

le partenaire

vol. 18, n° 2, été 2009

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et rétablissement en santé mentale



Spiritualité et santé mentale



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale



Siège social :

AQRP, 184, rue Racine, bureau 307
Loretteville (Québec) G2B 1E3
Téléphone : 418 842-4004
Télécopieur : 418 842-4334
Courriel : aqrp@qc.aira.com
Internet : aqrp-sm.org

Comité de rédaction : Mireille Bourque,
Marc Corbière, Rosanne Émard, Michel Gilbert,
Francis Guérette, Diane Harvey, Marie-Hélène
Morin, Esther Samson, Diane Saint-Amour.

Édition : Esther Samson

Conception et réalisation graphique :
www.fleurdelysee.ca

Impression : Copies du Pavois, Québec

Révision des textes : Judith Tremblay

ISSN : 1188-1607

sommaire

2

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 4 Spiritualité et santé : le dilemme de la médecine contemporaine
- 5 Le rôle de la spiritualité dans mon rétablissement
- 7 La texture du religieux dans la psychose
- 13 La psychothérapie par la pleine conscience
- 18 La spiritualité au cœur de l'intervention en santé mentale
- 22 Spiritualité, filiation et quête de sens
- 26 Expérience spirituelle et itinéraire de rétablissement : les phases d'un processus de transformation de l'Être
- 33 Quête spirituelle – de la réparation à la sublimation : la perspective d'une proche
- 34 *Nous avons vu pour vous...* Chaise berçante à vendre, le pouvoir d'agir entre le discours et la pratique

vignette sur la une

Illustration sur papier de soie I, en page couverture, est une œuvre de Denis Belleau. Artiste prolifique, natif de Montmagny, M. Belleau a fait ses études collégiales en arts plastiques et fréquente actuellement l'Atelier de la Mezzanine au complexe Méduse. Il s'intéresse à plusieurs médiums, telles la peinture, la céramique et la bande dessinée. « Le propos de ma recherche en peinture est de représenter le non-dit. Par les couleurs et les formes qui sans cesse apportent un défi nouveau, je tente de représenter l'inconscient ».

Spiritualité et santé mentale... Nous pénétrons, avec ce numéro du *partenaire*, dans un monde parfois tabou, souvent laissé pour compte par l'approche biopsychosociale qui prévaut dans le domaine de la santé. Est-ce par méconnaissance? Par manque d'évidences scientifiques? Alors que la dimension spirituelle est au cœur du vécu de bon nombre de personnes, on peut se demander quelle est l'importance de celle-ci dans les pratiques d'intervention auprès des personnes utilisatrices de services en santé mentale.

Les auteurs de ce numéro se sont tous penchés, à leur façon, sur le lien entre la santé mentale et la spiritualité. Hébert Lacombe, du Centre de recherche Fernand-Seguin, ouvre le bal avec un texte qui met en lumière le peu de valeur accordée aux questions d'ordre spirituel dans le milieu de la santé. S'ensuit un écrit intimiste et touchant, sur fond de poésie, où Marie Gagné, utilisatrice de services en santé mentale et intervenante chez PECH, nous livre avec générosité le récit de son cheminement où la spiritualité occupe une place indéniable.

Nous avons le privilège de vous présenter ensuite un article fort intéressant d'une chercheuse à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Ellen Corin, qui traite de la présence du religieux dans la psychose, article réalisé à partir d'une série d'entrevues à Montréal et en Inde auprès de personnes ayant reçu ce diagnostic. Il revient à Nancy Poirier, psychologue à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, d'aborder par la suite la notion de *pleine conscience* (*Mindfulness*), ses applications en santé mentale et son utilisation au Québec. Georges Bastien signe la *lettre* qui suit... car c'est sous cette forme que cet intervenant en soins spirituels a choisi de s'adresser aux lecteurs du *partenaire*. Il y partage son expérience et nous éclaire sur le statut que peut occuper la spiritualité dans la relation d'intervention.

Une réflexion inspirante sur la santé mentale en relation avec la spiritualité, la filiation et la quête de sens nous est proposée par Ellie Saint-Amour, doctorante en théologie pratique à l'Université Laval. De son côté, Gaston Lachance nous communique une partie des résultats d'une recherche visant à décrire l'expérience

spirituelle au fil de la démarche de rétablissement. Ce coordonnateur académique œuvre à la Faculté de théologie de l'Université de Sherbrooke.

Le texte suivant est celui d'une proche, Diane Saint-Amour. Ces quelques lignes, empreintes de transparence, relatent le vécu spirituel de l'auteure, directrice de l'Accolade Santé mentale et membre du comité d'édition du *partenaire*, ainsi que l'influence de la spiritualité dans sa relation d'intervention avec d'autres proches. *Chaise berçante à vendre* est le titre du DVD de Luc Vigneault commenté avec éloquence par Isabelle Vincent, dans notre chronique *Nous avons vu pour vous*. Cette enseignante en ergothérapie porte un regard pertinent sur les retombées cliniques de ce visionnement. Finalement, Luce Veilleux, paire aidante, signe la *chronique du franc-tireur* ci-dessous, un texte vibrant où spiritualité et rétablissement fusionnent.

Bonne lecture et bonne réflexion!

Esther Samson
Éditrice

La spiritualité au cœur de mon rétablissement

Qui aurait dit qu'un jour, j'utiliserais mes forces au service de mes pairs? Qui aurait prédit mon engagement au sein de deux comités de ma paroisse pour l'organisation de projets d'évangélisation et de journées de ressourcement? S'agit-il du fruit du hasard ou de mon parcours personnel et spirituel? À l'aube de mes dix années de rétablissement, je me permets de jeter un coup d'œil en arrière et je constate que je mène une vie remplie et entourée de gens que j'aime. Je réalise qu'en dépit de toutes les souffrances, j'ai eu le courage de me relever et de persévérer pour dire OUI à la vie, ce qui inclut le mal de vivre qui m'a suivie pendant quelques années. J'ai eu la force de m'accrocher à l'amour inconditionnel de mon Père céleste. Cet amour reçu gratuitement, sans même le demander, me comble quotidiennement et m'a conduit sur des routes inexplorées. En effet, de la condition de SUPERWOMAN dans laquelle je me trouvais avant de vivre un épisode de trouble mental, je suis passée à la situation de celle qui a appris à se connaître, à se

respecter et enfin à atteindre un équilibre sur tous les plans : famille, travail, vie sociale et spirituelle, etc., en continuant à découvrir mes limites et surtout... mes capacités.

Comme ai-je fait pour parvenir à cette réussite? Cela a été un chemin très personnel. D'abord, en me laissant transformer et façonner le cœur par mon Dieu qui désire pour moi avant tout une paix et un bonheur constants. Ensuite, en m'abandonnant à sa volonté afin que je puisse découvrir ma voie : me réaliser pleinement dans un travail que j'aime, où je déploie tous mes talents et mes qualités en intervenant auprès de mes pairs de façon égalitaire.

Et que dire des épreuves? Je crois que celles-ci contribuent à nous faire grandir de l'intérieur et lorsque nous nous en remettons à Dieu, elles s'avèrent plus faciles à traverser et nous font comprendre la leçon de vie qui en résulte. Évidemment, cela n'exclut pas la souffrance, mais le fait de se sentir porté à travers nos épreuves nous aide à tenir

bon et à espérer des jours meilleurs. Espoir et espérance : voilà deux petites flammes qui nous remplissent intérieurement et qui méritent d'être ravivées jusqu'au plus profond de nous, même dans les moments les plus difficiles. C'est l'espoir qui donne un sens à ce que je fais.

Heureusement, la vie nous procure des instants de joie, de plaisir et d'émerveillement. Lorsque nous n'en sommes pas tout à fait convaincus, nous n'avons qu'à regarder les beautés de la nature : les animaux, le coucher et le lever du soleil, les fleurs et les paysages aux multiples couleurs ainsi que nous-mêmes en tant qu'êtres humains, la merveille que nous sommes. Et surtout, n'oublions pas que notre Créateur veut que nous ayons la vie et que nous l'ayons en abondance (*La Bible*, Jn 10.10), tout en étant heureux et comblés par son amour.

Luce Veilleux
paire aidante

Spiritualité et santé : le dilemme de la médecine contemporaine

Par Hébert Lacombe, Ph. D. (c), Centre de recherche Fernand-Seguin, Unité de psychiatrie sociale, affilié à l'Hôpital Louis H. Lafontaine et à l'Université de Montréal

Après avoir pris ses distances de la médecine traditionnelle et s'être libérée de la tutelle de la religion, la science médicale a fait le choix de s'intéresser à l'anatomie. Repoussant constamment les frontières des nouvelles connaissances, elle est considérée comme une religion dont l'approche biopsychosociale est le dogme. Même lorsqu'elle intègre les dimensions physique, psychique et sociale, elle s'arrimerait beaucoup plus harmonieusement à la conception de plus en plus holistique de la santé si elle ne négligeait pas la dimension spirituelle.

Pourtant, cette réalité théorique est fort différente de celle qui prévaut dans les milieux de soins et de services de santé où l'on observe un mouvement d'intérêt croissant pour les préoccupations spirituelles.

Par exemple, Kaaniche (2005) explique cet intérêt par la tendance essentiellement rationnelle de la médecine contemporaine à ne traiter que le corps, sans se préoccuper de l'être moral. Ce qui fait naître chez les gens des sentiments de solitude et d'abandon.

Simard (2006) suggère l'impuissance de la médecine scientifique à répondre aux attentes et aux espoirs de guérison qu'elle a elle-même suscités, son incapacité d'élargir ses notions de santé, de maladie et de guérison, et son silence sur les questions existentielles fondamentales.

Quant à l'équipe de Astrow (2001), elle évoque la reconnaissance des limites de la médecine scientifique qui ne peut résoudre le scandale de la souffrance et qui semble avoir réduit le client à un objet d'analyse et de recherche.

Ces conclusions sont corroborées par les résultats de nombreuses études portant sur l'importance de la spiritualité chez diverses catégories de personnes. À ce sujet, 93 % des gens atteints de cancer affirment que la spiritualité les aide à garder l'espoir (Roberts et coll., 1997); chez les individus souffrant

de problèmes cardiaques, 85 % accordent une grande valeur à la spiritualité (Koenig, 1998); quant aux personnes psychiatriquées, 95 % croient en Dieu (Kroll et Sheehan, 1989) alors que 79 % envisagent la spiritualité comme incontournable (D'Souza, 2002).

Par ailleurs, la prépondérance des facteurs religieux et spirituels chez de nombreux individus soulève la question de l'apport de ces dimensions en temps de crise. En effet, plusieurs personnes aux prises avec des problèmes de santé physique ou mentale, ou encore avec des limitations d'activités, affirment que la religion ou la spiritualité contribue à réduire les inquiétudes, à supporter la douleur et la souffrance (Schumaker, 1992), à donner un sens à la vie, à composer avec des événements tels que la perte d'autonomie, le deuil, la perspective de la mort (Hamel, 1999).

Il n'est donc pas surprenant que la plupart des gens souhaitent l'intégration de ces facteurs dans leur plan de soins (Anandarajah et Hight, 2001). D'autant que Lukoff, Lu et Turner (1995) les voient comme des aspects psychosociaux essentiels qui structurent et donnent sens à l'expérience humaine, aux valeurs et aux comportements.

Or, plusieurs médecins affirment qu'ils n'ont rien à voir avec la spiritualité des personnes, que cela ne les regarde pas (King et Bushwick, 1994) et qu'elle n'a aucune pertinence pour la pratique médicale (Orr et Isaac, 1992). D'autres suggèrent que les besoins religieux et spirituels sont privés et que les médecins ne doivent pas s'y ingérer (Sloan et coll., 2000), de telle sorte que ces besoins sont souvent ignorés ou insatisfaits (Fitchett, Burton et Sivan, 1997; King et Bushwick, 1994).

De ce qui précède, il convient de mentionner que les facteurs religieux et spirituels, perçus comme prioritaires par un grand nombre de personnes, sont évalués comme insignifiants par la majorité des médecins. Ce manque d'intérêt des professionnels de la santé peut s'expliquer par une lacune quant aux connaissances ou aux qualifications

pour engager des discussions significatives au sujet des besoins spirituels des gens (Sloan et coll., 2000). Il peut également s'interpréter par la séparation de l'Église et de l'État (Dupont, 2006), et par la laïcité des institutions et des professionnels de la santé (Dupont, 2006; Frick, 2006; Zittoun, 2005).

Par contre, les travaux de Jung, de Frankl, d'Assagioli et de Maslow permettent de dépasser ces interprétations. Dans leurs œuvres, la spiritualité est vue comme un phénomène naturel, c'est-à-dire comme une dynamique d'équilibration et d'intégration personnelle (Jung, 1998; Assagioli, 1983), une dynamique d'élaboration de sens (Frankl, 1998) et une dynamique de réalisation de soi (Maslow, 1989). En ce sens, l'occultation de ces dimensions pourrait augmenter la détresse des malades. Elle peut constituer un obstacle majeur à l'établissement d'une relation qui implique la personne, laquelle est reconnue comme un élément déterminant dans la qualité, et donc l'efficacité des soins.

Dans les milieux de soins, lors même que les questions spirituelles suscitent de plus en plus d'intérêt, elles soulèvent encore des résistances, des doutes et des oppositions. Si la spiritualité est admise dans les secteurs de l'oncologie et des soins palliatifs, elle est loin d'être acceptée comme partie intégrante de l'être humain et donc comme facteur pouvant influencer la santé et la maladie. Cette ambivalence est perceptible dans le domaine de la recherche où cette dimension a été abordée superficiellement dans l'enquête sociale et de santé réalisée en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bien plus que cela, la prise en compte de la dimension spirituelle passe par son intégration dans les plans de soins et dans le cursus des études médicales, et par l'intérêt des organismes subventionnaires à l'égard des recherches portant sur le sujet. Après tout, la littérature ne suggère-t-elle pas que des personnes peuvent être traitées avec succès lorsque leur questionnement spirituel est accueilli et traité avec respect (Richards et Bergin, 1997)?

BIBLIOGRAPHIE

- Anandarajah, G. et E. Hight. (2001). Spirituality and medical practice : using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *63*(1), 81–89.
- Assagioli, R. (1983). *Psychosynthèse : Principes et techniques*. Paris, ÉPI.
- Astrow, A. B., C. M. Puchalski et D. M. Sulmasy. (2001). Religion, spirituality and health care : social, ethical and practical considerations. *The American Journal of Medicine*, *110*, 283–287.
- D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*, *10*(1), 44–47.
- Dupont, D. (2006). Sortir la spiritualité du placard. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, *12*(1), 168–180.
- Fitchett, G., L. A. Burton et A. B. Sivan. (1997). The religious needs and resources of psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*(5), 320–326.
- Frankl, V. (1998). *Découvrir un sens à la vie avec la logothérapie*. Montréal, Les éditions de l'Homme.
- Frick, E. (2006). Peut-on quantifier la spiritualité? Un regard d'outre-Rhin à propos de l'actuelle discussion française sur la place du spirituel en psychoncologie. *Revue francophone de psycho-oncologie*, *3*, 160–164.
- Hamel, S. (1999). *Vivre le meilleur en soi, de la quête de sens à la transcendance de soi*, Montréal, Éditions Stanké.
- Jung, C. G. (1998). *L'homme à la découverte de son âme*. Paris, Albin Michel.
- Kaaniche, H. S. (2005). *L'accompagnement spirituel en milieu hospitalier*. Paris, Harmattan.
- King, D. E. et B. Bushwick. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice*, *39*(4), 349–352.
- Koenig, K. G. (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego, California Academic Press.
- Kroll, J. et W. Sheehan. (1989). Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, *146*(1), 67–72.
- Lukoff, D., F. G. Lu et R. Turner. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatric Clinics of North America*, *18*(3), 467–485.
- Maslow, A. (1989). *Vers une psychologie de l'être*. Paris, Fayard.
- Orr, R. D. et G. Isaac. (1992). Religious variables are infrequently reported in clinical research. *Family Medicine*, *24*(8), 602–606.
- Richards, P. S et A. E. Bergin. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, American Psychological Association.
- Roberts, J. A. et coll. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetric Gynecology*, *176*, 166–172.
- Schumaker, J. F. (1992). *Religion and mental health*. New York, Oxford University Press.
- Simard, N. (2006). Spiritualité et intervention sociale. *Reflets*, *12*(1), 107–126.
- Sloan, R. P. et coll. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*, *342*(25), 1913–1916.
- Zittoun, R. (2005). Comment répondre aux attentes des malades atteints de cancer en matière de croyances et de spiritualité? *Revue francophone de psycho-oncologie*, *4*, 296–298.

Le rôle de la spiritualité dans mon rétablissement

Par Marie Gagné, utilisatrice de services en santé mentale, intervenante chez PECH

Assise à la dernière table, tout au fond de la salle d'un centre de jour, le regard perdu dans mes pensées, j'observe Françoise qui sert le café aux clients.

Une femme de cœur, cette Françoise. Elle en connaît tout un bout sur le don de soi. Ma première rencontre avec elle remonte à l'été 1982. Elle donnait une conférence sur sa vie et son rétablissement dans un sous-bassement d'église. Elle disait avoir vécu 82 séances d'électrochocs destinées à lui faire oublier son passé, sans que rien n'ait changé. Elle avait connu la prostitution, l'itinérance, les soupes populaires et la consommation. Elle poursuivait une démarche de rétablissement depuis huit ans. Alors que ma souffrance trop envahissante me privait de mon essence vitale, j'ai pu, grâce à l'histoire de vie de

Françoise, m'identifier à son parcours et retrouver l'étincelle d'espoir manquant à mon existence.

Avec mon esprit fragmenté, mes émotions gelées et mon corps en errance, je n'arrivais plus à parler correctement. Le regard hagard, je sillonnais les rues de la ville jusqu'au centre de jour où elle travaillait. J'y suis passée chaque jour durant près d'un mois pour m'imprégner des quelques minutes de présence qu'elle m'offrait. Dans sa simplicité d'aidante naturelle, elle savait les mots me permettant de survivre une journée de plus sans mettre fin à ma vie qui n'était que souffrance et frustration. Chaque jour, elle déposait sa main sur ma nuque, telle une caresse maternelle. Elle me disait de me regarder à travers ses yeux pour que je sache combien belle je deviendrais dans un futur proche. Malgré mes peurs

et mes désordres émotionnels, j'ai osé faire confiance au destin.

Françoise a fait des démarches pour que je puisse partir pour un séjour en thérapie dans un centre Domrémy. J'avoue qu'à ce moment, je n'aurais pu faire moi-même les appels. Mon esprit était trop épars, trop en dehors de la réalité pour agir avec clarté.

Après deux mois au centre de thérapie pour toxicomanes, j'ai poursuivi mon rétablissement en côtoyant Françoise. Elle me parlait de sa spiritualité au quotidien. Elle m'écoutait sans jamais me dire quoi faire. Elle m'entretenait de son chemin de vie, de son vécu. Cette grande âme m'encourageait à poursuivre mes rêves. Au cours de nos conversations sur le rétablissement, j'ai appris à mieux affronter mes

démons intérieurs. Graduellement, j'ai participé à certains ateliers de croissance personnelle qu'elle avait elle-même suivis pour se rétablir. Je voulais m'approprier ce qu'elle avait dans son regard bleu océan, toute cette bonté de cœur, cet amour altruiste et cette douceur vivifiante. Je fais référence ici à l'attrait qu'elle dégageait sans jamais rien réclamer. Elle a été mon premier modèle de rétablissement.

Je crois qu'il n'y a pas de hasard. Françoise a été placée sur ma route comme moi sur la sienne pour que nous apprenions l'une de l'autre au sujet du caractère profond de notre spiritualité respective. Chacune à notre façon, nous étions en quête pour saisir le sens des maux de l'humanité, des maux de notre propre « humanité ».

L'invisible ne peut s'exprimer qu'à travers ce qui est vivant, incluant l'être humain. Il s'agit de s'ouvrir à l'expérience divine ou, si vous préférez, à l'expérience spirituelle. Au sein même de ma souffrance, de ma noirceur, j'ai trouvé réconfort et compassion. Ma spiritualité n'est pas quelque chose de statique. Au contraire, cette dimension est vivante et en mouvance constante. Je dialogue régulièrement avec cette partie de moi que j'appelle « ma voix intérieure ».

6

« Selon la croyance amérindienne, la Terre ne nous appartient pas, c'est nous qui lui appartenons. La Mère Terre, la Mère nourricière, cela m'interpelle profondément... Ceci est une grande source de méditation qui me fait cheminer dans mon rétablissement. »

C'est mon lieu de prière, mon temple secret. J'entends souvent les gens parler de l'importance d'obtenir un équilibre entre le corps, l'émotion et l'intellect. J'ajouterais que dans mon cas, l'aspect spirituel est aussi très utile pour atteindre mon équilibre.

