

David Cooper

Psychiatrie et anti-psychiatrie

Traduit de l'anglais par Michel Braudeau

Editions du Seuil

TITRE ORIGINAL : Psychiatry and Anti-Psychiatry

David Cooper, 1967

Editions du Seuil, 1970 (1978 pour la présente transcription)

Table

Préface ... 3 /7/

Introduction ... 6 /13/

1. Violence et psychiatrie ... 14 /29/

2. Les familles et la schizophrénie ... 26 /57/

3. Etude d'une famille ... 33 /75/

4. Le malade, sa famille et le service ... 48 /109/

5. Pavillon 21 : une expérience d'anti-psychiatrie ... 54 /123/

6. En outre ... 67 /153/

Appendice : La question des résultats, addendum ironique ... 71 /165/

Bibliographie ... 79 /185/

à la mémoire de mon père

/7/

Préface

Pour quiconque travaille dans le champ psychiatrique et refuse de voir sa conscience critique de la situation où dès lors il se trouve, paralysée et absorbée par le processus de l'institutionnalisation — à travers l'enseignement théorique et l'endoctrinement au jour le jour qu'on lui dispense, au cours de son apprentissage hospitalier comme dans les hôpitaux psychiatriques —, un certain nombre de questions gênantes se posent. Car c'est bien dans ce champ, au milieu de sujets vivant des situations extrêmes, qu'on éprouve la « sensation de doute » Zen : pourquoi suis-je ici ? qui m'a mis là ? ou pourquoi me suis-je mis là ? (et quelle est la différence entre ces questions ?), qui me paie pour quoi ? que ferai-je ? pourquoi faire quelque chose ? pourquoi ne rien faire ? qu'est-ce que quelque chose et qu'est-ce que rien ? qu'est-ce que la vie et la mort, la santé et la folie ?

A celui qui a survécu à l'institution, aucune des réponses ordinaires et plus ou moins faciles que l'on peut faire à ces questions ne semble adéquate. C'est que ces questions s'étendent à la fois au fondement théorique, tel qu'il lui a été donné, de son travail, et aux opérations précises et quotidiennes qu'il accomplit — gestes, actes, déclarations en relation avec d'autres personnes réelles. Une mise en question plus radicale a conduit certains d'entre nous à proposer des conceptions et des procédures qui semblent s'opposer absolument aux conceptions et procédures traditionnelles — et qui, en fait, peuvent être considérées comme le germe d'une anti-psychiatrie.

/8/ La voie la plus efficace pour explorer les possibilités d'une telle anti-discipline, ce me semble être d'étudier le domaine où la discipline contestée se trouve confrontée avec un problème majeur. Soit, pour la psychiatrie, le domaine dit de la schizophrénie.

Ce que j'ai essayé de faire dans ce livre, c'est de regarder dans son contexte humain réel l'individu qu'on a étiqueté comme « schizophrène », de rechercher comment cette étiquette lui a été donnée, par qui elle a été posée, et ce que cela signifie, à la fois pour celui qui l'a posée et pour celui qui l'a reçue.

C'est l'étude d'un mode d'invalidation sociale. Mais ce terme doit être entendu dans un double sens. En premier lieu, un individu est progressivement amené à se conformer à un rôle passif et inerte, celui de l'invalidé ou du patient — encore que ce rôle comporte quelque illusion d'activité, par exemple dans les services d'ergothérapie de l'institution, sur le terrain de sport, etc. Antérieurement à l'invalidation entendue dans ce sens, concurremment et dialectiquement lié avec elle, on trouve — en second lieu — le processus systématique en vertu duquel presque tous les actes, toutes les déclarations et l'expérience de celui qui a été étiqueté schizophrène sont décrétés invalides, selon certaines règles du jeu établies d'abord par la famille, plus tard par les autres, dans l'effort de tous pour produire ce patient invalide dont on a un besoin vital. Il nous faudra examiner précisément ce « besoin vital ».

A partir du siècle passé et conformément à la pensée d'un nombre croissant de psychiatres contemporains, la psychiatrie s'est alignée de manière beaucoup trop étroite sur les besoins, eux-mêmes aliénés, de la société dans laquelle elle s'exerce. Ce faisant, elle court perpétuellement le danger de commettre de bonne foi un acte de trahison à l'égard de ces membres de la société qui ont été jetés comme patients dans la situation psychiatrique.

