes phases : Cette transition débute par une période de rupture, suscitée par une perte. Cette période est pleine de désillusion, d'identité diffuse et de désorientation. Vient ensuite une seconde phase qui en est une d'errance. Elle est constituée d'un ensemble d'émotions : les personnes se sentent désorientées, confuses, pleines d'espoir un jour et découragées le suivant, très seules et incapables de communiquer adéquatement avec les autres. Elle comporte une période de recul, de régression et d'accès au chaos. Enfin, lorsque nous sommes prêts à entreprendre un nouveau départ, nous découvrons souvent des occasions, conséquences d'un réalignement intérieur et d'un renouvellement d'énergie. Cette dernière phase en est une de renouveau, d'initiatives et d'hésitations.

Cette transition a donc, comme fonction, d'aider les personnes à donner un sens à leur vie et ainsi trouver un nouvel équilibre.

Nous parlerons dans ce cas de stress imprimé chez la personne. Le souvenir ne crée pas de déséquilibre important.

À titre de psychothérapeute et promoteur du deuil comme phénomène « naturel », tout comme la mort, j'ai quand même dû me situer. Si le deuil est un phénomène naturel et normal, que viens-je faire dans ce processus à titre de thérapeute? Je constate dans ma pratique que les personnes ne viennent pas me voir spécifiquement parce qu'elles sont souffrantes. La grande majorité des gens se débrouillent avec cette souffrance. (spirale) Les gens viennent me voir majoritairement parce qu'ils se sentent coincés dans leur souffrance, dans leurs croyances ou dans les gestes à poser. Parfois une simple validation de leurs intentions ou de leurs gestes est suffisante. Parfois il faut sortir l'artillerie lourde et les aider à se décoincer.

Le temps me limite dans les nuances que je peux faire. Une des formes où les personnes peuvent coincer s'apparente à une souffrance présente qui déclenche un retour à d'autres scènes paralysantes du passé. On parle ici de stress « marqué ».

Enfin, il y a le deuil où le stress est « engravé ». On y retrouve un syndrome de stress post-traumatique. La personne est obnubilée et vit continuellement dans le flash-back.

Tout ça avec nuance.....

**À travers tous ces processus, qu'est-ce qui influence une personne dans sa réaction face au deuil?**

Évidemment sa personnalité. Bien avant l'événement, la personne a déjà ses traits de caractère. Si elle a nié toute sa vie, il y a de bonnes chances qu'elle le fasse encore devant ce qui lui arrive. Si au contraire elle a toujours été une personne qui se questionne et qui analyse, ce trait de caractère risque d'influencer ses réactions devant un coup dur de vie.

Son histoire devient également un facteur d'influence. Son histoire de vie personnelle, familiale et transgénérationnelle.

Le type d'évènement compte également comme facteur de risque. La perte d'un emploi ou la perte d'une enfant? La question ne se pose même pas. Il y a donc des événements plus à

risque que d'autres même s'il n'y a pas de degré de souffrance automatique pour chaque événement.

Enfin, le milieu joue un rôle significatif, susceptible de teinter la réaction des personnes touchées. La personne est isolée ou bien entourée? Quelles sont les personnes aidantes et les personnes toxiques? À quel point le milieu de travail peut-il être compatissant et supportant faisant en sorte que certaines personnes désirent ou non retourner rapidement au travail?

Qui joue sur quoi et à quel niveau? Difficile de le départager clairement. Ce qui est certain, c'est que la plupart du temps, l'événement n'est qu'un déclencheur et non une cause profonde.

L'intervention auprès d'une personne coincée dans sa souffrance peut-il éviter la maladie mentale? Je crois sincèrement que oui. À titre d'exemple, deux interventions faites il y a quelques temps.

Dans le cadre d'un travail de groupe, une dame me raconte que son fils adolescent est décédé il y a quelques années dans un métro. Il s'amusait tout près du quai et il a été aspiré par le passage de la rame. Elle n'était pas présente, mais les circonstances ont fait qu'elle a, par erreur, reçu le rapport du coroner.