Originaire de l'Abitibi, j'ai côtoyé les peuples des Premières Nations qui m'ont enseigné à me ressourcer dans leur spiritualité devenue mienne. Les cérémonies et les rituels m'ont ramenée

à l'essentiel, un autre héritage pour me rendre un peu plus sage dans mes pensées et mes actions. Selon la croyance amérindienne, la Terre ne nous appartient pas, c'est nous qui lui appartenons. La Mère Terre, la Mère nourricière, cela m'interpelle profondément. Vivre au rythme de la Terre, c'est vivre en harmonie avec soi et avec le Grand Tout. Ceci est une grande source de méditation qui me fait cheminer dans mon rétablissement.

Pour ma part, le rétablissement (au sens de « dépassement d'un désordre psychique ») est loin d'être une nouveauté dans ma vie de tous les jours. En errance durant une bonne partie de ma vie, j'ai cherché à donner une signification à ma terre de désolation. Depuis un peu plus de 26 ans, je me bats tant bien que mal pour me rétablir de mon grand désordre émotif et mental. Ce fameux rétablissement dont on discute avec tant d'aisance devant une tasse de thé n'est pas chose facile, mais il est réalisable. Cela ne se fait pas non plus de manière linéaire. C'est l'histoire de toute une vie. Rien n'est magique, il y a un minimum d'efforts à accomplir pour améliorer son sort. J'ai dû être proactive pour réussir à me relever. Des hauts et des bas parsèment mon parcours encore inachevé : des rechutes émotives, des périodes dépressives reliées à la perte d'êtres chers, la maladie qui frappe ceux

que j'aime sans crier gare, des peurs réelles ou des scénarios de catastrophes envahissants... C'est ma spiritualité, ma foi en une force plus grande que la mienne, qui m'a permis de tenir bon dans ces moments ombrageux et plus difficiles. Je dois dire aussi que j'ai reçu une aide précieuse des gens de mon entourage : famille, amis, intervenants.

Il m'est maintenant plus ardu de me ressourcer dans le brouhaha de la grande ville de Québec. Le travail, la famille, la

pression sociale sont souvent pour moi sources de stress. Échapper à la course folle de la performance et de ses exigences n'est pas de tout repos. Chaque fois que je m'écarte de mon centre, la partie souffrante en moi reprend de la force et bloque mon rétablissement. Quand mes besoins se confondent à des exigences non nécessaires à mon épanouissement, ma capacité de donner et de recevoir diminue, et je me perds, je retombe dans la critique, les peurs exagérées, les jugements et tout ce qui s'ensuit. Pour revenir à l'essentiel, je fais du yoga méditatif, je retourne à mon centre intérieur pour refaire le plein d'énergie, avancer un autre bout de chemin. Je puise dans mon héritage interne, dans mon bagage de vie. Je participe à des groupes d'entraide. J'écris dans mon journal en m'adressant à mon Créateur; c'est un autre moyen pour moi de me sentir soutenue. Je continue ma quête de sens à travers les lectures spirituelles. J'apprécie beaucoup les écrits du dalaï-lama qui m'invite à m'accueillir avec mes forces et mes limites dans l'ici et le maintenant. Je tends à devenir meilleure chaque jour en recherchant un bien-être intérieur, un bonheur plus réel, plus accessible.

Pour terminer, je dirais que le bonheur se révèle vraiment pour moi dans les petits gestes simples et souvent répétitifs de l'existence : savoir regarder avec le cœur, donner un peu de soi sans s'oublier, rire un brin avec les copains, marcher en forêt pour se régénérer et créer pour mieux respirer. Ce qui m'importe, c'est de vivre ma spiritualité en aimant la vie malgré toutes ses vicissitudes et en faisant confiance. Chaque fois que je m'élève au-dessus de ma condition humaine, je deviens meilleure pour moi-même et pour les autres, et je reconnais que je suis une parcelle d'un Grand Tout. J'éprouve beaucoup de gratitude pour cette vie qui m'est prêtée. J'apprends de plus en plus à l'apprécier et à la partager avec ceux que j'aime. Je prends davantage soin de moi, je continue d'évoluer à travers les études, les ateliers de croissance et les lectures. Je découvre ce que je suis à chaque jour. Toute personne croisant ma route m'enseigne quelque chose. Plus j'avance en âge et plus il me reste de choses à connaître. Et pour tout ça, je dis merci à la vie, merci à mon Créateur.

La texture du religieux dans la psychose

Par Ellen Corin, chercheuse à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

L'association entre psychose et délire religieux fait partie de l'imagerie populaire, une association que confirment un certain nombre d'articles scientifiques faisant état de la plus grande prévalence des délires à caractère religieux chez des personnes avec un diagnostic de schizophrénie, particulièrement chez celles qui appartiennent à certaines cultures, africaine par exemple. Ce n'est pas par ce biais que je voudrais aborder cette association. On peut dire qu'elle a surgi de nombreuses entrevues réalisées avec des personnes qui avaient reçu un diagnostic de psychose et que nous avons rencontrées dans des contextes variés : d'abord, au cours de recherches effectuées à Montréal avec Gilles Lauzon¹ sur la notion de réintégration sociale chez des personnes diagnostiquées comme schizophrènes; puis, en Inde, où des études conduites en collaboration avec les Drs Thara et Padmavati² ont cherché à clarifier le rôle de la culture dans la mise en forme et l'évolution d'une expérience de psychose; ensuite, à nouveau à Montréal, un Montréal pluriculturel où, avec Cécile Rousseau³, nous nous sommes intéressées à la manière dont la culture circule dans l'espace clinique. Dans chacune de ces études, nous avons aussi rencontré des proches chaque fois que c'était possible.

Ce qui ressort des récits recueillis dans ces différents contextes est une réalité complexe, souvent à la limite de ce que les mots peuvent en traduire et où les croyances religieuses proprement dites semblent prendre moins de place qu'une référence plus globale à une forme ou une autre de spiritualité ou de religion. Cette présence du religieux dans le récit des personnes apparaît tissée de lumière et d'ombre et échappe à une catégorisation trop rapide sous l'égide du pathologique ou au contraire de la protection. On ne peut en comprendre le sens que si l'on tient

compte de ce qu'une expérience de psychose vient modifier dans le rapport à soi et au monde, du point de vue de la personne elle-même. Le rapport au religieux se situe à un point de rencontre entre la personne et son monde; il reflète tant la dérive de l'expérience et la tentative de la contenir, de lui donner un sens, que la disponibilité plus ou moins grande de représentations et de symboles religieux dans la culture.

Élaborer un espace intérieur

La valeur protectrice du « retrait positif »

Une première recherche à laquelle a collaboré Gilles Lauzon visait d'une part à mieux cerner ce que veut dire la notion d'intégration sociale pour des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie depuis 5 à 15 ans; et d'autre part à comprendre ce qui semble jouer un rôle protecteur face à un risque de rechute.

Nous avons été frappés de voir que ce qui semble contribuer au maintien des personnes dans la communauté est un mode particulier de rapport aux autres et au monde, dominé par une position générale de retrait sur le plan des relations sociales et des activités, un retrait en partie compensé par des formes plus ténues de rapport au monde. Contrairement aux personnes souvent hospitalisées à nouveau, qui nous ont parlé de leur sentiment d'exclusion et de leur désir d'avoir plus de relations sociales et de rôles sociaux, celles qui étaient parvenues à ne pas retourner à l'hôpital semblaient associer une valeur positive à ce retrait. Elles ont évoqué l'importance de pouvoir conserver une certaine distance vis-à-vis du monde, de se recentrer sur leur expérience intérieure et de chercher à l'approprier. Un tel retrait, que nous avons qualifié de « retrait positif », semble leur permettre de construire certaines limites entre elles et le monde, de

résister à une tendance à se perdre dans l'environnement, ou encore de dessiner les contours d'un monde intérieur dans lequel elles puissent se reposer, évoluer à leur guise : un lieu relativement protégé de la trop grande pression de la vie, où l'on peut se sentir en paix avec soi-même, maîtriser progressivement la réalité, réfléchir et parfois prier; dans lequel on peut prendre la mesure de ce qui se passe ou de ce qui est arrivé, en sonder les implications pour soi et pour l'avenir.

La place du religieux dans l'articulation de l'expérience

Sans que nous l'ayons cherché, l'analyse des récits a fait ressortir le caractère essentiel des références religieuses pour ces personnes, particulièrement pour celles qui n'avaient pas été hospitalisées une nouvelle fois au cours des quatre dernières années. Dans un certain nombre de cas, les personnes ont mentionné leur rattachement à une communauté ou à un groupe religieux spécifique, le plus souvent marginal dans l'espace culturel québécois. Elles nous ont rapporté y trouver un soutien concret – parfois impressionnant –, des conseils ou encore un cadre de valeurs les aidant à s'orienter dans la vie. Une telle affiliation semblait cependant s'inscrire largement dans le domaine imaginaire plutôt que se traduire en pratiques concrètes. Dans un plus grand nombre de récits, des références religieuses ou spirituelles sont demeurées plus flottantes, ou non qualifiées : le sentiment d'une présence au cœur de l'expérience, ou encore le fait de penser à Dieu mais sans ressentir le besoin de le prier... Les personnes ont décrit ces moments comme étant une source de confiance et de calme intérieur, comme leur permettant en quelque sorte de mieux habiter leur monde vécu.

Par ailleurs, plutôt que d'adhérer globalement à un système ou à une

1 Corin, E. et G. Lauzon. (1992). Positive withdrawal and the quest for meaning. The reconstruction of the experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 5(3), p. 266-278.
Corin, E. et G. Lauzon. (1994). From symptoms to phenomena: the articulation of the experience in schizophrenia. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25(1), p. 3-50.
2 Corin, E., R. Thara et R. Padmavati. (2004). Living through a staggering world: the play of signifiers in early psychosis in India. Dans : J. Jenkins et R. Barrett (Éds). *Schizophrenia, culture and subjectivity. The edge of experience*. Cambridge University Press, p. 110-145.
3 Corin, E., A. Gauthier et C. Rousseau. (2007). Le médicament, ses reliefs et ses ombres sur la scène de la clinique transculturelle. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26(2), p. 37-51.

religion, on a l'impression que les personnes qui ont vécu une expérience de psychose et qui sont en train de s'en sortir préfèrent emprunter des éléments qui leur conviennent, que ce soit à diverses traditions religieuses ou à d'autres systèmes de pensées comme

entre la perception et l'hallucination semblent se dissoudre et le religieux participe alors à la dérive générale du monde plutôt qu'il ne permet de la contenir. Par ailleurs, même dans les cas où la religion semble absorbée dans une expérience délirante du monde, le fait

interculturelles. J'étais particulièrement intéressée par le fait que la religion et les pratiques spirituelles conservent une grande importance dans l'Inde contemporaine et je me demandais si et comment elles pouvaient se trouver mobilisées par des personnes souffrant de psychose et leurs proches; on pouvait aussi se poser la question de savoir dans quelle mesure les différentes formes d'ascétisme valorisées par la culture indienne peuvent servir de modèle culturel à l'élaboration d'une position de retrait positif dont la recherche de Montréal avait suggéré la valeur protectrice.

« Plutôt que d'adhérer globalement à un système ou à une religion, on a l'impression que les personnes qui ont vécu une expérience de psychose et qui sont en train de s'en sortir préfèrent emprunter des éléments qui leur conviennent, que ce soit à diverses traditions religieuses ou à d'autres systèmes de pensées comme l'ésotérisme ou la science-fiction... »

l'ésotérisme ou la science-fiction; elles les combinent alors en une sorte de bricolage personnel dont on peut penser qu'il les aide à préserver une marge de liberté face à des croyances ou à des institutions qui pourraient s'avérer trop pesantes.

de rabattre le rapport au religieux sur le pathologique rate l'essentiel de ce qui est en jeu pour les personnes en début de psychose. C'est ce qu'illustrent des entrevues effectuées tant en Inde qu'à Montréal. Je vais y revenir.

Des questions en suspens

L'impression qui ressort des récits est que les personnes qui ont vécu une expérience de psychose traversent « sans filet » la dramatique de l'existence, plus que la majorité d'entre nous; elles se satisfont moins facilement des repères que nous tenons pour acquis, des idées reçues, et peuvent avoir un sens plus aigu de la finitude de l'être humain.

Le recours au religieux qui ressort des récits recueillis à Montréal apparaît donc à la fois important et relativement marginal au sein de l'espace culturel québécois; il apparaît surtout solitaire et fragile. On peut se demander si une telle marginalité reflète une vulnérabilité associée à la schizophrénie ou si elle est liée à une culture de plus en plus séculière où les références religieuses ne semblent plus le fait que d'une minorité de personnes et restent très généralement étrangères aux pratiques professionnelles en santé mentale. On peut se demander comment se présentent les choses dans une société où les références religieuses demeurent plus vives et culturellement plus centrales.

Les personnes nous ont aussi parlé d'autres périodes de leur vie où la religion avait occupé une place plus ambiguë ou plus menaçante pour elles. Elles avaient l'impression qu'à ces moments-là, trop de religion avait contribué à précipiter une crise psychotique, entraînant leur hospitalisation : « Si je ne prends pas mes médicaments, je tombe en religion... J'ai été hospitalisée parce que je voulais comprendre un mystère. J'ai été trop loin. J'ai cherché à atteindre Dieu par la pensée. J'ai trop médité... Je me suis sentie éternelle, tout était intense, j'ai extrapolé ». Dans ces cas, le rapport au religieux est marqué par l'excès, et c'est ainsi qu'il est ressenti et décrit. Dans ces instants plus turbulents ou plus instables de leur vie, les frontières entre l'imaginaire et le réel,

Les recherches poursuivies en Inde ont répondu à la fois à des éléments conjoncturels, à travers des possibilités concrètes de collaboration avec les cliniciens chercheurs de la Schizophrenia Research Foundation, et aux questions soulevées par le meilleur pronostic de la schizophrénie en Inde dans diverses recherches

La texture du religieux dans les récits recueillis en Inde

Les récits recueillis en Inde illustrent à la fois l'abondance et la pluralité des références religieuses chez les personnes souffrantes et leurs proches. D'emblée, on peut dire que le rapport au religieux se déploie sur deux plans différents et complémentaires : celui du monde intérieur où les références religieuses peuvent offrir des images ou des repères permettant de donner forme à un sentiment d'étrangeté ou encore, permettre l'accès à une expérience spirituelle à travers diverses formes de dévotion; celui de repères extérieurs qui orientent une quête de guérison.

Contrairement à l'étude de Montréal, nos recherches en Inde se sont centrées sur des personnes dans leurs premières années de psychose; leur expérience porte la marque vive de l'ampleur de la dérive du rapport à soi et au monde que la psychose installe. La plupart des personnes ont parlé d'une peur généralisée qui colore leur vie, une peur parfois vague et insidieuse et d'autres fois focalisée sur des objets ou des personnes en particulier. Sur cet horizon, les personnes ont évoqué leur sentiment de vivre dans un monde hostile, où les frontières entre soi et le monde ne sont pas assurées; un monde marqué par la confusion et une chute de la signifiante qui peut attaquer le langage lui-même, ses catégories, les contours de la réalité. Ces perceptions et ces affects qui envahissent l'expérience en début de psychose constituent la toile de fond sur laquelle il faut situer les efforts que font les personnes pour élaborer les contours d'un monde protégé, habitable, et dans lequel elles

puissent apprivoiser leur expérience que quelque chose bascule; c'est ce contexte qui jette un éclairage sur le sens que peut revêtir pour elles la mobilisation de références religieuses.

Une expérience douloureuse

Les données relatives au meilleur pronostic de la schizophrénie dans les pays en développement ont conduit à idéaliser la place qu'y occupent les personnes ayant un problème de santé mentale. En fait, les entrevues que nous avons réalisées avec des personnes souffrant de psychose et avec leurs proches font ressortir avec force la double contrainte qui pèse sur eux : d'une part, l'intensité des réactions de peine et de deuil mentionnées tant par les personnes que par leurs proches, et de l'autre, la force du stigma associé aux problèmes de santé mentale.

La majorité ont fait état de la souffrance et de la honte associées au fait que la personne se trouve incapable de remplir les attentes culturelles et sociales généralement associées à son âge, à son sexe et à sa place dans la famille. La portée humaine et la gravité de cet échec sont renforcées par l'importance de la notion de *Dharma* en Inde, cette notion qui décrit l'ordre général du monde et de l'univers et qui définit très précisément les obligations et les devoirs associés à l'âge, au sexe, au statut dans la famille, à la caste ou à la classe sociale... Déroger aux prescriptions du Dharma constitue dès lors une transgression grave. Par ailleurs, la stigmatisation dont font l'objet les personnes souffrant de problèmes de santé mentale a une portée d'autant plus grande qu'elle touche autant l'entourage qu'elles-mêmes.

La dynamique du soutien dans les familles

Il est d'autant plus impressionnant de noter l'ampleur et la qualité du soutien que les familles continuent à donner aux personnes souffrantes, un soutien qui peut impliquer les parents, les beaux-frères et, dans le cas de personnes de sexe masculin, les sœurs en particulier. L'entourage cherche aussi à ajuster ses attentes et à diminuer la pression sur les personnes aux prises avec la psychose. Nous nous sommes demandé dans quelle mesure certains aspects de la culture viennent soutenir ce qui se met ainsi en place

autour d'une personne psychotique. Les récits suggèrent trois lignes d'exploration, qui mettent en jeu des rapports différents aux représentations et aux croyances culturelles.

Dans un premier temps, on est frappé par le nombre et la variété des démarches que font les membres de la famille pour obtenir de l'aide auprès de toute une gamme de spécialistes, essentiellement religieux, et dont la plupart officient dans des temples ou des *darghas* (lieux saints musulmans). On peut croire que ces démarches permettent aux proches de lutter contre leur sentiment d'impuissance et de contrer leur isolement. Si l'on ajoute les prières et les rituels qu'ils accomplissent dans des lieux de culte ou devant de petits autels familiaux, on a l'impression d'assister au tissage d'un véritable filet de sécurité autour des personnes atteintes. On peut penser que ce dernier leur offre la possibilité de se sentir intégrées dans l'entourage familial, même si elles participent rarement directement à ces démarches.

Sur un deuxième plan, on peut parler de la disponibilité de systèmes d'interprétation qui soutiennent et orientent la manière dont on cherche à donner un sens à une expérience toujours profondément déstabilisante. On invoque par exemple une possession par de mauvais esprits ou un mauvais sort associé à de la jalousie. Les récits

ancrée dans des actions relevant de vies antérieures, ou l'astrologie, qui interprète les problèmes par la position des planètes à un moment donné. L'une et l'autre de ces explications minimisent l'angoisse associée à la psychose en la situant dans un ordre de choses plus général, qu'il soit diachronique ou cosmique. Du côté des personnes malades, c'est davantage le sens de la vie, de la souffrance et du monde qui relance leur questionnement plutôt qu'une interrogation relative à la cause de leurs problèmes.

Enfin, sous un troisième angle, de nombreux proches ont eux-mêmes recours à des pratiques de méditation ou s'en remettent à Dieu pour les aider à affronter la situation. Il s'agit là de diverses manières d'arriver à un état de détachement intérieur prôné par la tradition indienne et qui permet d'être d'autant plus présent aux exigences de la vie quotidienne, et donc aux gens aux prises avec la psychose, que l'on en est intérieurement détaché.

Du côté des personnes souffrantes : un rapport hétérogène au religieux

Le fait d'en appeler à des images et à des symboles religieux nous est apparu situé sur un continuum tendu entre deux pôles. À un extrême, les références religieuses semblent absorbées par le processus psychotique; elles occupent alors souvent une place centrale dans l'expérience

« Le fait d'en appeler à des images et à des symboles religieux nous est apparu situé sur un continuum tendu entre deux pôles. À un extrême, les références religieuses semblent absorbées par le processus psychotique; elles occupent alors souvent une place centrale dans l'expérience que décrivent les personnes... »

laissent entrevoir que le recours à ce genre de cause permet d'identifier et de nommer le sentiment d'étrangeté et d'aliénation vécu tant par la personne souffrante que par ses proches. Ce sont surtout ces derniers qui cherchent ainsi la raison des problèmes. Leurs récits mentionnent aussi le *karma*, cette destinée

que décrivent les personnes, mais la forme particulière qu'elles revêtent fait généralement écho à la spécificité de ce qu'elles vivent ou à certains aspects de la dynamique familiale. Ainsi, même dans ces cas, on ne peut purement réduire le recours au religieux à quelque chose de délirant et il est essentiel de comprendre ce

qu'il traduit d'un rapport particulier à soi et au monde. Ici, cependant, le religieux ne paraît pas contenir l'expérience envahissante de la psychose. À l'autre extrême, des références religieuses paraissent mobilisées dans le cadre d'une dynamique que l'on peut qualifier de « constructive »; les personnes en parlent comme d'une source de soutien émotionnel significatif, ou comme permettant l'élaboration d'un espace de repos et de calme, ou encore comme donnant accès à des repères moraux. Dans les récits recueillis, l'absence totale de références religieuses a souvent été associée à un contexte familial dominé par des conflits importants ou par de la violence verbale, sans que personne ne semble capable de jouer un rôle de médiation face à la personne malade. Quelques brefs exemples vont illustrer le sens à la fois central et paradoxal que revêt le religieux en regard de l'expérience psychotique.