De nos jours, nombre de personnes vont de leur propre /9/ gré chercher chez leur docteur un secours psychiatrique. Pour la plupart, ces gens, en termes très pratiques, cherchent à se faire donner un ensemble de techniques qui leur permettraient de se conformer au mieux et au plus près à l'attente globale de la société. Et ils sont généralement aidés dans

cette recherche. Un petit nombre de personnes égarées vont chercher chez le psychiatre une sorte de direction spirituelle. Ceux-là, généralement, perdent assez vite leurs illusions.

Cependant, la plupart de ceux dont je vais parler ici ont été précipités dans la situation psychiatrique par les autres, le plus souvent par leur famille. Le fait que la plupart d'entre eux ont actuellement le statut légal de patients de facto plutôt que d'internés ne peut être qu'une remarque ironique en marge de notre discussion. Il s'agit principalement de jeunes, qui en sont à leur première ou seconde admission en hôpital psychiatrique et qui ont reçu le label très particulier de « schizophrènes ». Ce sont des personnes ainsi étiquetées qui occupent le plus souvent les deux tiers des lits des hôpitaux psychiatriques, et il ne faut pas oublier que près de la moitié des lits d'hôpitaux du Royaume-Uni, sont des lits d'hôpitaux psychiatriques. Près d'un habitant sur dix est, à un moment quelconque de sa vie, hospitalisé pour ce qu'on appelle une « crise schizophrénique » et le célèbre psychiatre suisse E. Bleuler a dit une fois que pour chaque schizophrène hospitalisé, il y en avait dix en liberté. Mais à regarder les statistiques de cette manière, nous préjugeons de la schizophrénie comme d'une sorte d'entité réelle que certaines gens « ont ». Ce serait déjà faire fausse route.

Il existe dans notre société de nombreuses techniques en vertu desquelles certaines minorités sont d'abord désignées comme telles, puis traitées selon une série d'opérations allant du dénigrement insinué au refus de l'accès dans certains clubs, à l'exclusion de certaines écoles ou de certaines professions et ainsi de suite, jusqu'à l'invalidation totale des individus en tant que tels, l'assassinat et pour finir l'extermination en masse. Cependant, la conscience publique est si /10/ forte qu'il lui faut une excuse pour de tels actes ; et cette excuse lui est fournie par l'exercice préalable de techniques d'invalidation visant à produire une certaine quantité de victimes, toutes prêtes pour les procédures effectives d'élimination.

Il n'y a pas de technique d'invalidation plus respectable — mieux : on la pourrait dire sacro-sainte — que celle qui a la bénédiction de la science médicale. La médecine, bien que toujours consciente d'appartenir à la classe supérieure et vivant dans une atmosphère un peu renfermée, est, par tradition, libérale et humaine. Elle a un idéal élevé — et le serment d'Hippocrate. La psychiatrie, bien que certains praticiens aient commencé de tirer sur leur laisse, fait partie de la médecine. Nous aurons, quant à nous, l'occasion dans ces pages de mettre en doute la justesse de cette manière médicale ou pseudo-médicale de voir les choses et d'agir dans le domaine du comportement humain, qui est celui auquel s'intéresse la psychiatrie. En fait, il nous faudra nous demander si la psychiatrie n'a pas contribué, pour une bonne part de ses activités, à l'invalidation systématique d'une large catégorie de personnes.

J'ai en premier lieu proposé de considérer le problème de la schizophrénie dans une perspective qui diffère nettement de l'approche clinique conventionnelle ; une perspective qui se rattache, en revanche, à certaines études sur la famille faites aux Etats-Unis (que j'ai résumées au chapitre 2) et plus précisément encore aux études phénoménologiques sur la famille menées par R.D. Laing et A. Esterson au Royaume-Uni.

Le troisième chapitre cherche, à titre d'exemple, à rendre compréhensible la carrière de patient d'un jeune garçon diagnostiqué schizophrène, en étudiant la nature de son monde familial et les événements clés qui y sont intervenus. L'expérience m'a montré que la compréhension atteinte dans ce cas peut de même être obtenue dans la plupart des autres cas, et que, pour le moins, on ne saurait jamais prétendre /11/ avoir affaire à un ensemble de données cliniques opaques : c'est-à-dire à des données qui se laisseraient (théoriquement) expliquer biologiquement tout en demeurant incompréhensibles sur le plan social.