Depuis elle est obsédée par la pensée de la scène de son fils démembré par le train. Elle aimerait travailler cette image. Je lui demande de fermer les yeux et d'imaginer son fils. Elle voit le corps démembré de son fils dans le tunnel du métro. Je lui demande de me décrire ce qu'elle voit. Elle me dit que son corps est séparé de sa tête. Elle ne peut avoir accès à ce corps, trop mutilé, mais sa tête est toute proche d'elle. Je lui demande ce qu'elle aimerait faire dans cette scène. Elle imagine prendre la tête de son fils. Je lui demande ce qu'elle aimerait lui dire. En s'adressant à haute voix directement à son fils, elle l'engueule et le traite d'irresponsable d'avoir été si imprudent. Lorsqu'elle a terminé, je lui demande d'imaginer à haute voix ce que lui répondrait son fils. À son tour c'est le fils qui engueule sa mère qu'il trouve trop contrôlante. Pendant ce monologue, les pleurs cessent. La tendresse refait surface dans le dialogue. Soudain, elle s'arrête en me disant que le corps de son fils est tout proche et qu'il est vêtu d'un joli chandail rouge. Je lui demande ce qu'elle aimerait faire. Elle décrit alors comment elle dépose la tête de son fils sur ses épaules. Elle le prend dans ses bras et pendant un long moment, elle le berce avant de l'imaginer s'éloigner d'elle.

Plusieurs années ont passé depuis. J'ai périodiquement contact avec elle. Elle me dit repenser parfois à cette scène, mais la charge émotive souffrante n'y est plus.

Le deuxième exemple s'est produit, il y a déjà plusieurs d'années. Je reçois un jeune homme dont la mère s'est pendue. Il l'a vu à l'hôpital, les traces de la corde bien évidente dans son cou. À sa première entrevue avec moi, de toute évidence il est en grande souffrance. Il tremble de tous ces membres, ne mange plus et ne dort plus car à chaque fois qu'il ferme les yeux, il a l'image de sa mère au bout d'une corde.

Je lui demande de fermer les yeux. Instantanément l'image de sa mère pendue émerge. Je lui demande de me la décrire. Pendant de longs instants, il me décrit sa mère dans les moindres détails. Je lui demande alors ce qu'il aimerait faire de son corps. Il m'explique alors comment il coupe la corde, comment il étend le corps de sa mère avec sa tête sur ses cuisses. C'est alors qu'il se met à frapper et frapper sur ses cuisses en hurlant à sa mère la colère qu'il ressent contre elle d'avoir posé un tel geste. Puis il s'effondre en larmes et retrouve de tendres gestes pour le corps de sa mère. À la fin de cette rencontre, les tremblements ont disparu. Lors de la rencontre suivante, il m'a expliqué qu'après cette première entrevue, il a pu à nouveau manger et dormir.

Ce sont à mon sens des interventions susceptibles de minimiser les risques qu'une personne sombre dans la maladie mentale.

Une autre question se pose en relation avec le deuil et la maladie mentale.

Le deuil peut-il être responsable de la maladie mentale?

Laissez-moi vous raconter l'histoire de Claudette. Jeune adulte, elle a un enfant de 4 ans. Elle habite une région éloignée. Elle y vit avec son conjoint. Un soir, ils décident d'aller voir un spectacle mais ils n'ont pas de gardienne. Le conjoint connaît un « ami » qui accepte de venir garder. À leur retour, l'enfant et le gardien ne sont plus dans la maison. Finalement, quelques heures plus tard, la police retrouve l'enfant violée, assassinée et déposée dans un sac de plastique. Le lendemain matin, ce même homme revient, pendant que la mère est seule. Il la viole et tente de l'assassiner. Il a été arrêté dans les heures suivantes et condamné à la prison à vie. Le couple, déjà fragile à l'époque, s'est séparé et depuis ce temps, la mère est fortement sous médication et vit dans un foyer d'hébergement avec un lourd suivi en psychiatrie.

On me demande de la rencontrer, parce qu'elle vit d'importants troubles mentaux : entre autres de l'angoisse chronique lors de la douche, qui oblige une personne à être présente à ses côtés. De plus, elle ne veut plus prendre de bain. Il faut savoir que lors de l'agression, après avoir été poignardée, elle a été traînée dans le bain qui fut rempli d'eau. Depuis, aussitôt qu'elle voit un bain, elle imagine l'eau rouge et paralyse complètement.