À un pôle, l'absorption du religieux dans la psychose

Pour mettre en évidence le pôle « délirant » du continuum, on peut mentionner le cas d'un jeune homme musulman dont la quête intime est dominée par un désir de comprendre : « Pourquoi est-ce que je suis comme cela? Je ne comprends rien ». Il se décrit comme envahi par un sentiment de peur généralisée, par une grande confusion et un manque de concentration. Pour essayer d'éviter cette dérive subjective, il dit lire le Coran, jeûner et se brosser les dents régulièrement avec

à quel point un homme peut souffrir – je l'ai montré à Dieu... En plus, perte ici, perte là-bas; gain ici et perte là-bas, dans l'autre monde... ».

Une autre illustration implique un jeune homme chrétien dont la vie est dominée par la crainte du futur et de la mort. Il appartient à une famille étendue qui paraît caractérisée par une grande compétitivité et par la réussite des oncles et des cousins. Dans le récit de son entrée en psychose et de l'évolution ultérieure de ses problèmes, le jeune homme rapporte avoir eu à diverses reprises la vision d'une figure religieuse qui demeure énigmatique, mais qui lui signale qu'il est promis à une destinée exceptionnelle; cette force lui apparaît cependant également dangereuse parce qu'elle est trop puissante et il cherche à lui résister. Par ailleurs, cette vision s'inscrit pour lui dans une quête plus générale de repères lui permettant d'orienter sa vie. Il lit des livres religieux et scientifiques, des livres de psychologie à propos de la pensée créative, va visiter des ashrams. Il déclare que la religion lui donne une direction, de l'espoir : « Sur le plan spirituel, je peux accomplir quelque chose de bon ». On peut penser que les visions lui permettent de se voir dans une position valorisée, comme chargé d'une mission, dans son contexte familial hautement compétitif.

Dans un autre exemple, un jeune homme hindou décrit la peur intense qui l'a envahi au début de ses problèmes : « comme si tous les hommes allaient mourir ».

dans un temple où le prêtre accomplit un certain nombre de rituels, jette l'image de Ganesh dans la rivière et lui donne en échange l'image d'une déesse. Mais lui transfère sur cette dernière la fixation qu'il avait sur Ganesh. Lorsque son père meurt, il se sent pris d'une grande colère contre les dieux. On a ainsi l'impression que pour lui, les dieux se trouvent enrôlés par le processus psychotique lui-même. Malgré tout, la chambre du *pooja* à la maison conserve pour lui une valeur protectrice : « Quand les gens disent : ce gars devrait mourir, je sens le besoin d'aller dans la chambre du *pooja* ». La famille est elle aussi très religieuse. Sa mère fait le commentaire que son fils a toujours été une personne religieuse allant au temple et elle l'encourage à prier.

Ainsi, même dans les cas où le recours au religieux semble impuissant à contenir l'expérience, et est attiré dans l'orbite d'une vision délirante du monde, il témoigne des efforts que font les personnes pour limiter une expérience qui fuit de toutes parts ou pour lui donner un sens. Les gens utilisent ici les ressources présentes dans la culture.

À l'autre pôle, la valeur structurante du religieux

À l'autre extrême, certaines personnes souffrant de psychose mentionnent le soutien important qu'elles trouvent dans la religion.

Ainsi, en continuité avec la foi religieuse qui règne dans sa famille, un jeune homme chrétien remarque qu'il est devenu très religieux après le début de ses problèmes et qu'il va à l'église dans l'espoir d'avoir un meilleur futur. Il lit aussi des livres d'Osho, un gourou indien célèbre; il dit que ce sont de bons livres mais pas pour lui. Une jeune femme hindoue qui rapporte de nombreuses querelles avec son mari et sa belle-famille et qui envisage le futur avec beaucoup de crainte avance : « Ce n'est que si je crois en Dieu que je vais devenir correcte ». Elle ajoute : « Je vais à l'église mais je ne suis pas religieuse... Mais la bible enlève tout trouble ». Dans son cas, sa foi prolonge celle de sa grand-mère à laquelle elle était très attachée et avec laquelle elle a grandi après le divorce de ses parents.

Toujours à ce pôle positif mais dans un autre sens, les personnes souffrantes

« À l'autre extrême, des références religieuses paraissent mobilisées dans le cadre d'une dynamique que l'on peut qualifier de « constructive »; les personnes en parlent comme d'une source de soutien émotionnel significatif... »

un bâtonnet particulier. En faisant appel à la notion de karma, il cherche à inscrire cette dérive dans un certain équilibre, une notion extrêmement valorisée dans la pensée indienne. Toutefois, sa tentative ne semble pas parvenir à stabiliser le glissement : « C'est récemment que j'ai réalisé que je souffre maintenant pour vivre une meilleure existence dans le futur. C'est pour être bien dans la vie que je souffre maintenant... J'ai montré

Sa mère rapporte qu'il a vu à plusieurs reprises la mort en face, lors du décès de sa grand-mère qu'il aimait beaucoup, puis lorsqu'un couple de voisins musulmans s'est immolé par le feu, enfin à la mort de son père. Pour tenter de se rassurer, il fixe une image de Ganesh, le dieu éléphant fortement valorisé dans la pensée hindoue, mais il finit par s'absorber complètement dans cette contemplation. Sa famille le conduit alors

mettent l'accent sur le repos et le calme qu'elles trouvent dans les lieux religieux. C'est le cas pour ce jeune homme qui vit une relation extrêmement conflictuelle et violente avec son père, une violence à laquelle semblent faire écho les voix qu'il entend et qui lui disent : « Ta vie est finie; ton sort est passé ». Son discours témoigne aussi d'une grande porosité des frontières entre lui et le monde. C'est surtout en tant qu'élément associé à un lieu que le religieux semble avoir sur lui un effet apaisant : « J'ai l'habitude d'aller dans des temples et d'y dormir; c'est une place dans laquelle on trouve paix et silence ».

Enfin, une référence à la religion peut aussi épauler la personne dans sa recherche de stabilité et de repères. Un jeune homme hindou nous décrit de manière poignante à quel point sa vie est envahie par une confusion existentielle, une confusion qui attaque profondément son sentiment de soi et sa perception du monde. Il se dépeint comme quelqu'un de pieux, une attitude que sa mère encourage : « Elle me rendait plus pieux... Quand j'allais au temple, j'ai l'impression d'y trouver un espace de moralisation ».

Les récits montrent l'importance des références religieuses chez les personnes interrogées et la diversité des manières par lesquelles le religieux se glisse dans la vie quotidienne. Ils mettent en relief le rôle que de telles références ont dans la vie des personnes, à des degrés de distance variables par rapport à l'expérience psychotique elle-même. Comme c'était le cas à Montréal, il ne s'agit généralement pas d'une adhésion à un groupe religieux ou à un système de croyances avec les pratiques qui l'accompagnent, mais plutôt de la recherche de repères qui aident à s'orienter lorsque tout semble dériver ou quand la réalité se brouille. Rappelons ici que ce sont des personnes vivant leurs premières années de psychose et qui sont suivies dans un centre de traitement dans la communauté.

Il faut encore noter que cette évocation de références religieuses ou spirituelles peut transcender les affiliations religieuses particulières, les personnes pouvant circuler sans problèmes entre les unes et les autres. Les différences de dénomination religieuse sont très rarement perçues comme problématiques. Par ailleurs, dans ce domaine, des conflits ou certains désaccords existent souvent entre les gens atteints de psychose et les

proches; ils impliquent un refus par la personne d'accompagner ses proches dans leurs démarches ou dans les rituels qu'ils accomplissent pour elle, ou encore une compréhension différente du sens et de la portée des références religieuses. On peut ainsi dire que la centralité des références religieuses dans la société indienne contemporaine dessine un champ potentiel de références communes entre proches et personnes souffrantes, mais que la présence de ce champ ne se traduit pas dans des dynamiques consensuelles. On peut faire l'hypothèse que cela exprime, au moins en partie, le souci qu'ont les personnes aux prises avec la psychose de garder une certaine distance par rapport à un risque d'englobement que pourrait accentuer leur participation à un champ religieux commun.

Un Montréal culturellement pluriel

C'est un portrait allant dans le même sens qui se dégage des données recueillies à Montréal auprès de personnes en début de psychose et d'origines culturelles variées, y compris franco- et anglo-québécoise.

D'une interrogation sur le sens de la vie...

Les personnes souffrantes d'origine québécoise tendent à mobiliser des références religieuses dans le contexte d'un questionnement plus général sur le sens de la vie. Comme en Inde, leurs récits témoignent de la position changeante des références religieuses entre un pôle absorbé par la psychose et un autre orienté vers une élaboration de l'expérience. Leurs récits parlent de l'importance de la quête de sens souvent associée à l'expérience de la psychose et de la manière dont les personnes se plongent dans des livres religieux, dans la Bible parfois, dans la prière ou fréquentent des monastères, en quête de points minimaux de certitude qui les aideraient à se situer dans le monde.

... au recours à des références collectives

Toutefois, les personnes souffrantes d'origine africaine et caribéenne et leurs proches donnent une place beaucoup plus grande à des références collectives impliquant des Églises ou des assemblées de fidèles, particulièrement du côté de groupes pentecôtistes ou d'églises chrétiennes dont les fidèles appartiennent essentiellement à la communauté noire. Ainsi, un homme originaire du Ghana,

qui vit dans la crainte de pratiques magiques que l'on pourrait exercer contre lui et auxquelles il attribue la mort récente de son frère au Ghana, relate : « Je vais à l'Église pentecôtiste... les seules personnes qui connaissent mes problèmes sont le pasteur et sa femme. Je lui ai confessé beaucoup de choses. Nous travaillons là-dessus. Nous jeûnons. Nous prions. Le pasteur demande à toute la congrégation de prier pour un ami ».

Ce sont surtout les proches qui font appel à ces assemblées religieuses dans lesquelles ils vont chercher un soutien spirituel qui se concrétise à travers des prières et des chants collectifs. Les membres de ces communautés religieuses peuvent aussi vouloir beaucoup plus directement réintégrer la personne souffrante ou lui donner des conseils, en allant parfois chez elle pour des veillées de prière ou en l'invitant à participer à leurs cérémonies et à leurs rencontres. Ici aussi, les personnes atteintes s'engagent rarement activement dans ces démarches et dans ces rencontres, mais elles apprécient généralement le soutien offert : « Seulement, je ne voulais plus aller à l'église... les gens de l'Église ont compris que moralement, j'étais fatiguée... Ma mère allait à l'église, elle voulait m'aider absolument. Des gens de l'Église venaient me visiter. J'étais toujours contente de les voir. Ils m'ont soulagée avec des prières et des chants, ils m'ont dit de venir à l'église parce que cela va m'aider ». Sa mère commente : « Heureusement, j'avais vraiment une croyance forte, puis je savais que le bon Dieu n'allait pas me laisser tomber plus profond. Le bon Dieu m'a donné la force, j'ai traversé cette épreuve... En Haïti, si la personne est croyante, elle se remet entre les mains de Dieu, elle est supportée par les membres de l'Église ». Les proches parlent beaucoup du soutien qu'ils trouvent dans la prière et en Dieu.

Les paroles de cette mère haïtienne indiquent que les références religieuses peuvent aussi être mobilisées dans le cadre d'une affirmation identitaire. Cette quête de repères d'identité peut aussi faire appel à des références empruntées aux cultures d'origine, comme dans le cas d'une jeune femme qui pense que des pratiques vaudou ont pu contribuer à ses problèmes et veut se rendre en Haïti pour reprendre contact avec sa culture, alors que sa mère est entièrement tournée vers la religion chrétienne et ne comprend pas la quête de sa fille.

Le récit d'une autre jeune femme originaire d'Haïti illustre la complexité du recours à des références spirituelles et la manière dont s'y entrelacent plusieurs plans d'intelligibilité : un pris dans la psychose, un autre qui soutient une quête identitaire et un autre qui a trait à un soutien spirituel. Ainsi, lorsqu'elle décrit son expérience de psychose, la jeune femme déclare avoir vécu la passion du Christ, ou quelque chose de semblable, alors que les gens autour

que d'interpréter ce contenu à partir d'une grille diagnostique.

Une telle écoute est susceptible de nous ébranler quant à ce que nous considérons comme bon ou souhaitable pour des personnes qui souffrent de psychose. Ainsi, la manière dont elles parlent du religieux dans leurs récits, ce qu'elles nous disent de l'importance pour elles de la possibilité de se construire un espace intérieur protégé, le degré auquel

personnes qui vivent cette expérience nous oblige à nous interroger sur ce qui fonde les valeurs qui animent nos programmes, à interroger les modalités et le sens du lien social, à prendre le temps d'une pause, à repenser les modèles que nous cherchons à élaborer d'une façon moins rigide, moins normative. Le défi me paraît alors de pouvoir accompagner et épauler des personnes qui choisissent d'autres voies que les nôtres pour cheminer dans la vie..., de les aider à se rétablir selon la voie qu'elles choisissent⁴.

« La question du caractère pathologique ou non de ces références s'efface alors en faveur d'une exigence d'écoute et de compréhension ... »

d'elles lui semblaient parler arabe. Sur un autre plan, elle se réfère à des racines vaudou : « Avant, je n'y croyais pas parce que ma famille ne m'a pas élevée dans le milieu vaudou. Mais à mon âge, je fais face à mes racines. À travers la psychose, j'ai su d'où je venais. En Haïti, on a nos racines vaudou, c'est tous les ancêtres africains qui avaient des esprits et tout ça puis ces esprits sont restés nos protecteurs. Si tu ne veux pas les servir, ils vont te rendre fou. Je le sais que ça n'avait pas rapport avec ma folie parce que ma folie, ça avait rapport à des gens qui parlent arabe ». Parallèlement, elle trouve aussi un soutien spirituel important dans la religion, mais s'y relie de façon personnelle : « Je me dis, si le Christ est là, je vais sûrement m'en sortir... il a existé pour de vrai... je lui parle d'une autre façon qu'aller à l'église ».

La texture du religieux dans la psychose

Ainsi, à travers les sociétés et les cultures, les personnes souffrant de schizophrénie évoquent la place que la religion ou la spiritualité, des croyances ou des pratiques ont dans leurs tentatives pour apprivoiser le sentiment de dérive et d'anxiété qu'elles vivent, dans leurs efforts pour donner un sens à cette expérience et pour la contenir. La question du caractère pathologique ou non de ces références s'efface alors en faveur d'une exigence d'écoute et de compréhension qui cherche à se situer au plus près de ce que vivent et disent les personnes plutôt

le fait de s'en remettre à Dieu ou au sentiment d'une présence peut les aider à reprendre confiance dans la vie et à se projeter dans un avenir pensable, tout cela vient questionner une certaine vision du rétablissement que l'on tend le plus souvent à définir dans les termes d'une reprise active de pouvoir sur sa situation. Ce que nous disent les personnes souffrant de psychose, ou du moins certaines d'entre elles, parle d'autres moyens possibles de faire son chemin dans le monde... On pourrait dire à plus petits pas ou sans faire grand bruit. Leurs mots évoquent le paradoxe d'un pouvoir sur soi retrouvé par l'entremise d'une suspension de la prise active sur la vie.

Leurs récits nous révèlent aussi le caractère relatif de notre propre appartenance à un monde marqué par des valeurs d'individualisme et d'autonomie, de détermination et de réussite, un monde dont elles se sont souvent distancées ou qui les a mises à l'écart. C'est à une remise en cause similaire que nous ont conduites des entrevues réalisées avec des personnes usagères de ressources alternatives quant à la notion de « réappropriation du pouvoir », ou encore avec des personnes diagnostiquées comme schizophrènes quant à celle d'« intégration sociale ». Si la psychose vient ébranler fondamentalement les repères à partir desquels les êtres humains construisent leur monde, les voies qui permettent d'apprivoiser cette expérience ne sont souvent pas les plus évidentes ou les plus communes. Écouter et entendre des

Des travaux réalisés dans diverses cultures indiquent que les personnes qui souffrent de schizophrénie tendent à se référer le plus souvent de manière oblique à des références culturelles centrales, maintenant par rapport à elles ce mélange de proximité et de distance à l'œuvre dans ce que nous avons qualifié de retrait positif. L'expérience de la psychose est colorée par un sentiment d'étrangeté par rapport au monde commun et l'un des enjeux de l'élaboration de l'expérience semble être de retrouver une certaine place dans le champ social et culturel tout en demeurant en marge des façons de faire communes. On a cependant l'impression que la disponibilité dans la culture de références permettant d'élaborer et de penser l'étrangeté de l'expérience contribue à l'apprivoiser quelque peu et dessine en pointillés une possibilité de résonance avec l'entourage. Le champ du religieux est loin d'être homogène dans une société donnée et les personnes souffrantes jouent de cette hétérogénéité pour soutenir à la fois leur différence et leur appartenance.

On se dit aussi que toutes les sociétés n'offrent pas aux personnes le même degré de soutien dans leur quête de spiritualité et de religion. Le défi est ici de soutenir cette quête en y étant attentif, en acceptant de l'entendre, d'être réceptif à la manière dont ces personnes trouvent dans la religion et la spiritualité un soutien et une réponse à des questions que nous sommes nous-même, comme professionnel ou comme personne, le plus souvent impuissant à affronter, ou que nous mettons de côté dans notre vie. L'écoute attentive de personnes vivant une expérience de psychose peut nous apprendre beaucoup sur elles, mais aussi sur nous-même et sur le monde.

4 Pour plus de renseignements sur la notion de réappropriation du pouvoir, vous pouvez consulter : Corin, E., L. Rodriguez del Barrio et L. Guay. (1996). Les figures de l'aliénation. Un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale communautaire* (numéro spécial sur « Pouvoir, oppression et santé mentale »), 15(2), p. 45-67.

La psychothérapie par la pleine conscience

Par Nancy Poirier, psychologue, Programme des troubles bipolaires, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Verdun

Introduction et historique

Nous sommes actuellement plongés dans l'ère des psychothérapies dites de la « troisième vague ». Après les vagues successives des thérapies comportementales puis cognitives, la nécessité de composer d'une nouvelle manière avec la complexité des émotions humaines se fait sentir. La psychothérapie par la pleine conscience (*Mindfulness*) s'inscrit dans cet effort contemporain (Cottraux, 2007). Mais qu'est-ce que la pleine conscience? Quelles en sont les applications en santé mentale? Que sait-on de son efficacité? Quelle est la place de cette approche au Québec? Ces diverses questions seront abordées dans le présent article. L'auteur en traitera à partir de son expérience en tant qu'instructeur de la *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) ou, en français, « thérapie cognitive basée sur la pleine conscience », une forme particulière de cette discipline.

La pleine conscience n'est pas du tout un nouveau concept, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Ses origines remonteraient à des milliers d'années. Les pratiques méditatives traditionnelles bouddhistes auraient toujours encouragé une conscience accrue du moment présent (Kabat-Zinn, 1991).

Plus près de nous, l'engouement pour la gestion du stress semble avoir commencé vers la fin des années 70, notamment avec l'ouvrage du cardiologue Herbert Benson, *The Relaxation Response* (1976). Par après, un biologiste, Jon Kabat-Zinn, a mis sur pied un programme utilisant les principes de la pleine conscience pour aider les gens souffrant de douleurs chroniques ou de maladies exacerbées par le stress. Le programme, nommé *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR), comprend des exercices pour entrer en contact avec les sensations corporelles (balayage corporel),

de la méditation assise et du yoga très doux (hatha yoga). Aussi, des exercices de pleine conscience des activités quotidiennes sont incorporés afin que l'approche soit davantage une manière d'être plutôt qu'une « technique » de gestion du stress ou de la douleur. Cette méthode est aujourd'hui utilisée en rapport avec des problèmes aussi divers que les maladies coronariennes ou la rage au volant.

Le Dr Kabat-Zinn définit ainsi la pleine conscience : « une façon particulière de porter attention : volontairement, dans le moment présent et sans juger (1991) ». Elle inclurait une qualité de compassion, une présence amicale et intéressée à ce que l'on vit. Il faut noter que les mots « esprit » et « cœur » seraient des synonymes dans certaines langues asiatiques (Kabat-Zinn, 2003). L'attention porte d'abord sur la respiration et le corps qui deviennent des ancrages pour demeurer dans le moment présent. À un stade plus avancé, le champ de la conscience peut être étendu aux pensées, aux émotions... Il s'agit d'une gymnastique constante où l'on ramène l'attention vagabonde vers le centre de la conscience. Le mode « être » est privilégié au mode « faire » (Kabat-Zinn, 1991). Les participants apprennent entre autres qu'il est normal que « l'esprit » erre, et qu'au lieu de combattre ce phénomène universel, il est préférable d'en prendre conscience et de l'observer pour l'accepter.

Dans ce contexte, l'apprentissage progresse surtout par une assimilation expérientielle. L'instructeur guide les membres du groupe, manifeste une curiosité bienveillante envers leur vécu. Il permet aux participants de faire leurs propres prises de conscience, ce qui leur sera d'autant plus profitable. Nous pouvons alors comprendre l'importance primordiale que l'instructeur doit apporter à sa propre pratique. Il ne parle pas seulement de pleine conscience mais la personnifie de façon tangible.