Dans le quatrième et le cinquième chapitre, j'ai esquissé les principes et la pratique d'une unité thérapeutique expérimentale pour jeunes schizophrènes, située à l'intérieur d'un grand hôpital psychiatrique ; je me suis référé là au problème de l'irrationalité institutionnelle (pour autant qu'elle est distincte de celle des patients) et aux difficultés quelle

crée pour le type d'expérience psychiatrique sociale qui me semble nécessaire et que j'ai cherché à justifier. Je crois que c'est seulement dans une unité de ce genre que nous pouvons explorer les possibilités d'une stratégie qui ne soit ni exploitante, ni invalidante, applicable à des sujets hospitalisés parce qu'ils sont prétendus fous. Bien que cette unité ait retrouvé nombre des idées de la « communauté thérapeutique » proposée par Maxwell Jones, Wilmer, Artiss et d'autres, elle fut, me semble-t-il, unique dans la mesure où elle s'occupait de schizophrènes dans l'optique d'une thérapie « orientée sur la famille ».

Par-dessus tout, je me suis intéressé au problème de la violence en psychiatrie et j'ai conclu que la forme de violence la plus frappante, peut-être, en psychiatrie n'était rien de moins que la violence de la psychiatrie : dans la mesure où cette discipline choisit de réfracter et condenser, sur ses patients désignés, la violence subtile de la société qu'elle représente trop souvent envers et contre ces patients. J'ai envisagé une unité expérimentale future dans laquelle on pourrait poursuivre le travail entrepris à partir de cette prise de conscience.

Une partie de ce texte, en particulier l'introduction, est nécessairement complexe et « technique » ; mais j'espère que le lecteur trouvera quelque intérêt à s'y frayer un chemin. Il eût peut-être été possible d'exposer tout ceci de manière plus agréable à lire ; après tout, on ne saurait éviter une complexité /12/ qui reflète la complexité réelle d'événements humains réels¹.

Je tiens à reconnaître ici ma lourde dette envers le Dr R.D. Laing et le Dr A. Esterson, à tous les niveaux de ce travail ; mais ils ne sauraient être tenus pour responsables de ce texte. J'aimerais remercier le comité consultatif médical et le comité d'administration de l'hôpital, pour les facilités qu'ils m'ont laissées de mener mon travail et tout particulièrement le médecin consultant de service, le Dr S.T. Hayward. Le sous-comité à la Recherche du bureau hospitalier régional responsable a financé le secrétariat nécessaire pour mon travail de recherche sur la famille. Le Dr J.D. Sutherland a lu la majeure partie du manuscrit et m'a fait part de ses précieuses critiques. Je suis également reconnaissant au Dr J. Humphrey, au Dr Macintyre et à M. Paul Senft à la fois pour leur aide pratique et pour avoir accepté de lire des parties de manuscrit. Je voudrais toutefois souligner à nouveau le fait qu'aucune de ces personnes ni de ces organismes ne porte une responsabilité quelconque en ce qui concerne les points de vue que j'ai ici exprimés : quelques-uns d'entre eux ont, en fait, montré de considérables divergences d'opinion.

Par-dessus tout, je suis redevable à tous ceux qui ont vécu et travaillé dans le Pavillon 21².

¹ Pour une introduction plus détaillée à certains des concepts clés utilisés dans ce livre, je renvoie le lecteur à l'ouvrage de R.D. Laing et D.G. Cooper, *Reason and Violence*, 1964.

² Je remercie Heinemann et Cie pour m'avoir autorisé à citer le passage extrait du *Prophète*, de Kahlil Gibran (édition de 1926, réimprimée en 1965), ainsi que l'éditeur du *British Medical Journal*, qui m'a permis d'utiliser dans l'appendice l'article intitulé « Résultats d'une thérapie orientée sur la famille, dans le cas de schizophrènes hospitalisés », *Brit. Méd. J.*, 18 décembre 1965 (2), 1462-5.

/13/

Introduction

On est toujours libre de ne rien comprendre à rien.

GABRIEL MARCEL

Si nous considérons l'histoire récente de la psychiatrie, disons : pendant les dix dernières années, nous constatons qu'il y a en gros deux types d'approche de ce que l'on appelle la schizophrénie. D'un côté, l'approche traditionnelle, qui déclare, ou plus souvent suppose, sans éprouver le besoin de le déclarer, qu'il existe une entité nosologique (c'est-à-dire répertoriée parmi toutes les maladies) appelée schizophrénie, dont il faut expliquer les causes. D'un autre côté, une approche fondée sur la remarque qu'on n'a d'aucune façon établi cette entité pathologique, que ce « modèle », ou cette manière de penser, ne sont peut-être pas les mieux appropriés pour aborder le « champ schizophrénique »³, voire même que ledit modèle est en totale contradiction avec la véritable nature de ce champ.