Je la rencontre et utilise toutes mes techniques sans grands succès. En discutant avec elle, j'ai appris que Claudette, en état de choc, n'avait pas assisté aux funérailles de son enfant sinon quelques minutes et sous l'effet d'une forte médication. De toute façon, elle ne se souvient de rien. Je lui offre alors qu'elle fasse des funérailles symboliques pour sa fille. Elle est tout à fait d'accord. À partir de ce moment, elle prend tout en main. Elle invite ses parents, sa sœur et moi. Une belle journée de fin d'été, nous nous retrouvons au bord d'un lac. Claudette a rédigé un merveilleux poème à la mémoire de sa fille. Elle a aussi choisi d'allumer une bougie. Elle m'a également demandé de prendre des photos. Elle lit son texte puis l'attache à un ballon gonflé d'hélium et le laisse doucement s'envoler. La cérémonie dure à peine 15 minutes, mais est remplie de silence et de douceur.

Quelques semaines plus tard, elle me raconte qu'elle arrive à prendre une douche seule et qu'elle a trouvé une façon de prendre son bain en ajoutant des sels de bain colorés. Y a-t-il un lien entre ce qu'elle arrive maintenant à faire et les funérailles? Impossible à prouver. Mais ce que je constate c'est le fait que Claudette a complété quelque chose laissée en plan et que par la suite, des choses ont bougé. Qu'importe la raison, elle se porte un peu mieux et c'est l'essentiel!

Quelques mois plus tard, elle me raconte un rêve récurrent où l'assassin est libéré suite à une enquête faite par des policiers qui reviennent la harceler de questions. Elle me dit alors craindre que l'assassin soit libéré. Elle vit beaucoup d'angoisse. Nous décidons de prendre contact avec des avocats et remonter jusqu'aux enquêteurs avec lesquels Claudette communique. Ils l'informent que le dossier est fermé et que rien ne pourrait déclencher ce type d'enquête. Cette mise au point la rassure et les rêves s'estompent.

Somme toute, avec Claudette, les gestes bien terre à terre ont été plus efficaces que tout autre moyen thérapeutique. Elle n'est pas « guérie ». Elle reste profondément marquée par ce drame. L'espoir et un mieux être ont pu être restaurés quelque peu. La résilience pour moi

c'est cela. Claudette a repris ses études et elle a plein de projets. Elle peut maintenant réussir de petites choses et se projeter dans l'avenir, avec ses limites. Ça, c'est reprendre espoir.

Je veux citer un auteur américain dont les écrits sont reconnus mondialement : William Worden, auteur du livre « *Grief counselling and grief therapy* » précise : « 10 à 15 % des personnes qui sont passées en clinique de psychiatrie à l'hôpital général du Massachusetts y viennent pour un deuil non résolu. Et 17 % en Californie. John Bowlby confirme ce phénomène en avançant que plusieurs maladies mentales sont une expression de deuils pathologiques. Deux études en Grande-Bretagne et en Finlande confirment le tout. »

À la question : « *Le deuil peut-il être responsable de la maladie mentale?* ». Ma croyance me fait dire : Non. Il peut être un facteur important, tout comme dans l'histoire que je viens de vous décrire, mais ce n'est pas la seule cause.

Comment illustrer la différence entre l'impact d'un deuil auprès d'une personne en santé mentale et celle qui souffre de maladie mentale? Je tente ici d'illustrer ma pensée sur cette différence.

Imaginez un tuyau, bien dégagé et libre de toute corrosion. Ce tuyau peut, à l'occasion, être bloqué par un objet. Malgré le fait que le tuyau soit fonctionnel, il n'en demeure pas moins que le passage de l'eau sera bloqué en partie ou en totalité. Dans ce cas, il peut y avoir un refoulement et de sérieux dégâts.

Compte tenu de ce qui s'y trouve, de la qualité du tuyau et de l'entretien qu'il a subi auparavant et de la rapidité de l'intervention, il est possible que le dégagement se fasse naturellement. Mais il est possible qu'une intervention soit nécessaire pour le dégager. Mon image n'est pas très poétique, mais elle illustre bien comment un deuil peut jouer chez la personne. (diapo)

Maintenant, imaginez le même problème, mais à l'intérieur d'un tuyau déjà rongé par la corrosion et où l'espace réservé au passage de l'eau est grandement réduit. Vous comprendrez que le risque de blocage est beaucoup plus grand dans ces circonstances. L'objet qui bloque le tuyau risque de se coincer d'une façon plus problématique, s'incrustant dans les parois déjà rongées par la rouille.

J'insiste donc sur le fait que l'événement n'est qu'un déclencheur et non une cause réelle et qu'il est particulièrement difficile de définir clairement les relations entre l'état que vit la personne et l'impact de l'une ou l'autre des composantes de sa vie.