Marsha Linehan (1993) a été la première à intégrer ces principes au sein de la psychiatrie, pour la thérapie dialectique visant à aider les clients souffrant de trouble de la personnalité limite (TPL).

Cependant, le nouveau programme ayant retenu le plus l'attention est sans contredit le MBCT, conçu par le psychologue torontois Zindel Segal, avec l'aide de deux psychologues britanniques (Mark Williams et John Teasdale). Ces chercheurs désiraient un programme structuré de psychothérapie cognitive comportementale permettant d'éviter la rechute chez des sujets ayant déjà subi une dépression majeure et récupéré après celle-ci (Segal et coll., 2006). Il semble que dans cette population, plus les gens auraient vécu d'épisodes de dépression, plus les pensées négatives, les émotions difficiles et les souvenirs douloureux seraient interreliés, créant ainsi un genre de cercle vicieux. Les pensées négatives entraîneraient des émotions dysphoriques, qui réveilleraient à leur tour d'autres pensées ou souvenirs, etc. Le tout apparaît souvent sous la forme de ruminations. Les liens neurochimiques entre ces éléments (pensées, émotions, souvenirs, ...) deviendraient plus fortement reliés dans le cerveau avec le nombre d'épisodes (Post, 1992). Comment sortir de ce cercle vicieux? La réponse à ces émotions dysphoriques, c'est-à-dire lorsque la personne commence à ressentir les symptômes annonciateurs ou précurseurs d'une dépression, semble déterminante pour faire la différence entre une rechute dépressive ou un retour vers la stabilité. Ces éléments de recherche ont donc orienté nos psychologues vers Marsha Linehan, Jon Kabat-Zinn, puis un virage inattendu...

Objectifs et buts

Les principes de la pleine conscience diffèrent de ceux de la thérapie cognitive traditionnelle. Au lieu de tenter de changer les thèmes de la

pensée, de débattre du réalisme des perceptions, la pleine conscience suggère plutôt de considérer notre vécu expérimentiel comme un phénomène transitoire, en changement constant. Le but devient alors de simplement observer les pensées, les émotions, les sensations physiques qui vont et viennent, moment par moment, dans le présent.

Au fur et à mesure des rencontres, des instructions sont données aux participants pendant la méditation pour qu'ils fassent surgir volontairement à leur conscience un souci, une difficulté ou un souvenir déplaisant. Ils doivent observer par exemple leurs pensées comme s'ils regardaient un écran de cinéma, laisser émerger et ressentir du mieux qu'ils peuvent les émotions, les sensations physiques. Ce détachement, ou recul, s'accompagne des attitudes classiques prônées en MBSR, soit la curiosité, l'absence de jugement par rapport à l'expérience, la bienveillance, l'acceptation de tout ce qui se manifeste, le laisser-aller... Le but implicite est d'aider à diminuer les réactions intenses d'attachement ou d'aversion à l'expérience, ce qui, dans la philosophie traditionnelle bouddhiste, serait responsable des sentiments de souffrance. Donc, il semble que ce soit davantage la RELATION au vécu qui est modifiée.

précurseurs de rechute, concevoir des plans d'action...). À titre d'exemple, voici brièvement les thèmes des huit séances du MBCT :

- Séance 1 Le pilote automatique
- Séance 2 Gérer les obstacles
- Séance 3 Respiration et pleine conscience
- Séance 4 Demeurer présent
- Séance 5 Permettre/Laisser être
- Séance 6 Les pensées ne sont pas la réalité
- Séance 7 Comment puis-je prendre soin de moi?
- Séance 8 Utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures

Applications en psychothérapie individuelle

La pleine conscience semble rejoindre le cœur des psychothérapies les plus connues. Il peut être intéressant d'établir un parallèle avec des concepts comme « l'attention flottante uniforme » de Freud, la « décentration » chez Piaget, ou encore l'« *awareness* » des gestaltistes. Un thérapeute

décatastrophisation des pensées, des émotions, des sensations corporelles.

Cependant, le Dr Zindel Segal ne conseille pas l'application intégrale du MBCT en psychothérapie individuelle (communication personnelle). Le groupe constitue un moteur puissant pour le programme qui serait occulté en individuel. Ceci dit, plusieurs principes de pleine conscience peuvent quand même être intégrés aux séances classiques et seraient mêmes essentiels au changement thérapeutique. Les praticiens d'expérience savent combien la qualité de l'écoute, la capacité de saisir ce qui n'est pas consciemment verbalisé, l'attitude de non-jugement, sont des conditions *sine qua non* pour que le client accepte de communiquer avec sa partie souffrante et s'engage dans une démarche de changement. Donc, le thérapeute qui adopte une attitude non verbale calme et acceptante invite le client à se regarder. Aussi, employer la parole pour aider le client à voir ce qui se passe « ici et maintenant », par une attitude de curiosité, interroger celui-ci par rapport aux sensations physiques de son expérience aiderait à « digérer émotionnellement » le matériel souffrant (Teasdale, 1999; Wallin, 2007). Le lecteur peut également se référer au livre de Germer et coll. (2005) pour des exercices applicables en entrevue individuelle.

Face à lui-même, le thérapeute peut cultiver la pleine conscience. Par exemple, il peut encourager sa curiosité envers ses contretransferts (pendant les entrevues et hors de celles-ci) et à l'égard de son expérience en général. Aussi, il peut apprendre à se traiter avec la même bienveillance qu'il accorde d'emblée à ses clients...

La pleine conscience et la recherche...

En santé mentale, il appert que la pleine conscience s'avère utile pour soulager divers problèmes, bien que la recherche soit encore à un stade précoce (Baer, 2005). Nous avons déjà mentionné le TPL. Avec la clientèle atteinte de ce trouble, les auteurs suggèrent des exercices de courte durée, considérant sa fragilité psychique (Linehan, 1993). D'autres exemples d'applications (pour n'en nommer que quelques-unes) incluraient les troubles anxieux (revue de Evans, 2007), les abus de substances

« Au lieu de tenter de changer les thèmes de la pensée, de débattre du réalisme des perceptions, la pleine conscience suggère plutôt de considérer notre vécu expérimentiel comme un phénomène transitoire, en changement constant. »

Les sujets apprennent à accueillir les expériences agréables comme désagréables sans trop s'y attacher. L'être humain cherche naturellement à s'accrocher à ce qui est agréable et à fuir ce qui ne l'est pas.

En plus d'avoir conservé les mêmes exercices qu'en MBSR, des interventions psychoéducatives et comportementales complètent le programme (mieux connaître le « territoire » de la dépression, identifier les symptômes

d'orientation psychodynamique pourrait dire que nous assouplissons les défenses, que nous diminuons le refoulement et qu'être attentifs aux sensations physiques donne une voix à du matériel préverbal. Un thérapeute humaniste serait tenté de croire que l'on essaie de recréer un *pattern* vu chez les gens ayant un attachement sécurisé (Wallin, 2007). Les thérapeutes d'approche cognitive comportementale parleraient plutôt d'exposition intéroceptive, de désensibilisation, de

(Hoppes, 2006), la dépression chez les personnes âgées (Smith et coll., 2007), les troubles de l'alimentation (revue de Baer, 2005).

Des auteurs comme Semple (2005) et Zylowska (2008) se sont quant à eux intéressés à l'utilité de la pleine conscience pour les enfants. Il semble encore une fois que les résultats soient prometteurs. Cependant, les protocoles cliniques ont dû être adaptés à cette clientèle. À titre d'exemple, les enfants souffrant d'un déficit d'attention avec hyperactivité bénéficieraient d'exercices progressifs de méditation assise (allant de 5 à 15 minutes par jour), avec le droit de leur substituer de la marche en pleine conscience (Zylowska, 2008).

Les résultats du MBCT

Les résultats de la recherche ont été prometteurs dès le début. Pour les sujets ayant subi trois épisodes ou plus de dépression majeure, le MBCT aurait diminué le taux de rechute de près de la moitié, comparativement à des personnes assignées au traitement usuel (évaluation chaque mois par un psychiatre, sans médicaments, avec un bref soutien) (Teasdale et coll., 2000).

Ensuite, le même groupe de chercheurs a voulu reproduire les résultats et s'est intéressé à la manière dont le programme fonctionnait. Deux concepts déjà connus ont été étudiés pour établir leur lien avec le processus. Premièrement, la *conscience métacognitive*, qui signifie détenir une meilleure capacité de recul, avoir davantage accès et plus rapidement aux pensées et aux émotions négatives, et les attribuer de façon plus nuancée (Teasdale et coll., 2002). À l'inverse, moins de conscience métacognitive impliquerait que l'on pose des étiquettes plus globales (par exemple : « Tout le monde me déteste » au lieu de « Je n'ai pas été invité par Charles à l'anniversaire de Catherine et cela m'a blessé ». Ce concept peut être mesuré au cours d'une entrevue par un instrument appelé *Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory* (MACAM) (Moore et coll., 1996). Teasdale (2002) et ses collègues ont trouvé moins de conscience métacognitive dans les souvenirs des sujets ayant partiellement récupéré d'une dépression majeure considérés à haut risque de rechute que chez les sujets du groupe contrôle

non déprimés. Le niveau de conscience n'était cependant pas relié à la sévérité de la dépression. Donc, il n'en était pas un symptôme. De plus, si les clients suivaient une psychothérapie de groupe cognitive comportementale, et

réussissaient à avoir accès à un nouvel ensemble de cognitions pouvant les aider à gérer les pensées et les émotions négatives, ils rechutaient moins que les autres. Dans la même étude, il a été établi que le MBCT diminuait le taux de rechute en dépression (plus de la moitié) en augmentant justement la conscience métacognitive. Les résultats étaient donc encore meilleurs qu'en 2000.

Le second concept étudié par ce groupe concerne la *mémoire autobiographique*. Il réfère aux événements du passé que les sujets essaient de retracer dans leur mémoire. En temps normal, nous avons d'abord accès à des descriptions générales dont nous nous servons ensuite pour retrouver des détails plus précis. Plusieurs recherches montrent que les clients déprimés auraient de la difficulté à passer de façon fluide à travers ce processus, donc qu'ils auraient une tendance à être non spécifiques. Leur mémoire semble échouer prématurément dans la recherche d'un événement spécifique, s'arrêtant à un stade plus général (Williams, 1996).

La mémoire « surgénéralisée » (comme on peut l'appeler) serait associée à un plus grand nombre de tentatives de suicide et de dépressions majeures (Kuyken and Brewin, 1995), de déficits dans la résolution de conflits interpersonnels (Evans et coll., 1992), de désespoir (Williams et coll., 1996), de temps de récupération pour la dépression majeure (Brittlebank et coll., 1993). De plus, le processus de surgénéralisation dans la mémoire serait lié à une plus grande fréquence d'intrusions de souvenirs

douloureux du passé, comme l'abus physique ou sexuel, suggérant un effort pour réprimer ou éviter ces souvenirs, ou pour gérer du matériel émotionnel potentiellement menaçant (Williams et coll., 2000). Cette étude a démontré

« Pour les sujets ayant subi trois épisodes ou plus de dépression majeure, le MBCT aurait diminué le taux de rechute de près de la moitié, comparativement à des personnes assignées au traitement usuel... »

que la surgénéralisation par la mémoire serait considérablement améliorée par le MBCT. Cette approche aiderait les clients à ne pas éviter leur vécu, mais plutôt à l'accueillir sans juger. Cela encouragerait aussi un encodage plus spécifique de l'information et un repérage plus rapide, en contrecarrant la tendance à faire avorter le processus.

Une autre étude intéressante par Ma et Teasdale (2004) visait à vérifier si les sujets ayant vécu trois rechutes dépressives ou plus (qui réagiraient mieux au programme MBCT) constituaient une population distincte de ceux ayant expérimenté un ou deux épisodes. Les sujets ont donc été assignés soit au groupe MBCT plus traitement usuel, soit au groupe traitement usuel seulement. Différentes mesures de dépression (HAM-D, BDI), des questionnaires sur le style parental (*Measure of Parenting Styles* ou MOPS) et sur les événements de vie (*Life Events*) ont été administrés. De nouveau, le programme MBCT a diminué de plus de la moitié le taux de rechute comparativement au groupe contrôle. Cette réduction était surtout notable pour les sujets n'ayant pas eu d'événements de vie précipitants. Fait intéressant, ceux ayant déjà subi trois épisodes ou plus de dépression ont rapporté davantage d'expériences précoces relatives à l'indifférence et à des abus de la part des parents que les membres du groupe contrôle. Ces résultats suggèrent donc que les personnes ayant souffert de trois épisodes ou plus de dépression majeure constituent une population différente, avec des besoins spécifiques, qui semble bénéficier davantage du MBCT.

Les effets physiologiques

Les bénéfices de la pleine conscience sur le plan physiologique sont de plus en plus documentés. À titre d'exemple, Lazar et coll. (2005) ont montré que la pratique régulière de la méditation en pleine conscience serait associée à un volume accru de certaines sous-régions cérébrales, bien que le volume total soit identique entre les sujets et le groupe contrôle. De plus, l'amincissement du cortex cérébral avec l'âge serait moins rapide chez les gens méditant régulièrement.

Barnhofer (2007), quant à lui, a réussi à démontrer que le MBCT aiderait les personnes précédemment suicidaires à maintenir des ondes cérébrales équilibrées à l'électroencéphalogramme ou EEG.

D'autres études (Davidson et coll., 2002; Carlson et coll. 2003) ont suggéré certains bénéfices du MBSR pour le système immunitaire.

Le lecteur pourrait également être intéressé par les études effectuées auprès des moines bouddhistes cumulant plusieurs années de pratique méditative. Celles-ci sont très bien résumées dans le livre *Plaidoyer pour le bonheur* de Matthieu Ricard. Il cite entre autres le cas de Öser, un moine ne démontrant aucun réflexe facial lors d'un bruit imitant un coup de fusil...

La pleine conscience au Québec

La pleine conscience semble susciter de plus en plus d'engouement au Québec. De nombreux intervenants et chercheurs s'y intéressent maintenant. Certains se forment au MBSR ou au MBCT. D'autres

organisent des psychothérapies de groupe incluant des exercices ou du moins des notions de pleine conscience.

À l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, nous avons commencé il y a environ un an des groupes de MBCT pour nos clients souffrant de troubles bipolaires. Étant donné le manque de psychothérapies reconnues pour cette

selon l'idée de « tout ou rien ») dans leur pratique des exercices. Par exemple, plusieurs disent « Si je ne pratique pas tous les jours, c'est un échec ». Souvent, le résultat est une baisse de la motivation, une peur de l'échec. Cela rejoint les enjeux de performance que nous observons chez notre clientèle, un désir souvent exagéré (et inconscient) de compenser les longues périodes d'invalidité. Nous devons

« La pleine conscience représente finalement un mode de vie, une alternative, voire un antidote en pleine expansion dans notre société consumée par le stress et les enjeux de performance. Elle vise davantage à changer non pas notre personne, mais notre relation à nous-même, et par conséquent aux autres. »

clientèle (Yatham, 2005) et le fait que le MBCT semble aider surtout les clients avec des épisodes dépressifs récurrents (donc plus de type « biologique »), le défi nous semblait attrayant. Nous devons cependant être vigilants face aux clients dotés d'un potentiel psychotique ou dissociatif. Notre expérience clinique nous a enseigné que certains clients peuvent ressentir, par exemple, des symptômes de dépersonnalisation en pratiquant la relaxation musculaire progressive. Nous avons aussi établi plusieurs autres critères d'inclusion/exclusion, dont la motivation, la stabilité de l'état clinique et le profil de symptômes. Donc, après une démarche de sélection, les clients sont évalués avant, pendant et après l'activité de groupe sur des mesures d'humeur, d'anxiété, de sommeil et de pleine conscience. Les données sont présentement analysées et nous espérons publier les résultats au cours de la prochaine année. Cependant, nous pouvons déjà dire que le programme (adapté) a été très bien reçu et qu'aucune réaction négative n'a été observée. Les clients semblent apprécier particulièrement le balayage corporel pour ses propriétés anxiolytiques et soporifiques. La méditation assise serait plus difficile, car le « vagabondage de l'esprit » serait au contraire particulièrement anxiogène. Nous observons aussi chez eux beaucoup de rigidité cognitive (tendance à penser

donc pallier aussi certains manques de mentalisation. D'autres investigations sont naturellement nécessaires pour étoffer nos connaissances. Une collaboration de recherche est aussi envisagée avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

CONCLUSION

La pleine conscience représente finalement un mode de vie, une alternative, voire un antidote en pleine expansion dans notre société consumée par le stress et les enjeux de performance. Elle vise davantage à changer non pas notre personne, mais notre relation à nous-même, et par conséquent aux autres. Voici à titre d'exemple le commentaire d'une participante bipolaire à la fin d'un groupe de MBCT : « J'ai toujours de l'anxiété présente le matin... Mais, en adoptant davantage une attitude de bienveillance envers moi-même, je suis capable maintenant de me lever et profiter davantage de ma journée ».

S'arrêter un peu plus à regarder la vie de façon consciente permet d'apprendre à profiter des moments positifs et à mieux gérer les moments difficiles. Si nous pouvions être juste un peu plus présent à nous-même et aux autres, nous en retirerions tous des bénéfices surprenants.

Avis aux artistes!

Nous recherchons des œuvres de personnes utilisatrices pour illustrer la **une** du partenaire.

* Pour faire parvenir vos photos ou pour de l'information :
esamson.aqrp@qc.aira.com

Les œuvres qui paraissent à la une sont sélectionnées par le comité d'édition.
Un montant de 100 \$ est remis à l'artiste pour les droits de diffusion.

BIBLIOGRAPHIE

- Baer, R. A., S. Fischer et D. B. Huss. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behavior Therapy*, 23(4), 281–300.
- Barnhofer, T. et coll. (2007). Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals. *NeuroReport*, 18(7), 709–712.
- Beck, A. T. et coll. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. New York, HarperTorch.
- Brittlebank, A. D. et coll. (1993). Autobiographical memory in depression : state or trait marker? *The British Journal of Psychiatry*, 162, 118–121.
- Carlson, L. E. et coll. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448–474.
- Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris, Masson.
- Davidson, R. J. et coll. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570.
- Evans, J. et coll. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399–405.
- Evans, S. et coll. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716–721.
- Germer, C. K., R. D. Siegel et P. R. Fulton. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, The Guilford Press.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 12, 56–62.
- Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrums*, 11(1), 829–841, 846–851.
- Horowitz, M., N. Wilner et W. Alvarez. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York, Delta Trade Paperbacks.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kuyken, W. et C. R. Brewin. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585–591.
- Lazar, S. W. et coll. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893–1897.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, The Guilford Press.
- Ma, S. H. et J. D. Teasdale. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression : replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40.
- Moore, R. G., H. Hayhurst et J. D. Teasdale. (1996). *Measure of awareness and coping in autobiographical memory : Instructions for administering and coding*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Cambridge.
- Parker, G., M. Tupling et C. Brown. (1979). A parental bonding instrument. *The British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149.
- Ricard, M. (2003). *Plaidoyer pour le bonheur*. Paris, Nil Éditions.
- Segal, Z. V., J. M. G. Williams et J. D. Teasdale. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles, De Boeck.
- Semple, R. J., E. F. G. Reid et L. Miller. (2005). Treating anxiety with mindfulness : an open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379–392.
- Smith, A., L. Graham et S. Senthinathan. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people : a qualitative study. *Aging and Mental Health*, 11(3), 346–357.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl. 1), S53–77.
- Teasdale, J. D. et coll. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275–287.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, The Guilford Press.
- Williams, J. M. G. et coll. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, 24, 116–125.
- Williams, J. M. G. et coll. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 150–155.
- Williams, M. et coll. (2007). *The mindful way through depression*. New York, The Guilford Press.
- Yatham, L. N. (2005). Diagnosis and management of patients with bipolar II disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl. 1), 13–17.
- Zylowska, L. et coll. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746.

L'AQRP sollicite votre imagination pour **trouver un nom** au bulletin de liaison qu'elle produira sous peu et qui sera distribué principalement aux membres. Sous format numérique, cette publication aura pour but de créer un lien entre l'AQRP et ses membres, d'informer ces derniers sur les activités et les actions de l'Association, et de donner quelques nouvelles du réseau.

Soumettez-nous vos suggestions par courriel à srousseau.aqrp@qc.aira.com avant le 21 septembre 2009 en indiquant « Concours » à la rubrique Objet.

Ce concours est réservé aux membres de l'AQRP.

CONCOURS

Le gagnant
recevra un montant
de **200 \$.**

La spiritualité au cœur de l'intervention en santé mentale

Par George Bastien, intervenant en soins spirituels

Lettre à mes pairs, aux pairs aidants et à toute personne touchée par la maladie mentale

Chers amis,

Pourquoi sommes-nous tous, à des degrés divers, affectés sur le plan de la santé mentale? Est-ce parce que la vie est souvent difficile et que notre santé mentale est intimement reliée à la manière dont nous accueillons ou subissons la réalité quotidienne? L'intervention spirituelle se vit au cœur de la certitude qu'il est possible de trouver un sens à ce que nous vivons. En offrant notre disponibilité à une personne, nous pouvons créer avec elle un espace pour laisser émerger un bien-être. C'est souvent à travers notre relation avec l'autre que cela se manifeste.