Alors que nous reste-t-il pour agir? Il nous reste l'espoir à créer, à conserver pour la personne souffrante. Il nous reste à respecter la capacité que la personne a à faire face à la charge émotionnelle d'un événement douloureux. Il nous reste à l'accompagner du mieux que l'on peut avec toute la connaissance que nous avons, mais surtout avec toute la compassion dont nous sommes capables, mais aussi avec toutes les limites qu'on rencontre dans l'incompréhension de la maladie mentale et des résultats parfois bien minces. Oui, il y a des personnes qui ont un cancer de l'âme et pour lesquelles il ne reste que l'accompagnement, tout en espérant que quelque chose se passe, qu'un déclic rallume l'espoir. Il faut essayer et essayer encore : toucher une croyance, amener à une action, ou à un geste, s'assurer d'un entourage susceptible de l'aider, permettre l'expression d'un sentiment, permettre à la personne de trouver une explication ou l'amener à donner un sens à sa vie, aussi ténu soit-il, qui fera en sorte que la personne ait encore le goût de vivre, aussi mince soit-il.

Parfois c'est à n'y rien comprendre. Je vous raconte ici le cas de Josette 35 ans, qui fut agressée et violée en sortant d'une bibliothèque, il y a de ça quelques années. Elle n'en a pas parlé pendant plusieurs semaines, continuant à travailler « normalement ». Finalement ce sont des amis qui, voyant qu'elle était dans un état pitoyable ont ouvert la porte à la confiance. Dans les mois qui suivirent, elle a été hospitalisée plusieurs fois suite à d'importantes mutilations. On désespérait qu'un jour elle puisse s'en sortir. Avec Josette, nous avons, le psychiatre et moi, tenté une panoplie de moyens. Rien n'y faisait. Le désespoir la gagnait. Mon travail d'accompagnement en était un, je dirais plus spirituel qu'autre chose. Être avec!

Nous n'arrivions pas à comprendre ce qui la maintenait dans un tel désespoir et qui l'amenait à poser ces gestes mutilateurs. À bout de moyens, nous l'avons référée auprès d'un service très spécialisé dans un autre hôpital. Puis, sans comprendre exactement pourquoi, elle s'est mobilisée soudainement, dans l'action. Les mutilations ont diminué de façon significative. On tente aujourd'hui une réintégration au travail. Toute une leçon d'humilité pour le thérapeute!

On ne saura probablement jamais avec certitude, ce qui a causé une telle dégringolade suite au viol. On ne saura possiblement pas non plus pourquoi, soudainement elle a réussi à se mobiliser.

La maladie mentale permet d'atteindre les limites et la fragilité de l'être humain. Il ne faut pas, par contre, s'y laisser aspirer. Ce n'est pas l'endroit pour faire un trip d'égo comme professionnel car on risque de faire plus de tort que de bien.

### **Malgré le fait que l'on ne comprenne pas tout, je désire tout de même illustrer deux exemples d'espoir.**

Avec la permission de la personne dont je vais vous parler, je vous raconte cet incident terrible qu'elle a vécu il y a quelques années.

C'était une belle journée du mois d'août. Température 30 degrés. Michèle et son conjoint Claude, comme à chaque jour vont au travail. Normalement, ils vont reconduire la petite de 2 ans à la garderie. Par la suite, monsieur va reconduire Michèle au travail avant lui-même de s'y rendre. À tous les jours, elle appelle son conjoint à la mi-journée pour avoir des nouvelles.

C'est le dernier jour avant les vacances. La routine est un peu perturbée. Monsieur va reconduire Madame d'abord, puis se rend au travail, oubliant sa fille endormie sur le siège arrière. Pour différentes raisons, la mère décide de ne pas appeler son conjoint cette journée-là. À la fin de l'après-midi, Monsieur retourne à son auto pour constater le drame. Il se rend à l'hôpital mais trop tard. La petite fille est déjà décédée. J'ai rencontré le couple, ensemble d'abord puis séparément. J'ai surtout rencontré Madame, que je vois encore à l'occasion. Ce fut une expérience déchirante pour elle. Mais au fil de nos rencontres, elle reconnaît elle-même avoir fait un bout de chemin qu'elle n'aurait sans doute pas fait autrement. Elle est devenue beaucoup plus autonome, plus sûre d'elle, avec des réactions plus rapides et plus mordantes.

Michèle aurait pu sombrer dans la maladie mentale. Ce ne fut pas le cas. En se donnant les moyens de vivre pleinement son deuil, ce fut sans doute une façon d'éviter que cet événement ne se transforme en dépression ou en deuil pathologique.