Dans la présente lettre, je désire simplement partager avec mes pairs, les pairs aidants et toute personne touchée directement ou indirectement par la maladie mentale ce qui est au centre de mon expérience d'intervention spirituelle en santé mentale. Je ne cherche pas à communiquer quelque chose de nouveau, mais je vous invite à regarder autrement la réalité qui vous habite, en particulier quand vous êtes affecté vous-même ou que vous êtes en relation avec une personne touchée quant à sa santé mentale. Je suis un intervenant en soins spirituels ayant un intérêt particulier pour la santé mentale; mon expérience est enracinée profondément et intimement dans mon cheminement de vie personnelle et professionnelle.

L'idée d'écrire cet article sous la forme d'une lettre m'est venue d'un bon ami, après que je lui ai exprimé ce que je désirais transmettre en acceptant l'invitation du partenaire.

J'exerce ma profession d'intervenant en soins spirituels dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Je travaille habituellement en neurologie et en neurochirurgie, et je réponds aux demandes en psychiatrie. Lorsque je suis de garde, je suis appelé auprès de gens des autres unités de soins, ayant diverses maladies, à des phases différentes d'évolution. Je suis éminemment sensible aux similitudes que j'observe entre les soins palliatifs et la psychiatrie.

En soins palliatifs, la médecine est parvenue à contrôler assez bien la douleur physique. Ce qui domine généralement est la souffrance morale et psychique des personnes en fin de vie et de leurs proches.

En psychiatrie, nous sommes plongés de plein fouet dans cette souffrance spirituelle. Dans ces deux milieux, je décele régulièrement les personnes les plus ouvertes et celles qui nous scrutent le plus profondément; les premières en raison de la proximité de la mort et les autres parce que leurs troubles perdurent dans le temps. Avec toutes, c'est en les aimant telles qu'elles sont que j'interviens le plus librement.

Au risque de vous paraître candide, j'ose affirmer ici que l'intervention spirituelle en santé mentale – bien que ce ne soit pas exclusif à ce champ – est d'abord et avant tout un acte d'amour. Cette allégation me vient de mon expérience personnelle et professionnelle de la maladie mentale. Il y a plusieurs années, lors d'un colloque sur le processus de rétablissement et de reprise du pouvoir d'agir des usagers, le conférencier a demandé aux gestionnaires de se lever, ce que j'ai fait, car j'étais alors directeur d'un organisme communautaire en santé mentale. Par la suite, il nous a fait asseoir et a invité les intervenants en santé mentale à se mettre debout, ce que j'ai encore fait en tant qu'intervenant communautaire en santé mentale

depuis encore plus longtemps. Je me suis levé une troisième fois avec les familles et les proches ayant de la parenté et des amis souffrant de troubles de santé mentale, puis une fois encore avec les personnes ayant expérimenté la maladie mentale (j'avais vécu une dépression majeure en 1996-1997). Dans chacune de ces situations, c'est par amour de l'autre, de la vie, de Dieu et de moi-même que j'ai pu cheminer et acquérir mon expérience de la trame et des méandres de la santé mentale.

Dans les lignes qui suivent, je tenterai d'exposer comment je conçois et pratique la spiritualité dans l'intervention en santé mentale. Une première partie plus générale sur la spiritualité, la psychiatrie et l'intervention spirituelle en santé mentale sera suivie par des exemples très sommaires d'interventions spirituelles. Par la suite, j'insisterai brièvement sur l'importance de la collaboration entre les intervenants en soins spirituels et ceux en santé mentale pour le bien des utilisateurs de services, afin de mieux les accompagner sur le chemin du rétablissement et de la reprise d'un certain pouvoir sur la réalité. Enfin, je reviendrai sur l'intervention spirituelle en santé mentale, pour laisser transparaître comment l'amour des autres, de soi et de Dieu (ou de votre référence au transcendant) est intimement lié. Nous pourrions entrevoir comment le fait d'en prendre conscience peut être bénéfique pour tous les acteurs touchés. En épilogue, je lancerai une réflexion autour du risque de professionnaliser à outrance la pratique des soins spirituels.

Dans un entretien intitulé L'oraison sur la vie¹, Maurice Zundel réfère au bien, non pas comme quelque chose à faire, mais comme quelqu'un à aimer. Je pense qu'intervenir en spiritualité en santé mentale est d'abord d'entrer en relation avec une personne qui souffre au plus profond d'elle-même et de l'aimer. Voilà le cœur de l'intervention spirituelle dans le milieu de la santé et en particulier dans celui de la santé mentale. Lorsque nous aimons vraiment l'autre, ce que nous pouvons faire pour l'aider devient plus clair, tout en le laissant être lui-même. Nous ne sommes pas loin de la liberté qui transcende la réalité souffrante. Dans cette partie de la lettre, chers amis, je désire vous entretenir de la spiritualité, de mon expérience de la psychiatrie et de l'intervention spirituelle en santé mentale.

Lorsque nous parlons de la spiritualité ici, elle ne se limite pas au religieux mais peut l'inclure lorsque cela est présent et significatif pour la personne que nous accompagnons. Elle est aussi unique que l'est chaque personne. Je pense à une jeune fille qui souffrait depuis quatre ans de douleurs atroces à la moelle épinière. Pour être soulagée, elle avait besoin de fortes doses de narcotiques. Tout son entourage était las de ses plaintes. Elle découvrait un sens à sa vie à partir de l'amour de ses chiens : « Ils ne se tannent jamais de mes pleurs ». L'accompagnement spirituel a commencé là avec elle. J'aime dire, en quelque sorte, que je préfère quelqu'un de spirituel mais de non religieux à quelqu'un de religieux mais de non spirituel.

Les écrits en santé mentale nous apprennent (et la pratique nous le confirme) que les personnes affectées par la maladie mentale vivent mieux lorsqu'elles ont de bonnes relations avec leurs proches, un bon suivi médical et un bon soutien dans la communauté. De plus en plus, les études indiquent l'effet positif de la spiritualité pour la santé en général et particulièrement pour la santé mentale. Les interventions en santé mentale doivent alors tenir compte des dimensions biopsychosociales et spirituelles des personnes. Ainsi, nous pouvons éviter de réduire quelqu'un à son diagnostic et puiser dans ce que nous avons en commun pour cheminer à ses côtés le plus humainement et spirituellement possible.

Le travail de l'intervenant en soins spirituels auprès des personnes souffrant de maladie mentale ne peut pas se faire sans qu'il cultive sa propre spiritualité. C'est en puisant dans nos ressources intérieures jumelées à nos connaissances en santé mentale que nous pouvons accompagner l'autre plus pertinemment sur la voie d'un rétablissement possible.

1 Les Cahiers carmélitains, vol. 11, octobre 1951, Monastère Sainte Thérèse de l'Enfant-Jésus, Le Caire.

Un rôle commun à l'intervenant en santé mentale et à celui en soins spirituels est d'accueillir la personne souffrante et de l'aider dans son rétablissement. Un rôle spécifique à l'intervenant en soins spirituels est de discerner avec la personne s'il y a pertinence de soins spirituels ou religieux pour elle.

« Pour la première fois, je réalise que l'amour de Dieu est plus grand que ma faute », s'est exclamé Michel, dans la joie, quelques jours avant son congé de la psychiatrie. Il avait imaginé qu'il était impardonnable après avoir inversé, dans un moment de colère contre Dieu, un rite personnel qu'il pratiquait quotidiennement chez lui. Sa culpabilité l'avait rongé au point de le faire basculer dans une dépression psychotique. Intervenant auprès de lui, de concert avec son neuropsychiatre (parce qu'il avait fait une convulsion), c'est en l'aimant qu'il est parvenu graduellement à croire de nouveau à l'amour de Dieu, à s'aimer, à se pardonner et à retrouver la paix.

« Pour la première fois, je me suis sentie comprise », m'a dit Jacqueline à la veille de son congé. Des événements l'avaient rendue rigide, méfiante et réfractaire aux traitements. Elle était régulièrement hospitalisée en psychiatrie. À travers un accompagnement spirituel dans lequel elle se sentait accueillie, acceptée et aimée telle qu'elle est, elle a pu faire des pas dans son amour de soi et commencer à s'ouvrir aux autres.

« Je me sentais abandonnée et seule, et tu m'as réconfortée », me disait au téléphone Marie après son congé de l'hôpital. Plongée depuis sa tendre enfance dans des relations problématiques et élevée par ses parents pour être parfaite, elle avait besoin d'être aimée pour elle-même afin de pouvoir s'aimer elle-même avec ses forces et ses faiblesses, sa beauté et ses dragons.

Ce sont des exemples d'interventions spirituelles dans lesquelles la place centrale que prennent la relation et l'amour auprès de ces personnes est manifeste. La spiritualité au cœur de l'intervention en santé mentale est là. Il n'est pas question ici d'être simplet, mais d'être simple. Et puisque simplicité n'égale pas facilité, c'est une raison de plus pour ne pas complexifier les choses. L'important est de ne pas faire de compromis sur l'essentiel : aimer, donner l'espace à la personne pour qu'elle puisse se révéler en toute confiance, telle qu'elle est, et être aimée ainsi. Certes, il est nécessaire d'acquérir une bonne formation en spiritualité et santé mentale, mais cela ne suffit pas. Il faut aimer. Si vous êtes intimidé et que vous hésitez à intervenir, il faut reconnaître qu'il y a beaucoup plus de ressemblances que de différences entre quelqu'un aux prises avec un problème de santé mentale et quelqu'un qui n'est pas malade. Éviter d'intervenir peut contribuer au phénomène de la stigmatisation. Intervenir sans tenir compte de la globalité de la situation peut exacerber le problème.

Tous les intervenants en soins spirituels sont appelés, tôt ou tard, à intervenir auprès de personnes touchées par la maladie mentale, car elles ne se retrouvent pas seulement hospitalisées dans les unités de psychiatrie. Face à l'impuissance ressentie par rapport à la particularité de l'intervention spirituelle en santé mentale, il ne s'agit pas de faire l'autruche, ni d'être téméraire. Parfois, ne pas intervenir immédiatement est de rigueur; d'autres fois, la confiance dans l'intervention est indiquée. C'est toujours une question de discernement.

J'insiste sur la nécessité d'une collaboration sensible et patiente entre les intervenants en soins spirituels et ceux en santé mentale pour le bien des utilisateurs de services. Nous devons dissiper l'anxiété et les craintes, de part et d'autre, outrepasser la méfiance et les perceptions erronées, afin de favoriser le processus de rétablissement et de reprise du pouvoir d'agir des usagers. Cette collaboration présuppose une reconnaissance mutuelle, le respect et la confiance face aux différences dans l'intervention. Le rôle de l'intervenant en soins spirituels auprès de la personne hospitalisée en psychiatrie est d'entrer en relation avec elle sur le plan de la spiritualité et de l'accompagner.

Je ne me souviens plus où j'ai puisé la pensée suivante de Saint-Augustin que je paraphrase ainsi : la foi nous fait voir le but, l'espérance nous lance à sa poursuite et l'amour nous le fait atteindre. Qu'elle soit accueillie dans un sens religieux (vertus théologiques) ou naturel (confiance, espoir et amour), cette pensée nous fait comprendre que rien ne peut remplacer l'amour dans les relations humaines et spirituelles.

En conclusion, permettez-moi de revenir sur la spiritualité au cœur de l'intervention spirituelle en santé mentale, pour vous inviter à voir un peu plus comment l'amour des autres, de soi et de Dieu (ou de votre référence au transcendant, ou ce en quoi vous trouvez votre sens à la vie) est intimement lié et comment le fait d'en prendre conscience peut être bénéfique.

Tout semble se découvrir dans la relation. À l'âge de 25 ans, durant une retraite spirituelle (un temps d'arrêt pour se pencher sur l'essentiel de sa vie), j'ai pris conscience qu'il était absurde de ne pas m'aimer tel que je suis, alors que Dieu et mon entourage m'aimaient inconditionnellement. À 50 ans, lorsque j'ai vécu une dépression majeure, c'est par amour pour mon épouse que je me suis rétabli. Michel, à qui je faisais référence précédemment, avait graduellement retrouvé la joie et la santé mentale, après avoir cessé d'imaginer qu'il était impardonnable. Une amie de sa résidence d'accueil l'avait référé au service de soins spirituels à son arrivée à l'hôpital. « Faisant du pouce » sur sa réceptivité à l'amour, son accompagnateur spirituel a pu l'aimer aussi, travaillant en tandem avec son médecin traitant et sa foi. Se sentant aimé et respecté, Michel s'est aimé assez pour se pardonner et retrouver la paix. Je revois encore le visage souriant de son infirmière qui constatait la guérison psychique et spirituelle de Michel. Le rétablissement peut être favorisé lorsque quelqu'un expérimente vraiment l'amour et l'écoute. L'intervention peut devenir thérapeutique pour chacun.

Épilogue

Être bonasse, ce n'est pas être bon. Ne pas avoir assez de connaissances en santé mentale peut entraîner des conséquences négatives quant à l'accompagnement spirituel des personnes affectées par la maladie mentale. De même, il est possible de passer à côté du juste milieu à force de trop vouloir professionnaliser. Trop, ce n'est pas assez. En terminant cette lettre, chers pairs, je vous propose une réflexion autour du risque de professionnaliser à outrance la pratique de soins spirituels.

Vouloir trop définir, standardiser et encadrer peut aboutir à une forme de rigidité. Souvent, dans un milieu hospitalier, les services en soins spirituels sont le seul espace où la personne se sent accueillie de manière inconditionnelle, sans qu'il y ait un a priori. Elle est libre, à l'abri de l'obligation de subir une évaluation, d'atteindre des objectifs. Il faut préserver cette essence, même si l'on parle de soins spirituels ou que l'on se présente comme des professionnels. Le défi des intervenants en soins spirituels est là : chercher l'équilibre entre l'obligation d'évaluer et de rendre compte et celui d'être simplement un espace d'accueil. Bien que les services en soins spirituels ne soient pas les seuls services à faire preuve de ce type d'accueil, ce dernier relève d'une exigence intrinsèque à l'intervention en soins spirituels.

C'est pourquoi, chers amis, j'ai choisi dans cette lettre de vous témoigner ce que je crois être le cœur de la pratique de l'intervention en soins spirituels.

Spiritualité, filiation et quête de sens

Par Ellie Saint-Amour¹, t. s., M. A.,
doctorante en théologie pratique à l'Université Laval

Je propose un itinéraire de spiritualité au cœur du thème de l'être humain dans son désir d'être en relation.

Le besoin d'être relié est inhérent à la condition humaine et pousse chaque personne à s'ajuster constamment au cours de sa vie. Lorsque nous sommes envahis par la souffrance, la peur, la colère, le manque, il se peut que nous ne puissions plus endurer cette pression. La question qui surgit alors est : « Où suis-je? ».

Nous partons de cette question pour aborder la santé mentale en relation avec les dimensions de la spiritualité, de la filiation et de la quête de sens. La maladie mentale peut devenir un refuge quand nous avons trop mal et que donner un sens à notre monde intérieur devient trop complexe.

Dans un premier temps, j'établirai le pont entre « santé mentale » et « spiritualité ». Puis, j'exposerai la pensée de quelques auteurs : Victor Frankl, Hannah Arendt, Anne Ancelin Schützenberger, Ghislain Devroede et Lytta Basset. Ensuite, je commenterai les propos de ces auteurs en lien avec l'approche thérapeutique que je développe dans le cadre de mon doctorat en théologie pratique à l'Université Laval et que j'explore au centre Le Passage ainsi qu'en clinique privée. Finalement, ma conclusion portera sur le thème « Vivre au présent ».

Introduction

« Je pars d'où je suis! » Voilà une expression qui semble relever de l'évidence, mais il en est tout autrement dans la réalité. Où suis-je réellement?

Entre la perception que nous avons de notre point de départ et la réalité, il peut exister un décalage, un malentendu, une distorsion. Quel que soit le terme

utilisé, le fait est que nous ne disposons pas toujours de l'heure juste quant à la signification du moment présent.

Si je suis à Québec et que je me rends à Lévis, les choses sont quand même assez claires. Si je spécifie que je suis en voiture, à pied ou en autobus et que je connais mon point de départ exact ainsi que le lieu précis à Lévis où je veux me rendre, elles apparaissent encore plus nettement.

J'entends qu'en santé mentale, ce que j'appelle la santé affective et relationnelle, notre rapport à la réalité s'avère plus compliqué. Par exemple, un décalage peut s'instaurer entre notre âge chronologique et notre affect. Pour ma part, je me rends compte de l'existence de celui-ci lorsque j'ai des défis à surmonter et que j'entends une petite voix intérieure qui crie que je n'y arriverai pas toute seule. À l'âge physique de 47 ans, je découvre à ce moment une partie de moi âgée de 4 ans.

Il est aussi possible de vivre des distorsions cognitives liées à de fausses croyances. L'idée déraisonnable la plus ravageuse pour moi est celle qui prétend que je ne suis pas aimable. À cause de ce mensonge que j'ai confondu à diverses reprises avec la réalité, je n'arrive pas à croire la personne qui me dit qu'elle m'aime.

La santé mentale et la spiritualité

Vous vous demandez quel est le rapport entre la santé mentale et la spiritualité. Cette facette de notre être fait partie de l'expérience humaine au même titre que le corps, le mental et l'affect. Elle évolue, que nous en soyons conscient ou non. Elle influence nos choix au même titre que les trois autres variables. Je dirai simplement que la spiritualité définit notre capacité à aller de l'avant, qu'elle correspond à l'élan qui nous met en marche.

Il est possible que nous perdions notre capacité à aller de l'avant parce que selon nous, la vie n'a pas de sens ou que nous avons cessé de voir celui-ci. Si nous n'arrivons plus à dégager le sens de qui

nous sommes à cause de manques, de traumatismes, de liens confus ou de violence, il est normal que nous ayons le sentiment de ne pas savoir d'où nous partons. Nous n'aurons donc pas le goût de progresser, ce qui peut entraîner un déséquilibre de notre santé mentale et même une maladie mentale.

Je me souviens d'un homme, lorsque j'étudiais au cégep à Sherbrooke, que nous appelions le bonhomme Foucault. Il se promenait au centre-ville, toujours selon le même trajet. Il s'arrêtait dans un café ou deux où il pouvait se nourrir et se désaltérer gratuitement. Il n'y restait que quelques minutes, le temps de manger un léger repas ou de boire un café. Il parlait tout seul en se racontant une histoire de famille d'oiseaux occupée à construire son nid. On le voyait, habillé d'un vieux manteau troué et plutôt sale, doté de grandes poches qui semblaient pleines de toutes sortes de choses.

J'ai demandé à mon père qui était cet homme. Ils avaient à peu près le même âge et je pensais qu'ils pouvaient s'être connus. Effectivement, mon père m'a confirmé qu'ils avaient été à l'école ensemble et que son camarade, reconnu pour sa gentillesse et sa générosité, était devenu notaire. Un jour, alors qu'il travaillait, sa famille a péri dans l'incendie de leur maison. Le choc l'a tellement ébranlé que toutes ses balises se sont effondrées. Plus rien n'avait de sens. Il ne s'est jamais remis de cette tragédie. Il a cessé d'aller de l'avant.

En l'écoutant relater son récit sur la famille d'oiseaux, nous étions tous témoins que le sens de sa vie se rattachait essentiellement à des valeurs familiales, au plaisir de pourvoir au bien-être des siens, de voir grandir ses enfants, d'être un bon mari et un bon père. Il avait une quête très simple : s'investir dans un travail honnête, s'engager dans un mariage et fonder une famille. La spiritualité qui l'animait au départ lui avait permis de réaliser ce rêve.

¹ anthropotherapie-quebec@videotron.ca

Il est décédé maintenant. Je me dis que le coup a été trop immense pour qu'il lui soit possible de prendre un recul salutaire. Autant il a donné dans la première partie de sa vie, autant il est devenu celui qui reçoit dans sa condition d'homme blessé, car les gens de Sherbrooke ont continué de le respecter et même de le nourrir.

C'est une histoire extrêmement triste et je pense encore à lui par moments. Le sens que j'attribue à la vie de cet homme me permet de le percevoir comme un être digne. Cependant, il m'est absolument impossible de connaître le sens que lui accordait à son expérience. Peut-être croyait-il que la vie lui avait tout pris, qu'elle l'avait dépossédé. Peut-être voyait-il dans son malheur une extrême punition pour une action qu'il avait commise mais dont il ne se souvenait plus. Peut-être même s'était-il dit qu'il ne méritait pas autant de bonheur.

LES AUTEURS

Victor Frankl (1905-1997), Hannah Arendt (1906-1975), Anne Ancelin Schützenberger (1919-...), Ghislain Devroede (1938-...) et Lytta Basset sont des auteurs inspirés et surtout inspirants qui partent de l'expérience humaine dans ce qu'elle a de plus fondamental, c'est-à-dire la relation à soi et à l'autre, pour définir le sens de ce qu'est l'être humain et de ce qu'est la vie. Ils nous fournissent des clefs essentielles pour éclairer notre vision de la santé mentale entendue comme la santé affective et relationnelle.

La quête de sens

Le premier auteur dont je vais résumer la pensée a été profondément touché par le thème de la dignité humaine puisqu'il a vécu l'expérience des camps de concentration où il a perdu toute sa famille sauf sa sœur. Victor Frankl a été médecin et professeur en psychiatrie et en neurologie. Il dit que lorsque nous trouvons un sens aux événements de notre vie, la souffrance diminue et la santé mentale s'améliore. Que faire une démarche thérapeutique est une sorte de recherche de sens entre qui nous sommes et ce que nous vivons; cela nous permet de savoir où nous sommes.

Quatre années dans les camps ont fait de Victor Frankl une victime et un témoin des horreurs que peuvent subir des êtres humains. Il a observé que lorsque la vie n'a plus de sens, il reste la liberté de

choisir : son attitude devant l'intolérable, sa conduite envers les autres et la dignité face à ce qu'il y a de plus aliénant. Il a tiré cette conclusion en voyant des gens très affaiblis et meurtris par la torture donner le peu de nourriture dont ils disposaient à d'autres encore plus faibles et plus souffrants.

Il explique qu'un être humain en accord avec lui-même peut transformer la souffrance en réalisation, trouver dans son sentiment de culpabilité l'occasion de s'améliorer et agir de façon responsable vis-à-vis du caractère transitoire de la vie.

Il affirme que l'être humain est d'essence spirituelle, que sa nature profonde le conduit vers la connaissance de son âme et il relie l'ennui, la dépression, l'agressivité et la toxicomanie au vide existentiel.

La logique de la rencontre

Philosophe et juive, Hannah Arendt a grandi dans l'Allemagne nazie. En 1933, elle s'est exilée en France. Arrêtés, son mari et elle ont été envoyés dans un camp de concentration dont ils ont réussi à s'échapper en 1941 pour s'expatier aux États-Unis.

En 1957-1958, elle publie *Condition de l'homme moderne (Human condition)*, une anthropologie philosophique qui parle de rétablir l'importance de l'existence

à la vie et est à risque de se réfugier dans la maladie mentale pour se protéger de la mort et survivre.

Hannah Arendt propose une logique de la rencontre à la place d'une logique du sacrifice – logique au nom de laquelle nous nous sacrifions pour répondre aux attentes, implicites et explicites, des autres – afin de rétablir l'importance de l'existence humaine pour que la vie en commun ne devienne pas uniquement déterminée par le principe du plus fort, le fonctionnement, le rendement et la performance.

Elle s'oppose à la logique du sacrifice qui prône que « la fin justifie les moyens ». Le rapport entre la fin et les moyens est légitime dans un contexte où nous construisons quelque chose, par exemple, puisqu'un plan avec différentes étapes ainsi que l'identification des outils et du matériel sont nécessaires. Dans la rencontre, la relation à l'autre, il en est autrement; cette logique en devient une d'exclusion. Nous excluons ceux qui ne répondent pas aux valeurs de notre société, entre autres, être hyperfonctionnel et performant. Nous excluons des vivants au profit de gains financiers, d'images stéréotypées...

De façon très simplifiée, nous sommes dans la logique du sacrifice si nous ne disons pas à l'autre comment il nous a

« Quatre années dans les camps ont fait de Victor Frankl une victime et un témoin des horreurs que peuvent subir des êtres humains. Il a observé que lorsque la vie n'a plus de sens, il reste la liberté de choisir : son attitude devant l'intolérable, sa conduite envers les autres et la dignité face à ce qu'il y a de plus aliénant. »

humaine. Elle défend l'idée que notre rapport aux autres est à distinguer de celui que nous entretenons avec les choses, et que cela parle de notre rapport au vivant. Le désir d'être en vie et de rester en vie est ce qu'il y a de plus fondamental pour l'humain, dit-elle, et une logique se colle à ce désir. Lorsque la personne se sent objet, elle ne ressent presque plus ce désir relié

blessé et le protégeons par peur de le bousculer ou de lui faire de la peine; nous nous sacrifions. Nous sommes dans la logique de la rencontre si nous nommons ce qui nous blesse, car nous prenons le risque de remettre en question notre lien afin qu'il y ait ajustement; nous ne nous sacrifions pas, nous choisissons plutôt d'honorer le vivant en nous.

La filiation

Anne Ancelin Schützenberger a été psychologue et professeure en France, inventrice du concept de psychogénéalogie, pionnière en psychodrame et psychologie sociale. Elle a écrit quelques livres dont un avec Ghislain Devroede, un médecin belge spécialisé dans les maladies du côlon, chirurgien colorectal, professeur de chirurgie au CHUS de Sherbrooke de même que directeur médical et scientifique de l'Institut québécois d'hypnose.

Essentiellement, ces deux auteurs utilisent le vécu de centaines de personnes ayant trouvé un sens à leur vie en mettant en lumière, en mots, les maux qui les habitaient. Il ne s'agit pas simplement de « comprendre, c'est un des pièges les plus pervers qui soient, parce qu'on évite alors de ressentir ».²

La psychogénéalogie considère les conflits non résolus des générations qui nous précèdent et fait des liens avec ceux que nous affrontons dans le présent. Ces conflits sont transmis à notre insu la plupart du temps. Ils font partie de notre héritage, de notre filiation, de l'histoire de notre famille et de notre histoire personnelle. Nous les portons et les transmettons.

Ces conflits vont se présenter sous forme de répétitions, d'impasses relationnelles, de maladies, de loyautés malsaines, de fausses croyances, de troubles de comportements, de dépendances, s'ils ne sont pas décodés et résolus. Le génogramme et le géosociogramme servent d'outils afin de nous relier à notre filiation et de cerner la continuité dans laquelle nous nous inscrivons.

L'expérience de vie et la spiritualité

Née dans les années 60, Lytta Basset a été pasteur protestante pendant de nombreuses années. Professeure en théologie pratique, elle est devenue par la suite doyenne de la faculté de théologie de l'Université de Neuchâtel en Suisse.

Cette auteure fait une lecture anthropologique des textes bibliques qui nous ancre dans nos émotions et nos sentiments les plus enfouis. Elle évite la morale et les jugements culpabilisateurs pour nous mettre en face de nous-même

dans notre désir profond d'être en relation. Ses relectures portent un souffle psychanalytique puissant qui provoque les déplacements, la transformation.

Lytta Basset explique que les principales étapes de la vie pour la plupart d'entre nous sont de

1. subir dans sa petite enfance des offenses que personne ne considère comme telles;
2. ne pas réagir à la douleur par la colère;
3. manifester de la reconnaissance pour les prétendus bienfaits de l'existence;
4. tout oublier;
5. décharger sur les autres, à l'âge adulte, la colère que l'on a accumulée ou de la retourner contre soi-même. La plus grande cruauté que l'on inflige aux enfants réside dans le fait qu'on leur interdit d'exprimer leur colère ou leur souffrance, sous peine de perdre l'amour et l'affection de leurs parents.³

L'auteure souligne que ce n'est pas le mal subi qui fait le plus de ravage, mais l'interdiction de le nommer. Ne pas nommer le mal, c'est nous sacrifier pour protéger la personne qui nous a blessé. Ce sacrifice provoque un déséquilibre qui peut dégénérer en maladie mentale.

L'influence des auteurs sur mon approche thérapeutique

Les auteurs ci-dessus mentionnés ont comme point commun d'avoir remis en question les normes établies à leur époque et dans leur domaine respectif. Victor Frankl pour avoir donné un sens à la souffrance de milliers de Juifs, Hannah Arendt pour nous avoir rappelé que l'être humain est d'abord un sujet et non un objet, Anne Ancelin Schützenberger et Ghislain Devroede pour nous mettre en contact avec le lien filial et les conséquences qu'il exerce sur notre vie présente, Lytta Basset pour avoir mis en doute la tradition de l'Église dominante en nous proposant une lecture des textes bibliques qui nous redonne la responsabilité que nous avons envers l'humanité que nous portons.

Ces auteurs influencent énormément ma réflexion sur le type de présence que je propose à l'autre et nourrissent l'approche que je privilégie pour la thérapie individuelle, conjugale, familiale et de groupe, et que je nomme l'*anthropothéologie*. Il s'agit d'une orientation qui invite à une vision multidisciplinaire de l'être humain et de son expérience de vie. Je me préoccupe de toutes les facettes de la personne en relation avec elle-même, avec les autres, avec son environnement, incluant son histoire de famille, son histoire de vie, ses valeurs, ses croyances, ses loyautés, ses aspirations et le sens qu'elle donne à son existence.

L'écoute et les observations que j'accumule depuis presque vingt ans m'ont placée devant la réalité d'un vide affectif chez les individus et les collectivités. La recherche de sens est quelquefois inconsciente, d'autres fois pleinement consciente. Plusieurs auteurs proposent toutes sortes de recettes et de vérités – par le biais, entre autres, de la psychologie, de la spiritualité, de la religion, de la philosophie – pour tenter de récupérer ceux qui sont « perdus ». Ces solutions sont, pour la plupart, centrées sur le fonctionnement, les comportements et non sur l'expérience que la personne a de la vie et des situations passées qui l'ont affectée et l'affectent encore.

Ce vide affectif est le vide existentiel dont parle Victor Frankl. Il est celui que décrit Hannah Arendt lorsqu'elle exprime le drame des êtres employés comme objets par la société. Il est celui d'Anne Ancelin Schützenberger et de Ghislain Devroede lorsqu'ils affirment que les mots sont devenus des maux. Il est celui décrié par Lytta Basset au cœur de sa dénonciation d'une Église qui définit les êtres plutôt que de les accompagner dans leur réflexion sur la conscience de ce qu'ils sont.

Je ne crois pas qu'il y ait de recettes, mais en nous centrant sur une stricte résolution de problèmes, nous escamotons une partie de nous-même dans le processus. L'inscription dans la continuité d'une filiation donne un sens à la vie de la personne en démarche.

Pour ce faire, la personne apprend à donner un sens à sa souffrance en se

² Devroede, 2003.

³ Basset, 1999.

la remémorant sur le plan du ressenti. Il ne s'agit pas seulement de rappeler l'événement, mais de valider l'expérience que nous avons vécue en accueillant les émotions et les sentiments qui y étaient liés ainsi que les croyances qui en ont découlées et les loyautés auxquelles elle était rattachée.

Prendre conscience de notre rapport sujet/objet fait aussi partie de notre quête de sens. Nous sommes dans une société qui encourage l'objectivité au détriment de la subjectivité. C'est-à-dire que nous sommes poussés à chercher qui nous sommes à l'extérieur de nous, alors que les réponses se trouvent en nous. Dans une perspective anthropologique et psychanalytique, le rapport sujet/objet va être d'abord construit à partir de notre expérience relationnelle avec nos parents. L'enfant qui ne peut être lui-même et se sent responsable de combler les projections inconscientes de ses parents se voit comme un objet et non un sujet. Dans un rapport où l'objet prédomine, nous évoluons dans une logique sacrificielle, alors que lorsque le sujet émerge, nous passons à une logique de la rencontre.

Établir un lien avec notre héritage affectif nous permet de cerner notre logique affective qui vit et fait des choix sans même que nous nous en rendions compte; comme si nous n'exercions pas de contrôle sur notre vie. Cela génère un profond sentiment de vide existentiel. Combien de fois me suis-je heurtée à des relations intimes malsaines parce que je reproduisais ce que j'avais appris. Jusqu'à ce que je comprenne et que je valide la logique affective dans laquelle je m'inscrivais. Maintenant, j'ai une prise sur les choix que je fais, même si je peux être encore maladroite.

Prendre en main ce que nous portons en nous et assumer notre désir d'être relié nous permet de ne plus laisser les valeurs dominantes extérieures décider qui nous sommes. Longtemps, j'ai pensé que j'étais folle parce que je percevais les choses différemment de tous les membres de ma famille et parce que je ne concevais pas la vie

présent. Connaître et maîtriser les enjeux de notre passé et la manière dont ceux-ci influencent notre présent nous offre un présent plus stable et une vision de l'avenir qui s'ouvre vers des projets.

Le passé dicte l'orientation du présent, mais le lieu décisif de notre existence est le moment actuel. La mémoire est la façon

« Vivre dans le passé nous enferme et nous isole de nous-même et des possibilités à vivre. [...] S'attarder au passé pour comprendre et valider qui nous sommes est une démarche thérapeutique essentielle... »

telle que les personnes significatives de mon enfance me l'ont enseignée. En me branchant à mon désir d'être reliée au-delà du doute et de la souffrance, j'ai fini par rencontrer des gens qui ont cru en moi et avec qui j'ai pu apprendre à dire qui je suis sans être jugée, rejetée, manipulée ou humiliée. Aujourd'hui, je suis contente de penser autrement, car je me relie à un sens de « qui-je-suis » et de « là-où-je-suis ».

Vivre au présent

La vie se déroule au moment présent. Qui-je-suis et où-je-suis se vivent et font sens au moment présent. Les racines latines du mot « présent » sont intéressantes car elles réfèrent au temps, au don, au « je-suis-là », à la manière de se présenter, de présenter quelqu'un, à l'entrée en relation et à la présence/absence.

Hannah Arendt dit que la profondeur du passé donne de la profondeur au

présent. Le présent est le moment de l'action, de la mise en marche, de la prise de parole. L'avenir appartient aux projets. Ainsi va la ligne du temps. Chaque seconde qui s'écoule est déjà le passé. Le passé n'est pas fixe parce que notre rapport à son égard évolue. Notre relation au présent et au futur évolue également.

Vivre dans le passé nous enferme et nous isole de nous-même et des possibilités à vivre. Cela nous maintient dans la maladie mentale. *S'attarder au passé* pour comprendre et valider qui nous sommes est une démarche thérapeutique essentielle pour ne plus s'accrocher au souvenir. Cette distinction est très importante. Trop de préjugés sont véhiculés à cet effet et bloquent les personnes qui pourraient bénéficier d'une aide appropriée.

Le sens ou le non-sens que je donne à ma vie présente prend ses racines dans le passé et détermine l'avenir. Où suis-je?

BIBLIOGRAPHIE

Ancelin Schützenberger, A. (1993). *Aïe, mes aïeux!* Paris, Desclée de Brouwer/La Méridienne.

Ancelin Schützenberger, A. et G. Devroede. (2005). *Ces enfants malades de leurs parents* (2^e édition). Paris, Payot et Rivages.

Arendt, H. (1958). *Condition de l'homme moderne*.

Basset, L. (1999). *Guérir du malheur*. Paris, Albin Michel.

Basset, L. (1999). *Le pouvoir de pardonner*. Paris, Albin Michel; Genève, Labor et Fides.

Basset, L. (2002). *Sainte colère*. Paris, Bayard; Genève, Labor et Fides.

Basset, L. (2003). *Culpabilité, paralysie du cœur*. Genève, Labor et Fides.

Basset, L. (2004). *La joie imprenable* (2^e édition). Paris, Albin Michel.

Devroede, G. (2003). *Ce que les maux de ventre disent de notre passé* (2^e édition). Paris, Payot et Rivages.

Guez, E. (2005). *Quête de sens et Chemin de Vie. Une introduction à la Logothérapie de Victor Frankl*, [En ligne]. [http://www.spiritsoleil.com/actualite/dev-perso/logotherapie.htm] (Consulté le 25 février 2009).

Kühn, R. (2006). La pensée de Victor Frankl et notre temps. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 18, 129-140.

Kühn, R. (2007). *Personne et affectivité. Dialogue phénoménologique avec Victor Frankl*, [En ligne], [http://www.centroadleriano.org/publicaciones/ExAffec.pdf] (Consulté le 25 février 2009).

Expérience spirituelle et itinéraire de rétablissement : les phases d'un processus de transformation de l'Être

Par Gaston Lachance, coordonnateur académique à la Faculté de théologie de l'Université de Sherbrooke et superviseur des stages cliniques de l'Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec (AISSQ)

C'est particulièrement dans le quotidien de l'accompagnement spirituel auprès des personnes vivant avec un problème de santé mentale qu'est née l'idée de mon projet de recherche doctorale amorcé en 2002. En effet, plus de vingt-cinq ans passés auprès de ces personnes¹ ont suscité à la fois des joies et des questionnements en lien avec une pratique sur le terrain qui s'est avérée un lieu d'attestation, d'authentification, de validation de l'importance d'une clinique du spirituel.

Au cours des vingt dernières années, les sciences religieuses, humaines et de la santé ont proposé une large littérature qui explore le rapport spiritualité/santé et mentionne la spiritualité comme facteur de prévention, de rétablissement, de guérison. Cependant, au regard de cette littérature, il y a absence d'une conceptualisation émergeant des éléments signifiants de l'expérience spirituelle des personnes en rétablissement qui permettrait d'établir et de baliser une pratique de soins spirituels.

Résumé de la recherche doctorale²

Le but de ma recherche doctorale était de décrire l'expérience spirituelle au fil de la démarche de rétablissement de personnes ayant une problématique de santé mentale afin de parvenir à une compréhension de la dynamique de transformation spirituelle à travers l'étude des divers positionnements vécus par ces personnes. Il s'agit de la première étude exploratoire et descriptive réalisée au Québec.

Considérant l'état des connaissances actuelles et la question de recherche,

l'approche narrative et le modèle de Lieblich ont été privilégiés sur le plan méthodologique.

Aux fins de la recherche, les participants ont été recrutés dans cinq milieux de la région de Québec : le STRATA et le CTR de Nemours, deux ressources de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec; le PAVOIS et le PECH, deux organismes communautaires; le CETABQ, un centre d'entraide dans la communauté. L'expérience spirituelle a été étudiée à partir d'entrevues semi-dirigées auprès de 31 personnes suivies dans la communauté³.

La recherche permet ainsi d'offrir une meilleure connaissance de la dynamique des ressorts et des leviers que constitue la spiritualité dans le cadre du rétablissement, aidant à une compréhension du rôle et de l'importance de celle-ci et guidant les intervenants dans l'emploi de stratégies, de ressources et de moyens spirituels pour leur accompagnement des personnes à chacune des phases mises au jour.

Les phases d'un processus spirituel

Comme il est impossible ici de rendre l'entièreté de la recherche, nous présenterons uniquement les résultats portant sur les quatre phases d'un processus spirituel apparaissant dans une démarche de rétablissement afin de permettre au lecteur d'apprécier une vue du *forgotten factor*⁴ qu'est le spirituel en santé mentale. Ces phases concernent les divers positionnements que nous avons repérés chez les participants. Le tableau qui suit détaille ces positionnements en

lien avec les phases de transformation spirituelle qui s'exercent dans un parcours de rétablissement.

Dans nos travaux, ces phases que nous avons désignées ont été mises en parallèle avec des auteurs de la théologie spirituelle et du rétablissement. Dans le tableau II (p. 28), les phases d'Andresen et coll. (2003)⁵, en relation avec nos positionnements, illustrent ces points de convergence entre l'expérience spirituelle et celle de rétablissement. Par la suite, nous ferons le descriptif de chaque phase et des positionnements spirituels qui leur sont reliés.

Première phase : souffrance-enténébrement de l'Être et instrumentalisation de l'Être

Cette première phase comprend les deux premiers positionnements existentiels découverts chez les participants, dans lesquels ils peuvent aller et venir pendant plusieurs années : *souffrance-enténébrement de l'Être et instrumentalisation de l'Être*.

Souffrance-enténébrement de l'Être

Parfois très tôt dans leur vie, depuis l'enfance, les participants rapportent qu'ils éprouvent une souffrance existentielle qui affecte leur conscience initiale de l'Être. Cette souffrance exprime la difficulté d'un rapport à soi, aux autres, à l'Autre, à la vie.

Dans ce positionnement, l'Être est en souffrance en raison de la présence de voiles ou de masques qui obstruent son ressenti et en atténuent la conscience identitaire. Cette souffrance, insidieuse, s'installe graduellement et s'accumule au fil des années jusqu'à l'enténébrement.

1 Mon engagement en tant qu'intervenant en soins spirituels s'est effectué principalement à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (auparavant le CHRQ). Quelques incursions ont été faites dans le secteur communautaire, au Centre de thérapie Quatre-saisons et au PAVOIS.

2 Ce texte reprend quelques extraits d'une thèse de doctorat en théologie que l'auteur entend soutenir d'ici le printemps 2010. Titre de la thèse jusqu'à maintenant : *Expérience spirituelle et expérience de rétablissement en santé mentale : étude descriptive en vue d'une thérapie spirituelle*, Université Laval, Québec.

3 Des remerciements sincères aux participantes et participants, aux intervenantes et intervenants ayant contribué à cette recherche.

4 Larson, D. B., S. S. Larson et H. Koenig (2001). The Patient's Spiritual/Religious Dimension: A Forgotten Factor in Mental Health, *Directions In Psychiatry*, 21, 1-37.