Enfin, le dernier exemple. Élisabeth, dans la quarantaine, m'a été référée par l'hôpital.

Elle a été abusée pendant plus de 15 ans par son demi-frère avec la complicité des parents. Lorsqu'elle m'a été référée, elle avait connu des hospitalisations répétées, particulièrement au moment où elle entendait des voix qui l'amenaient à agresser les gens autour d'elle ou à se mutiler. Elle a subi plusieurs séances d'électrochocs qui, à la fin, ne donnaient plus de bons résultats. Évidemment, elle était sous médication buccale et par injection.

Nous avons eu ensemble 11 entrevues. Je veux vous raconter particulièrement une session qui à mon sens a été un tournant important pour elle.

Je lui avais demandé d'apporter un objet qui représentait ce qu'elle ressentait tout au long de ces abus. Elle s'est présentée avec un maillet semblable à celui qu'ont les juges. Lorsqu'elle m'a déposé cet objet, je me suis dit : « *Ça y est! Elle va juger son abuseur et le déclarer coupable* ». À ma grande surprise, la culpabilité s'adressait à elle-même. Nous avons alors exploré le sens de cette culpabilité. Elle était très consciente qu'elle n'était pas rationnellement responsable de toutes ces situations. Il lui restait alors qu'une chose : elle se sentait coupable d'exister et ainsi de provoquer cet homme. Je lui ai alors demandé : « *Se peut-il que cette culpabilité appartienne non pas à toi mais à l'agresseur?* »

Elle me regarde et me demande : « *Est-ce que j'ai le droit de penser cela?* ». Je lui ai alors proposé d'imaginer cet agresseur sur la chaise en face d'elle et de s'adresser à lui et de lui remettre cette culpabilité en lui déposant le maillet si elle se sentait à l'aise de le faire. La scène qui a suivi fut très touchante. Élisabeth, en déposant le maillet sur cette chaise vide, a remis à cet agresseur la culpabilité qu'elle portait en s'adressant à lui à haute voix, lui expliquant le sens de cette remise.

Après l'exercice, Élisabeth pleurait doucement, tendrement. Ce fut un point tournant. Dans les mois qui suivirent, la psychiatre, elle et moi avons convenu de diminuer la médication buccale d'abord, puis celle donnée par injection. Nous avons convenu que si Élisabeth avait d'autres périodes où elle entendrait de nouveau les voix, qu'elle vienne d'abord me voir avant de rendre visite à l'hôpital.

Pendant la période de thérapie, Élisabeth a trouvé son chien ensanglanté devant la maison sans savoir ce qui lui était arrivé. Il était très significatif pour elle. Nous avons fait un rituel. Elle a pris le temps aussi d'envisager qu'un jour, elle vivrait seule car la personne qui l'héberge présentement et qui est une deuxième mère pour elle, vieillirait et mourrait un jour. Tous ces événements autour de la mort ont été clairement abordés sans restriction, avec son consentement. Je crois que ce fut aidant.

La médication a complètement disparu ainsi que les hospitalisations et les électrochocs. Elle a repris des activités physiques et sportives qu'elle avait cessées depuis des années. La psychiatre a fermé le dossier. Ça fait maintenant plus de deux ans. On s'appelle à l'occasion. Élisabeth va très bien. Elle me réfère même des gens.

Ce fut pour moi une expérience unique, pleine d'espoir. Il importe de savoir que dès le début, Élisabeth a demandé de l'aide. Elle en avait marre des électrochocs et des hospitalisations. Elle voulait s'en sortir. Elle voulait que ça cesse. Je ne crois pas que ce fut la seule raison du succès de la démarche. Je ne crois pas non plus que tous ceux et celles qui désirent s'en sortir réussiront à ce point. Mais je crois que cette volonté a été un facteur important dans les résultats que nous avons eus.

Les outils dont nous disposons maintenant ne sont pas magiques mais permettent, parfois d'essayer des traitements nouveaux et de créer de l'espoir plus rapidement.

Dans la littérature concernant les survivants des camps de concentration, il est souvent fait mention que plusieurs d'entre eux n'ont jamais parlé de cette horrible expérience de vie.

D'autres, pendant des décennies, ont reconstruit un minimum de santé physique et mentale, se sont pris une nouvelle identité, ont choisi un nouveau pays, ont recréé une nouvelle famille, ont développé un travail. Il est arrivé par la suite que ces gens abordent leur passé.