5 Andresen, R. et coll. (2003), The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.

Tableau I

PROCESSUS DE TRANSFORMATION SPIRITUELLE DANS UN PARCOURS DE RÉTABLISSEMENT (Lachance, G., 2009)		
PHASE	POSITIONNEMENT	CARACTÉRISTIQUES
I	1 ^{er} SOUFFRANCE-ENTÉNÈBREMENT DE L'ÊTRE ⁶	<ul style="list-style-type: none"> état de mal-être, difficulté à prendre soin de soi, sentiment de culpabilité qui installe une division-dualité au cœur de l'Être, combat intérieur; difficulté dans le rapport à soi et à l'A-autre⁷; présence de voiles ou de masques qui obstruent le ressenti de l'Être et, conséquemment, en atténuent la conscience vocationnelle.
	2 ^e INSTRUMENTALISATION DE L'ÊTRE	<ul style="list-style-type: none"> état de toute-puissance, énergie exaltée, énergie désordonnée ou mal investie; l'Autre et les autres = objets plus que sujets, absence de relation significative; aspects vocationnels voilés, potentialités-charisme-dons exercés à des fins utilitaires ou égoïstes.
II	3 ^e ASPHYXIE-MISE EN LATENCE DE L'ÊTRE	<ul style="list-style-type: none"> état d'impuissance, sentiments accablants et envahissants; échec relationnel avec l'A-autre; conscience vocationnelle voilée, incapacité à se réaliser, absence de projet de vie.
III	4 ^e CONVERSION-RETOUR À L'ÊTRE	<ul style="list-style-type: none"> état de calme intérieur, soulagement, réconciliation avec soi, résurgence des forces; abandon confiant en l'A-autre, foi/confiance et espoir, connexion avec la vie, sentiment de grâce et de reconnaissance; éveil aux aspirations-désirs de l'Être, de sa vocation-mission personnelle.
IV	5 ^e RE-FONDEMENT / ENRACINEMENT-ACCOMPLISSEMENT DE L'ÊTRE	<ul style="list-style-type: none"> état d'harmonie et de bien-être, vitalisation et foi/confiance exprimées dans le contexte d'une relation à soi et à l'A-autre; activités établies à partir des goûts et des passions, enracinement et accomplissement de la mission personnelle par les potentialités-dons-talents, transfert de l'acquis expérientiel dans la communauté.

Dans une fermeture plus qu'une ouverture au Dynamisme spirituel (*eros*, élan vital, Amour-énergie), les participants déclarent avoir de la difficulté à savourer la vie et à prendre soin d'eux, ce qui, peu à peu, entraîne une perte ou une absence de goût à la vie et de sens, un épuisement ou une absence de vitalité.

...parce que j'étais premièrement vide de moi, c'était vide autour de moi, j'étais en train de mourir. (Christel).

L'estime de soi, c'était vraiment zéro. De moi à moi, je ne me respectais pas, je dormais beaucoup pour endormir justement la souffrance. (Gina)

La relation à l'autre est ambiguë, à la fois négative et positive. Les participants éprouvent de la difficulté à communiquer avec leur entourage et à établir un lien de confiance qui ouvre l'accès à de véritables relations saines et vitalisantes avec autrui.

Si je sortais avec un homme, je faisais des fugues juste pour savoir s'il m'aimait; je faisais des crises au restaurant. Je faisais des choses qui tenaient pas debout. J'étais pas capable d'avoir des relations interpersonnelles, j'en avais pas eues. (Amélie)

On découvre, outre un réseau relationnel carencé, de l'isolement, l'absence de personnes de référence, une évidence d'éloignement de l'Autre.

... Mais moi, je fonctionnais sur mon propre pouvoir, j'y croyais mais je ne Lui⁸ demandais pas de venir m'aider. (Daniel)

... [à ce moment-là] je Le trouve tellement loin que... (Ellen)

Dans un tel contexte, la possibilité d'un engagement fécond diminue progressivement. Les participants réalisent qu'ils sont capables d'aider les autres ou de partager avec eux, bien qu'il leur en coûte en raison du manque d'élan vital (*eros*) qu'ils ressentent et d'une vulnérabilité relationnelle.

... Je me suis aperçu que j'étais capable d'aider dans des situations difficiles

6 Le terme «Être» rend compte du noyau identitaire ou de l'identité spirituelle, référant à la vocation et à la mission personnelle.

7 Lorsque nous utilisons le terme « A-autre», c'est pour signifier la relation à l'Autre et la relation aux autres.

8 Dans ce verbatim, 'Lui' et 'Le' font référence à Dieu.

MISE EN PARALLÈLE DES PHASES DE TRANSFORMATION SPIRITUELLE ET DES PHASES DE RÉTABLISSMENT

(Lachance, G., 2009; Andresen, R. et coll., 2003)

PHASE DE TRANSFORMATION SPIRITUELLE	POSITIONNEMENT SPIRITUEL	PHASE DE RÉTABLISSMENT
I	1 ^{er} SOUFFRANCE-ENTÉNÈBREMENT DE L'ÊTRE	I MORATOIRE
	2 ^e INSTRUMENTALISATION DE L'ÊTRE	
II	3 ^e ASPHYXIE-MISE EN LATENCE DE L'ÊTRE	
III	4 ^e CONVERSION-RETOUR À L'ÊTRE	II CONSCIENCE III PRÉPARATION IV RECONSTRUCTION
IV	5 ^e RE-FONDEMENT / ENRACINEMENT-ACCOMPLISSEMENT DE L'ÊTRE	V DÉVELOPPEMENT

Phases de rétablissement :

Phase 1 (Moratoire) : ce stade est caractérisé par le déni, la confusion, le désespoir, la confusion identitaire et le retrait préventif.

Phase 2 (Conscience) : la personne éprouve une lueur d'espoir pour une vie meilleure et un rétablissement possible. Un événement interne ou externe peut être le déclencheur de cet espoir, provoqué soit par un clinicien, soit par une personne significative.

Phase 3 (Préparation) : la personne se décide à entreprendre le travail de rétablissement, prenant en considération les ressources du soi resté intact, ses valeurs, ses forces et ses limites. Cela implique de connaître sa maladie et les services disponibles, les habiletés contribuant au rétablissement, ceci en s'engageant dans des groupes et en se liant à des pairs.

Phase 4 (Reconstruction) : à ce stade de l'acquisition d'une identité positive, la personne réévalue ses valeurs antérieures et ses objectifs, et peut procéder à la mise en place de nouveaux. Cela signifie se responsabiliser afin de gérer sa maladie et d'exercer le plein contrôle sur sa vie, comme aussi prendre des risques en acceptant d'avancer ou de revenir en arrière.

Phase 5 (Développement) : le dernier stade pourrait être la résultante de tous les autres susnommés. La personne peut être libérée ou non des symptômes de sa maladie, mais elle sait les gérer et maintenir un état stable le plus longtemps possible. Elle fait preuve de résilience et a foi en ses propres habiletés pour s'en sortir. Elle attribue un sens à sa vie et est optimiste face à l'avenir. Elle possède un sens de soi positif, comprenant que ce cheminement a fait d'elle une meilleure personne que ce qu'elle a déjà été.

même si c'était dur pour moi, [...] capable de prendre quelqu'un dans mes bras et de lui dire une belle parole. (Dylan)

Peu de participants peuvent référer à une expérience de travail; un seul (sur 31) a pu maintenir un emploi malgré les épisodes répétés d'hospitalisation.

Dans ce positionnement, la vision de la vie traduit une perception déformée, voire négative, de soi (voiles, masques) qui mène au repli existentiel.

Instrumentalisation de l'Être

Ce positionnement correspond à une tendance à instrumentaliser ou

à utiliser l'élan vital, les A-autres, les potentialités et les dons, ceci pour son seul profit. En effet, le dynamisme et les potentialités de l'Être sont détournés et canalisés vers la réussite personnelle, sans égard à l'A-autre. Des excès ou des dérèglements sont présents, tels que la mégalomanie, l'égoïsme, la recherche de puissance.

Les participants vivent un *eros* désordonné ou mal investi, une énergie exaltée dont l'orientation des potentialités tend vers un but égoïste.

Mon Dieu... J'étais dur à suivre. Je courais partout, je n'arrêtais jamais, j'avais une compagnie de bois en arrière de chez moi qui faisait du

madrier. On volait du bois, on faisait une cabane dans la forêt derrière chez nous, on faisait des cabanes dans les arbres. Il n'y a rien qu'on n'a pas fait,... voler,... je n'arrêtais pas. (Abel)

Il n'y a pas de réelle relation significative, l'autre étant perçu plutôt comme un *objet* que comme un *sujet* véritable. La relation à l'Autre n'y est somme toute pas reconnue.

... Je n'avais pas de vie spirituelle. (Huguette)

Quelques participants ont une position de repli sur soi, cherchant à dominer les autres.

Garder mon travail, et grimper les échelons, je veux devenir chef d'équipe, je veux avancer. Je veux avoir un poste qui est plus autoritaire. C'est à ça que j'aspire. (Éric)

Le travail est exercé à des fins utilitaires, ce qui limite l'apport fécond de soi et le don réel à la communauté humaine.

... Il y a des buts, et il faut atteindre les objectifs... Les diplômes, ensuite de travailler, puis un appartement, pas tout le temps le même, il faut déménager, bon ça faisait trois ans que j'étais à la même place... Je pense que j'ai de l'ambition, je pense que j'ai beaucoup de buts, je pense que je suis en train de les réaliser... payer mes dettes, recommencer, je vais avoir une carte de crédit d'ici un mois, ça recommence... J'ai jamais eu de Mastercard de ma vie et là je vais en avoir une, j'ai jamais été accepté Mastercard, j'ai toujours eu Visa, j'en ai eu 4-5... bizarre à dire... mais aujourd'hui, je vais avoir la Mastercard. [...] Avoir un enfant, ça serait pas pire. J'ai beaucoup d'objectifs... On ne peut pas tous les atteindre en même temps. Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de monde qui sont capables de faire ça. (Éric)

L'agir laisse voir une utilisation des dons et des talents à des fins égoïstes.

On m'avait donné des dons et je les utilisais au maximum avec un but complètement égoïste. Quand j'ai commencé à me refermer vers 15 ans, les dons que j'avais, je les utilisais pour moi et pour moi seulement. Je ne pensais pas beaucoup aux autres. (Bernard)

Dans ce positionnement, la vision de la vie est fortement marquée par l'individualisme et le matérialisme. Une telle vision basée sur la réussite et la recherche de statut social restreint l'accomplissement de soi et la contribution que l'on peut apporter à la communauté.

Deuxième phase : asphyxie- mise en latence de l'Être

Ce positionnement décrit l'asphyxie et, conséquemment, une mise en latence des potentialités de l'Être. Dans cet état d'accablement, il y a effondrement de la personne provoqué à la fois par

des sentiments envahissants et une instrumentalisation des potentialités arrivées à son paroxysme.

Impuissance, repli sur soi, absence de projets sont des indicateurs de cette asphyxie et de cette mise en latence de l'Être.

Comme cause de désolation et de souffrance extrêmes, il y a l'absence du goût de vivre, de l'élan vital ou du Dynamisme spirituel pour traverser le quotidien.

... rien faire. Je n'avais plus d'énergie, j'étais trop dépressive. (Dolorès)

L'épuisement, la fatigue constante, l'échec entraînent ainsi une tristesse, un désespoir, une détresse, voire des idées suicidaires.

Beaucoup de confusion, de détresse et de tristesse. Pourquoi ça m'arrive à moi... (Félix)

Un sentiment de vide de même qu'une absence de sens émanent alors. Ainsi, la personne peut se retrouver dans un état de désolation extrême, du fait que 'tout ce qu'elle a réussi et réalisé jusqu'à maintenant' (emploi, liens relationnels, etc.) est balayé.

« Dans ce positionnement, plusieurs participants, sur le plan des croyances, partagent une image d'un Autre absent ou punitif : plusieurs émotions s'intercalent dans la relation, par exemple la colère et la révolte, colère qui peut conduire à une perte de la foi. »

À peu près tout ce qu'un être humain peut manquer dans la vie. Une raison de vivre, un espoir, la solitude... une raison pour se lever, pour manger, j'avais absolument tout perdu. La raison, c'est que c'est plus moi qui avais mon corps, c'était quelqu'un d'autre qui voulait me détruire absolument. C'est la partie cachée du glacier qui me tirait vers le fond. (Bernard)

... parce que vraiment ça a été balayé, ça a été épouvantable. Donc, avant de revoir les fondations de la maison, ça

peut prendre un certain temps. [...] Le tsunami passe, les fondations restent là... (Donald)

La personne se précipite vers les excès de toutes sortes et présente des conduites marquées par une humeur excessive. Lorsqu'il y a effondrement, un séjour en contexte hospitalier ou une judiciarisation peut survenir.

La psychose, il y en avait, c'est bien sûr, quand on fait ce diagnostic, c'est poussé à son extrême, c'est certain ... puis moi en plus, je m'en allais au paradis... puis Saint François d'Assise était là ... puis il y avait un méchant « party »; c'était moi qui était rendu le troisième messie, donc c'est comique... Ça c'est une autre réalité là... (Donald)

La perception négative de soi et des autres pousse à l'isolement, à l'exclusion sociale, ou encore au suicide. Dans ce positionnement, plusieurs participants, sur le plan des croyances, partagent une image d'un Autre absent ou punitif : plusieurs émotions s'intercalent dans la relation, par exemple la colère et la révolte, colère qui peut conduire à une perte de la foi.

Plusieurs vivent une incapacité à travailler, à se réaliser.

J'étais rendu que je n'étais plus capable de travailler. Je restais dans une chambre et je buvais toute la journée ... (Bernard)

C'était très négatif. [...] Tout ne donnait rien de continuer à vivre parce que je n'étais pas capable de faire rien de bon, peu importe le contexte dans lequel j'étais. (Ian)

Quelques participants disent qu'ils agissent parfois de manière non conforme à leurs valeurs et à leurs croyances, stimulés par le désir de vengeance ou de défiance.

Donc c'était de la colère. J'en ai fait de la prison à quatre reprises, j'ai agressé ma mère et tout ça, puis plus que je m'enfonçais dans la colère et dans le désir de vengeance, plus que je tombais malade. (Dolorès)

Dans ce positionnement, la vision de la vie s'apparente à un cul-de-sac existentiel. Il s'agit en quelque sorte d'une vision d'*enfermement* sur tous les plans où des incapacités, une vie vide de sens, un tunnel sans fin et le désespoir sont constatés.

Troisième phase : conversion-retour à l'Être

Dans ce positionnement, particulièrement grâce à une aide reçue en clinique ou en suivi communautaire, on perçoit de la consolation et de l'ouverture au Dynamisme spirituel (Amour-énergie), ce qui procure une force intérieure. La famille, les proches, les amis et les intervenants s'avèrent des ressources de grande importance sur le plan de l'affection, de l'encouragement, de l'espoir. Un retour graduel s'amorce vers l'Être pour que celui-ci soit re-fondé.

La personne perçoit un accueil de l'Autre, l'acceptation et la validation de sa souffrance.

Il [Dieu] m'a pris dans le sens que je lui ai dit : « Tu me fais mourir là tout de suite ou tu prends ma bile, ma langue et ma morve, c'est juste ça que j'ai à t'offrir, je n'ai rien d'autre, je ne peux rien faire, j'ai juste ça à t'offrir. [...] Puis là, après, tranquillement pas

vite, ma situation s'est améliorée... » (Dolorès)

Il [psychiatre] était là tout le temps, si j'avais un problème; il a toujours été disponible. Puis, c'était mon espoir, ... il réussissait à faire en sorte que, lorsque je sortais du bureau, j'avais le goût de continuer. (Ariane)

Y'a un département que j'aimais mieux que les autres ... Quand y'a des gens qui nous aiment et qui disent 'je crois en toi, j'ai confiance en toi', c'est important. (Candide)

Il y a beaucoup l'utilisation des organismes communautaires [PECH, CETABQ, etc.]... Des fois, tu sais que tu es fatiguée, mais tu sais qu'il y a du monde qui t'attend, donc, c'est comme un appel, c'est le côté social, les relations sociales, autrement dit, d'éviter l'isolement. [...] On dirait qu'on en voit toujours un pire que soi. Juste de sentir qu'on passe par là et qu'on a un respect de ta condition, ça fait du bien. (Gina)

En réponse à une demande d'aide, l'Autre transmet un sentiment de foi/confiance et de grâce.

... Dieu était très très présent; à tout moment, c'était de demander à Dieu de venir m'aider [...] Je pense que ça a été une bonne tactique de faire des demandes, mais de m'en remettre à

prenait une force spirituelle pour me tenir. J'aurais craqué. (Abel)

J'ai pu voir à travers les gens et les paroles ce qui venait de l'homme et ce qui venait de Dieu. Dieu passe à travers les hommes. [...] C'est ça la grâce. (Bernard)

L'appétit de vivre revient lentement avec la redécouverte de la beauté de la vie.

Je me suis aperçu que la vie est très belle et que ça vaut la peine. C'est à ce moment-là que je me suis dit que je voulais vivre vieux et en santé. (Dylan)

Des membres de la famille et des proches apparaissent comme des médiateurs de l'Autre.

Ma mère et mon parrain. [Des personnes] Qui avaient été mises sur mon chemin par Dieu. Pourquoi Dieu m'a envoyé une mère comme ma mère? Elle est patiente, bonne, aidante, généreuse... Pourquoi il m'a envoyé un parrain qui a une bonne écoute, qui est très spirituel, il a été moine bouddhiste, il est très spirituel. C'est un bon exemple pour moi. (Huguette)

Les participants, dans ce positionnement, affirment qu'ils agissent *réellement* de manière *benéfique*, en

« ... une vision optimiste et réaliste de la vie se fait jour ainsi que le renouvellement du sens de l'existence. Cette vision résulte d'une attitude d'abandon confiant, se traduisant par l'espoir de passer au travers, l'espoir d'un mieux-être, l'espoir de communiquer aux autres ce qui a été reçu. »

Dieu pour ce qui était des réponses, puis de ce qui allait se passer dans ma vie. (Annie)

... ça a été là que j'ai vraiment senti qu'au-dessus de moi, il y avait quelque chose de très solide, parce que les étapes qu'on a dû passer, ça

raison du Dynamisme présent. Cela s'exprime par l'aide qu'ils fournissent aux autres sous la forme du transfert de l'acquis expérientiel.

... puis, c'est peut-être pour ça que je trouve important pour moi de transmettre aux autres cette étincelle, ce

feu que ça a allumé en moi... de dire : « oui, à quelque part, c'est possible ». (Annie)

Dans ce positionnement, une vision optimiste et réaliste de la vie se fait jour ainsi que le renouvellement du sens de l'existence. Cette vision résulte d'une attitude d'abandon confiant, se traduisant par l'espoir de passer au travers, l'espoir d'un mieux-être, l'espoir de communiquer aux autres ce qui a été reçu. L'abandon et le détachement dégagent ainsi un espace pour un regard renouvelé. Dans cet état, les aspirations sont portées vers une meilleure relation à soi et à l'Autre.

Quatrième phase : re-fondement, enracinement- accomplissement de l'Être

Dans ce positionnement, le re-fondement de l'Être s'effectue grâce à la reconnaissance et à la prise de conscience graduelle des goûts et des potentialités créatrices. La vie, basée sur le critère des goûts et de ce qui rend heureux, favorise l'enracinement, alors que l'orientation de la vie sur les forces et les potentialités créatrices incline à l'accomplissement : enracinement et accomplissement de son identité personnelle ou vocationnelle.

Les participants sont ouverts au Dynamisme spirituel et expriment des sentiments de vitalisation, de foi/confiance, d'harmonie et de bien-être, de gratitude, le tout dans un contexte d'une relation à soi, à l'Autre, à la vie. Passion et vie spirituelle ne font qu'un.

C'est un éclairage pour moi la vie spirituelle, c'est souvent elle qui va faire déterminer vraiment ce que j'ai envie de faire. Présentement, je pourrais virer le capot de bord et dire que je retourne dans le monde du tourisme, mais j'ai une passion. Ce qui est ma passion, bien, c'est branché là, puis ce qui est branché là, bien c'est une vie spirituelle qui est en dessous de tout ça, qui m'amène là. (Donald)

Les sentiments de bien-être et d'épanouissement personnel, de confort intérieur et d'harmonie donnent accès à la lumière de l'âme, à une joie de savourer le moment présent.

Le plus important c'est ce que je fais aujourd'hui ... c'est que je me sens toujours au bon moment à la bonne place. Je ne me sens plus assis entre deux chaises. (Carlos)

Bien, je suis beaucoup plus en paix avec moi-même, beaucoup plus à l'écoute des autres. Parce que je fonctionne beaucoup mieux, donc j'ai une meilleure estime de moi-même aussi. (Estelle)

En harmonie. Profondément, spirituellement, en harmonie avec ma personne. J'ai retrouvé la lumière de mon âme. (Christel)

Les participants ont fait la découverte ou la rencontre de l'Autre – qui vitalise et épanouit – à travers des médiations multiples. Pour l'un, c'est la rencontre de l'âme sœur, d'une amoureuse, d'un ami, relation dans laquelle se vivent communion et partage.

Ce que je vais chercher, c'est un peu l'amour... l'amour... je dirais l'émerveillement. L'émerveillement devant toute la richesse et la complexité de l'être humain. (Annie)

Certains participants font la rencontre intime de l'Autre où se découvre une attention délicate, une intimité.

Bien, je crois que je suis profondément aimée et acceptée comme je suis. Je crois que je suis guidée, dirigée, je découvre des choses personnelles sur l'amour de Dieu qui ne sont pas dans les livres, mais ça, c'est extrêmement précieux pour moi, ça m'apporte beaucoup de joie ... j'ai découvert ... que Dieu, dans son amour pour moi, était plein de délicatesse... (Ariane)

Des participants évoquent la Création, les proches ou des intervenants perçus comme médiateurs-médiations de l'Autre en raison des qualités qui leur sont spécifiquement attribuées.

Ben moi, je Le vois beaucoup dans ma relation avec les autres ... je Le vois à travers la création, puis je Le vois dans les autres personnes... les personnes pour qui c'est un peu plus difficile. [...] Souvent je peux dire : « Je Te remercie de mettre telle ou telle personne sur ma route pour que je puisse être accompagnée ». (Annie)

Donc, il y a certaines personnes du PAVOIS... Il y a une personne qui fait vraiment la différence, puis au niveau du CTR où je suis aussi... Je pense que ce qu'elles ont de spécial, c'est qu'elles croient qu'on est toutes des personnes avec des forces et des qualités, des personnes qui ont du potentiel malgré les difficultés, des personnes qui peuvent s'en sortir, qui peuvent avoir une belle vie, des personnes qui m'encouragent dans mes projets, des personnes qui croient en moi, même dans les moments où je ne crois pas en moi; il y a des personnes qui portent cette croyance que je peux faire quelque chose... Ben, je pense que c'est Dieu qui vient me parler à travers ces personnes-là, en venant m'aider... (Annie)

Dans une visée d'accomplissement, les apports de l'Être et du Dynamisme spirituel sont mis à contribution dans le cadre de l'aide aux autres. Un choix d'activités est fait en accord avec les valeurs personnelles.

... là j'ai commencé un nouveau travail, ... ça a fait une semaine mardi. Et puis je me sens heureuse parce que je me sens dans la réalisation de ma vie. Alors, c'est un bonheur de me remettre sur le marché du travail et de fonctionner. (Christel)

Je me dis : « dans le moment, je fais quelque chose ... que j'aime, je fais quelque chose où je m'épanouis, je fais quelque chose où on me reflète que j'apporte aux autres ». (Annie)

L'art est vu comme un médium de choix en tant qu'expression de l'Être.

... moi la peinture, c'est une passion, alors je prends beaucoup de temps pour m'exprimer par l'art. (Annie)

Le bénévolat, la militance des droits des personnes ayant un problème de santé mentale, le partage ou le témoignage sont des activités où un rôle social peut être exercé à nouveau.

Même si je suis retirée du monde du travail, je tiens à participer, à apporter aux autres, à pouvoir enrichir, apporter, participer. Je peux avoir un rôle social, mais aussi beaucoup de relations sociales avec les gens... En fait, quand je fais quelque chose

pour moi-même, je juge que je l'apporte aux autres en même temps. Quand je travaille sur mon bien-être, ça change ma personne, je me sens mieux, alors ça se répercute directement sur mes enfants. Quand je fais du bénévolat à l'extérieur, c'est un exemple concret que je donne à mes enfants. (Ariane)

Les participants veulent s'accomplir à travers un projet de vie. Cet accomplissement vient de la mise en action des passions, des dons, des talents, des potentialités et de l'acquis expérientiel.

... je fais un stage avec le PAVOIS comme intervenante. [...] De me retrouver dans une équipe qui m'accepte, qui sait que j'ai un problème de santé mentale mais qui m'accepte, puis qu'ils soient très ouverts à ce que je sois là, puis qu'ils m'accueillent dans mes forces puis aussi dans ce que je suis avec certaines de mes limites, ça a été une grande joie pour moi... J'ai eu l'occasion jusqu'à maintenant de monter puis de coanimer des ateliers sur le rétablissement. (Annie)

Ce qui est ma passion ... c'est branché là, puis ce qui est branché là, bien c'est une vie spirituelle qui est en-dessous de tout ça, qui m'amène là... Ce ne sont pas deux choses distinctes, loin de là pour moi... J'ai une sensation d'accomplissement, c'est là que j'en suis... (Donald)

De plus, spiritualité et vie quotidienne se vivent en un tout unifié.

Non, moi je dis que ça va ensemble, c'est un fondement, c'est un fond qui risque d'influencer beaucoup de décisions ou de résolutions de problèmes, peu importe. C'est un éclairage, pour moi, la vie spirituelle. (Donald)

L'Autre est perçu en tant qu'instance unique et universelle, Présence qui nous accompagne.

Puis maintenant la vie met sur mon chemin plein de personnes intéressantes qui ont des intérêts qui peuvent ressembler aux miens, qui ont des choses à m'apprendre et avec qui je peux partager, qui

sont ouvertes d'esprit, qui sont stimulantes. (Ariane)

Est-ce que le bon Dieu est une femme, est-ce qu'il est un homme... est-il juste une poussière? Dans cette infinie poussière, il y a toute l'essence de l'amour... (Christel)

... la petite voix en dedans de moi m'a répondu : « donne-m'en encore [de l'amour], parce qu'elle [cette personne] a besoin de toi, tu es sur son chemin parce qu'elle a besoin de quelque chose de toi »... (Christel)

Dans ce positionnement, les participants affichent une vision renouvelée de la vie basée sur les potentialités et les goûts reconnus. Ils expriment une capacité d'émerveillement et de reconnaissance pour la vie. Ils vivent leur quotidien au moment présent.

Orientations cliniques

Au regard des implications pour la pratique clinique, les notions mises au jour faciliteront le travail des intervenants quant aux soins spirituels des personnes ayant un problème de santé mentale. Les intervenants des autres disciplines y puiseront une meilleure connaissance du rôle de la spiritualité, ce qui leur permettra de mieux évaluer son importance dans le rétablissement.

Les deux premières phases illustrent comment la souffrance existentielle, résultant d'un manque ou d'une absence de Dynamisme spirituel, affecte une conscience vocationnelle. En phase trois, la personne en arrive, par l'ouverture et l'abandon confiant à l'Autre, à trouver des mots pour témoigner de son expérience, à se réapproprier son élan vital et à ouvrir un espace nouveau dans lequel elle prend graduellement en considération les aspects de sa personne – ses potentialités et ses limites –, mais davantage les appels de son Être et sa mission personnelle. Sur de telles bases, en phase quatre, elle peut ainsi enraciner son goût de vivre et cheminer vers l'accomplissement de son identité vocationnelle.

Or, ce changement de phase ne peut s'effectuer sans l'apport de ressources, de stratégies et de moyens qui introduisent une transformation

spirituelle et contribuent au rétablissement, entre autres :

- sur le plan des **ressources**, lorsque la personne s'ouvre à une instance supérieure (Autre, Dieu...), est en contact avec ses proches, sa famille et ses amis, chemine avec un intervenant en soins spirituels, participe à un groupe de pairs ou d'entraide, rencontre chez les pairs des modèles qui suscitent l'espoir, est soutenue par une équipe soignante qui croit en elle et est solidaire de ses petits pas;
- sur le plan des **stratégies**, quand la personne adopte un mode de vie en ayant recours à Plus grand que soi, demande aide aux autres, prend soin d'elle, vit au présent en savourant les petits moments de la vie, agit selon ses valeurs les plus nobles;
- sur le plan des **moyens**, lorsque la personne se donne des outils (journal, examen de vie, relecture de vie...), s'adonne à des activités qui soutiennent sa foi/confiance en elle-même et en la vie (pratique spirituelle, méditation, lecture...), pratique un art, partage son expérience, s'engage auprès de ses pairs (militance...), exerce un travail ou fait du bénévolat lié à sa mission personnelle.

Conclusion

Les divers positionnements et les phases que nous avons relevés mettent en lumière l'expérience spirituelle dans le cadre du rétablissement. L'expérience spirituelle se définit ainsi à partir de phases spécifiques qui ponctuent son parcours.

Dans l'examen de ces quatre phases, d'une part, on peut reconnaître que l'expérience spirituelle rend compte du passage de l'Autre dans son existence. En tant que saisie du *Plus grand que soi*, elle ne peut s'appréhender autrement que par les sens, dans un vécu relationnel à soi et aux autres – personnes significatives et médiatrices de l'Autre. D'autre part, dans cette expérience, l'enjeu existentiel de la personne est l'ouverture au Dynamisme spirituel afin que le noyau identitaire puisse s'éveiller, s'enraciner et s'accomplir.

Quête spirituelle – de la réparation à la sublimation • la perspective d'une proche

Par Diane Saint-Amour, directrice générale, l'Accolade Santé mentale

J'avais 38 ans, mon frère aîné, Guy, 48. Il s'est suicidé. Aîné de six enfants, il était pour moi une figure paternelle et mon parrain. Il m'aimait, m'admirait et me choyait à mes anniversaires. Curieux, dynamique, amoureux de la nature et sportif, il avait couru le premier Marathon international de Montréal. Parfois, il se montrait entêté et orgueilleux, et nous animions de joyeuses et intenses discussions lors des rencontres familiales.

Guy souffrait de la maladie bipolaire qui s'est installée en sourdine. À 47 ans, un épisode de manie frôlant la psychose l'a frappé de plein fouet. Ses frasques s'intensifiant, nous avons dû requérir une ordonnance d'évaluation psychiatrique qui n'a pas donné les résultats escomptés. Quelque cinq mois plus tard, après avoir brisé tous les liens avec ses frères et ses sœurs, il s'est pendu à un arbre.

Peu après sa mort, j'ai consulté une psychologue gestaltiste. Je me souviens lui avoir dit : « La mort de mon frère a déchiré la toile qui recouvrait ma souffrance ». La thérapie m'a permis de renouer avec la fillette de 7 ans qui avait vécu la perte affective de son père. Papa avait fait une psychose. Se croyant l'envoyé de Dieu, il était devenu agressif envers ma mère. Interné six mois à l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu au début des années 50, il a connu les électrochocs sans anesthésie, l'isolement et la nouvelle médication antipsychotique. À son retour, il suscitait en nous une telle peur que nous n'osions l'approcher. Ma mère nous a avoué plus tard avoir craint un nouvel accès psychotique, qui ne s'est jamais produit.

Mon deuil et ma guérison se sont accompagnés d'une quête de sens : que faire avec la souffrance, quelle signification lui donner, comment m'ouvrir à ma peine sans qu'elle me submerge, réparer la déchirure et me pardonner de n'avoir pu empêcher le

suicide de ce frère aimé. La métaphore de la toile réfère à la « persona », ce masque que nous portons tous afin de protéger l'ego et qui souvent interdit l'accès à l'inconscient et au Soi.

Jeune adulte, j'avais rejeté mes racines catholiques. Je ne trouvais pas de résonance dans les discours des curés. Toutefois, je pratiquais le yoga régulièrement. J'apprivoisais la conscience non seulement corporelle et énergétique, mais aussi l'Ouverture et la Présence.

Au cégep, j'ai suivi deux cours d'approche aux mourants et je suis devenue bénévole à l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria. J'y ai découvert les écrits de Stephen Levine, une révélation. Ce bouddhiste américain me révélait à moi-même grâce à ses paroles et à ses méditations guidées. Tranquillement, avec douceur et bonté, un changement s'opérait en moi. J'apprenais à m'accueillir sans jugement. J'assimilais la patience, telle une tendre bienveillance. J'ai connu cette Présence d'amour incommensurable que l'on peut appeler Dieu, Jéhovah, Bouddha... Ayant obtenu un diplôme de deuxième cycle en Études interdisciplinaires sur la mort à l'UQAM, j'ai formé des bénévoles à l'approche aux mourants.

À l'aube de la cinquantaine, j'ai subi une dépression. La mort de ma mère, l'épuisement, d'importantes difficultés personnelles et professionnelles ont fait que je me suis retrouvée en arrêt de travail. J'ai fait un premier séjour en silence à l'Abbaye de Saint-Benoît-du-Lac. J'y ai vécu une épiphanie en me plongeant dans les écrits de Maurice Zundel, prêtre et mystique suisse. Il parlait de Présence et d'Abandon à l'Amour infini de Dieu. Je me suis réconciliée avec mes racines et j'ai été influencée par le mysticisme catholique. J'ai compris par de nombreuses lectures et des séjours réguliers en silence que tous les grands mystiques parlent le

même langage : Présence et Abandon à l'Amour. J'ai apprivoisé la beauté des rituels catholiques, dont la communion, la bénédiction et la prière, tout en restant inspirée par la tradition Vipassana du bouddhisme.

Depuis quinze ans, mon rôle de directrice d'une association de familles a contribué à approfondir ma foi. Alors que j'interviens, je me recentre et laisse monter en moi la Présence et l'Amour. Ainsi, je ne suis pas dans l'impuissance face aux souffrances que viennent déposer en toute confiance les familles que je rencontre. Je suis là avec ouverture et bienveillance. Et sans que je le suscite concrètement, les personnes se sont mises à me parler de spiritualité. Nous avons de beaux et profonds échanges sur la quête de sens et sur l'essentiel de la démarche à laquelle elles sont conviées : trouver un chemin qui a du cœur et qui les transformera et les touchera au plus intime de leur être.

J'ai aussi conçu des ateliers (« Entrer en amitié avec soi-même ») qui invitent à méditer sur la bienveillance, l'amour-tendresse et le pardon. Les familles ont un besoin essentiel de cultiver la bienveillance, d'abord envers elles-mêmes puis pour l'offrir gracieusement à la personne malade de leur entourage.

Je suis infiniment reconnaissante à la psychologue qui m'a accueillie avec patience et bonté. Je rends grâce à toutes les personnes qui sont passées par mon bureau, qui ont participé aux ateliers et aux activités de formation que j'anime. Je leur dois aussi d'avoir enrichi le terreau que je suis. J'ai approfondi auprès des familles l'humilité et la compassion. À mon tour, je partage avec elles ma joie et ma confiance en leur rétablissement.

« Mon Dieu, cachez-moi dans votre lumière, rendez-moi transparent à votre présence et apprenez-moi à être le sourire de votre bonté. » Maurice Zundel

Nous avons vu pour vous ... Chaise berçante à vendre, le pouvoir d'agir entre le discours et la pratique

Par Isabelle Vincent, ergothérapeute, chargée d'enseignement en médecine, programme d'ergothérapie, Université Laval

DVD de Luc Vigneault, ancien psychiatrisé, usager et directeur général de l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (APUR)

Coproduction : Communication Bastien Décary et APUR, 2008

Lors de ma participation au dernier colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, j'ai eu le plaisir d'assister au visionnement de Chaise berçante à vendre, le pouvoir d'agir entre le discours et la pratique, un DVD réalisé par Communication Bastien Décary et l'APUR. Il s'agit d'une idée originale de Luc Vigneault qui se présente comme ancien psychiatrisé, usager et directeur général de l'APUR. À mon avis, Monsieur Vigneault est avant tout un homme engagé, d'une grande richesse, qui sait semer l'espoir autour de lui. Cela apparaît clairement dans le film. Je vous livre donc mes commentaires de clinicienne et d'enseignante quant aux éléments qui m'ont interpellée.

Lors de ce visionnement, nous avons le privilège d'être les témoins d'une grande expérience de vie, d'une démarche de conscience et de respect de soi d'un homme vivant avec la schizophrénie. Un des éléments forts de ce DVD est qu'au cours de cette histoire de réappropriation du pouvoir d'agir, le personnage central, qui passe symboliquement et progressivement des rôles de jardinier puis de contremaître à celui de réalisateur de sa propre vie, nous donne un enseignement précis – et combien humoristique – quant aux attitudes à adopter pour accompagner une personne en voie de rétablissement.

Premièrement, le personnage nous remet à l'esprit l'importance de saisir qu'au regard d'une personne qui affiche des comportements laissant croire qu'elle a démissionné, il y a une motivation juste et louable, celle de préserver un cœur blessé, meurtri, qui a tout à gagner à ne plus prendre de risques. Cette étape d'identification du sens de la *démission* est cruciale pour nous permettre, comme intervenant, de montrer une ouverture du cœur, de poser un regard compatissant sur la personne atteinte, de l'accueillir à sa juste valeur, de croire en son potentiel peut-être davantage qu'elle ne le fait présentement et de persévérer dans nos interventions. Par notre réaction, nous facilitons le *processus de risque* que comprend toute décision et nous demeurons admiratifs

face à la persévérance, au courage et aux efforts déployés par l'individu pour réaliser ses rêves et construire sa propre vie.

Deuxièmement, le personnage principal nous parle de la nécessité d'informer la personne atteinte, de l'amener à acquérir des connaissances multiples, de l'aider à assimiler de nouvelles habiletés pour qu'elle reprenne du pouvoir sur elle-même, son environnement, ses occupations..., sa vie.

Troisièmement, le DVD met nettement en lumière l'intérêt pour les personnes utilisatrices de se regrouper. Ainsi, elles peuvent être vues et entendues, et donner une résonance à leur vécu et à leurs besoins actuels.

Un autre élément du film, nouveau et très pertinent : le questionnement que tout intervenant doit avoir quant à sa part de responsabilités et à sa zone personnelle de confort relativement à la gestion des risques que comporte l'accompagnement d'une personne atteinte, maîtresse de sa vie. Ce qui, selon moi, conduit l'intervenant à s'interroger sur ses propres valeurs, un préalable incontournable pour une intervention authentique.

De plus, ce DVD suscite plusieurs réflexions organisationnelles. Tout d'abord, considérant le fait qu'il est réalisé à l'intérieur des murs de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec, il me porte à remettre en cause l'organisation des services actuels où l'on privilégie le client motivé, engagé, car celui-ci accroît l'efficacité et permet l'atteinte de résultats et de données probantes. Comment accompagnons-nous ceux qui réfléchissent à la question suivante : est-ce que le changement en



vaut la peine? Je me surprends, après ce visionnement, à souhaiter le retour de l'archange Saint-Michel armé de son épée, le retour de l'ère du soin, qui laissait davantage place à l'accueil et au respect du rythme de l'autre. De plus, le message symbolique touchant la vente de la chaise berçante m'apparaît osé et dit sans détours aux décideurs qu'une époque est terminée, que les utilisateurs de services disposent de nombreuses ressources et qu'il est temps de leur redonner du pouvoir. Ils veulent être au cœur des décisions, en commençant par assister aux rencontres interdisciplinaires pour guider l'équipe quant à leur propre plan d'intervention.

Le film établit également les bénéfices d'une collaboration entre les divers partenaires pour faciliter le rétablissement de la personne atteinte. Pour ce faire, nous avons le privilège d'entendre différents acteurs parler de leur contribution et de leurs valeurs. Cet élément me semble intéressant à explorer davantage. Par contre, on peut douter de la volonté des leaders décisionnels qui morcellent les services et qui rendent plus difficile l'arrimage entre les structures. Bravo à ceux qui possèdent la persévérance pour faire avancer les choses.

Je tiens à remercier les personnes ayant participé à la réalisation de ce DVD

et plus particulièrement Monsieur Vigneault, car cette œuvre a été pour moi significative et a influencé ma propre démarche de rétablissement. Elle me ramène à l'obligation d'effectuer des changements organisationnels pour offrir des services de qualité où chaque personne vivant avec un problème de santé mentale pourra trouver des réponses à ses besoins et être accompagnée à son rythme. Je compte utiliser cet outil de sensibilisation comme instrument de formation auprès des futurs ergothérapeutes pour qu'ils puissent coopérer à l'élaboration des changements à venir.

le partenaire

Ne manquez pas
nos deux prochains
numéros sur les
mesures de suivi
dans la communauté



1

Premier numéro : Cadre théorique

- Une synthèse des principaux courants de pensée qui influencent les pratiques du soutien dans la communauté ainsi que les plus importantes dimensions cliniques caractérisant l'intervention
- Un texte de **Daniel Gélinas**, M. Sc., psycho-éducateur, travailleur social et agent de recherche affecté au Centre national d'excellence en santé mentale par le Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

2

Deuxième numéro : Quelques exemples d'applications

- Des applications de différents types de mesures de suivi dans la communauté réalisées par diverses ressources, communautaires et publiques. À suivre!

Ce numéro sur la spiritualité vous a plu?

Voici deux suggestions d'articles tirés de la *Revue canadienne de psychiatrie* (mai 2009) qui pourraient vous intéresser aussi :

- *Research on Religion, Spirituality and Mental Health: A Review*
- *Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality and Mental Health*

[<http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/464>]



Lors de l'assemblée générale 2009 de l'AQRP



Les membres présents ont pu prendre connaissance de quelques faits saillants du sondage Web effectué au printemps. À retenir :

Plusieurs résultats positifs, dont...

- * une mission autour de laquelle se rallient les membres de l'AQRP
- * la pertinence des activités en cours
- * la qualité du travail accompli
- * l'appréciation du partenaire
- * la satisfaction envers l'AQRP

Des attentes et des besoins entendus...

- * plus d'activités de formation
- * une présence accrue de l'AQRP en région
- * plus d'information au sujet des actions de l'AQRP

Sans oublier un haut taux de participation :
MERCI à tous les répondants!