Avant de le faire, ils ont eu besoin de se reconstruire, sachant qu'en en reparlant il y avait de bonnes chances de replonger dans le vide et le désespoir.

Avec les personnes souffrant d'une maladie mentale, je crois qu'il importe de respecter ce processus de reconstruction, de sens et d'action, faisant en sorte de construire une base plus solide.

De concert avec elles, il importe de trouver un judicieux mélange entre deux approches :

- un travail sur la source de leur souffrance
- et un autre sur une saine reconstruction d'elles-mêmes, à partir de ce qui a encore un sens pour elles aussi minime soit-il, et à partir des forces qui sont peut-être en dormance, mais encore présentes.

Les spécialistes qui ont été impliqués dans la dépollution de cours d'eau ont déjà mentionné qu'une épaisse croûte de pollution demeurait encore au fond du fleuve. Ils n'y ont pas touché parce qu'ils ne sont pas encore équipés pour la contrôler et éviter qu'elle ne pollue à nouveau l'ensemble des eaux. Il importe donc d'avoir cette même attitude dans le choix de nos actions avec les personnes que nous aidons.

**En conclusion, il importe de donner quelques perspectives.**

- 1. La maladie mentale relève d'un ensemble de facteurs et non pas d'une seule perte susceptible de déclencher un deuil.**
- 2. Pour les personnes atteintes d'une maladie mentale et qui vivent un deuil, il est possible d'utiliser les mêmes approches que pour les personnes en bonne santé mentale. C'est plutôt le rythme et le départage entre le travail de deuil et la reconstruction de la personne qui va varier. Tout ça, en complicité avec elle.**
- 3. La mise en relation entre la maladie mentale et le deuil, le deuil au sens large associé à une perte significative, ouvre la porte à des interventions intéressantes. Il importe d'avoir une approche qui reconnaisse à la personne touchée tout son pouvoir de décision et ainsi de la garder au coeur des décisions.**
- 4. La personne touchée doit être aidée, en tenant compte de sa totalité comme être : corps, émotions, intellect et spiritualité. Mais aussi en tenant compte de son milieu et de ses racines.**
- 5. Il y a nécessité de collaboration, particulièrement lorsqu'on parle de situations limites. Ça peut paraître redondant, mais à mon sens, c'est capital et c'est beaucoup plus économique, dans tous les sens du terme.**

- 6 **Démêler avec plus de rigueur ce qui relève d'un processus naturel, normal, et nécessaire comme le deuil, de ce qui relève d'un diagnostic de la maladie mentale et toute la panoplie d'interventions qui s'en suivent.**
7. **Accepter d'être touché et parfois dépassé par ce mystère qu'est le comportement humain.**
- 8 **Certaines personnes développent un cancer de l'âme avec des périodes de rémission et parfois de guérison. Il importe de faire preuve de compassion, d'humilité et d'avoir une bonne boîte d'outils sinon de solides références auprès d'autres spécialistes pour permettre à la personne de garder espoir.**
- 9 **Créer l'espoir et amener l'autre à sortir de son état de victime. Autrement dit, l'aider à avoir de nouveau accès à son pouvoir. C'est à mon sens les mots clés à retenir. Quelle que soit l'approche, y compris parfois celle du gros bon sens ou celle d'une simple présence, quelles que soient nos croyances, il importe d'essayer et essayer encore... Autrement s'il le faut, par d'autres si nous sommes dépassés. Ce n'est qu'à cette condition que j'ai l'impression d'avoir humainement et éthiquement fait tout en mon pouvoir pour aider mon semblable atteint parfois de ce cancer de l'âme.**

Avant de terminer, un avertissement et un hymne à la beauté.

À titre d'intervenant, on me taxe parfois de spécialiste. Attention aux spécialistes. À titre d'exemple, cette histoire : -----

Enfin, je veux vous offrir un hymne à la beauté. Il arrive plusieurs fois que des personnes, qui ont vécu de très durs événements de vie, mentionnent l'importance d'être entourées par la beauté. Plusieurs intervenants qui travaillent avec des personnes très souffrantes ont le même besoin. Je vous offre donc ces dernières images pour votre propre bien-être.

Gilles Deslauriers, psychoéducateur et psychothérapeute  
 Consultant en pertes, changements et transitions de vie  
 Téléphone : 450 651-1322  
 Courriel : [gilles.deslauriers@sympatico.ca](mailto:gilles.deslauriers@sympatico.ca)