Soit l'approche nosologique, quasi médicale : puisqu'il s'agit d'une maladie, il y a des symptômes et des signes observables sur une personne qu'on peut elle-même objectiver, qu'on peut (implicitement ou explicitement) abstraire de son environnement humain pour les besoins d'une telle observation ; ensuite, les symptômes et les signes induisent un diagnostic qui, en retour, induit un pronostic et un traitement. Cette entité supposée diagnostiquée doit par définition avoir une cause ; et là les points de vue divergent entre, d'un côté, l'anomalie biochimique, l'infection virale, le défaut structurel du cerveau, l'origine constitutionnelle génétique (qui peut être elle-même liée à d'autres causes), et de l'autre côté une causalité psychologique.

La seconde approche, à laquelle il est difficile de donner un nom, tend à considérer la « schizophrénie », comme un mauvais tour de ce que Wittgenstein appelait « la séduction de notre intelligence par le langage ». Le psychiatre américain T.S. Szasz applique à la schizophrénie le terme de *panchreston*. Un *panchreston* est un « explique-tout », de même qu'il y a des « panacées » et des drogues à large spectre psychotrope. En fait, suggère-t-on, le terme de schizophrénie n'a fait que rendre confus le vrai problème, et il n'y a pas l'ombre d'une preuve non équivoque commandant de faire entrer la schizophrénie comme entité pathologique dans le champ de la nosologie médicale.

Reste que la schizophrénie n'est pas un terme entièrement dépourvu de sens même pour ceux qui travaillent dans cette dernière direction, et je donnerai à titre d'essai la définition suivante, pour guider notre recherche : *la schizophrénie est une situation de crise microsociale*⁴, dans laquelle les actes et l'expérience d'une certaine personne sont invalidés par les autres, pour certaines raisons culturelles et microculturelles (généralement familiales) compréhensibles, qui finalement font que cette personne est élue et identifiée plus ou moins précisément comme « malade mentale » et ensuite confirmée (selon une procédure d'étiquetage spécifiable mais hautement arbitraire) dans l'identité de « patient schizophrène », par des agents médicaux ou quasi médicaux. Cette définition, on voudra bien le noter, se réfère à un désordre extrême (crise) à l'intérieur d'un groupe, et ne dit rien sur le désordre chez la personne « schizophrène ». Cependant, la personne élue a généralement, antérieurement à la crise, grandi en faisant du monde une expérience conditionnée par le

³ J'appellerai ainsi le champ social où l'étiquette « schizophrénie » est par certains acteurs attachée à d'autres acteurs.

⁴ Le terme de *microsocial* se réfère à un groupe fini de personnes en interaction sur le mode du face à face, personnes qui se regardent et sont regardées les unes par les autres.

manque global ou partiel de validation consensuelle et de sa perception de soi et de sa perception d'autrui. L'état qui en résulte, sur le plan de l'expérience et du comportement, est parfois désigné par les psychiatres comme « schizoïde ». Là encore, je ne suppose aucun défaut préalable chez le futur patient ; je suggérerais seulement qu'il y a un échec démontrable dans un champ microsocial de personnes en relation.

Avec cette définition comme point de départ, le problème central m'apparaît être le suivant : dresser le tableau comportemental (la totalité du comportement communicatif, verbal et non verbal) présenté par celui qu'on a diagnostiqué comme un « patient schizophrène aigu » au moment de son examen en service d'admission, et ensuite découvrir dans quelle mesure ce tableau peut s'expliquer par ce qui s'est passé et se passe entre le patient et ceux avec qui il est en relation. En recherchant cette compréhension, je mettrai particulièrement l'accent sur la famille du patient, puisque, dans le cas des jeunes patients en première admission, la famille est généralement le groupe le plus activement significatif où ceux-ci se trouvent engagés.

La valeur heuristique de cette manière de poser le problème m'a été suggérée par les expériences que j'ai eues en parlant tour à tour avec des schizophrènes, avec leur famille, puis avec le patient et sa famille réunis. Ce dernier type d'entretien, auquel un nombre croissant d'études sur la famille faites aux Etats-Unis a tracé la voie, produit une situation d'interaction de groupe d'un genre très particulier : c'est à partir de cette expérience que les formulations hypothétiques présentées dans cet essai, se sont développées.

Je décidai que concurremment avec les observations faites sur les patients dans leur interaction avec le groupe du service, les patients seraient vus avec leur famille. Les interactions dans ces deux groupes seraient ensuite comparées, et /16/ cherchée la lumière jetée sur les phénomènes d'interaction dans le service par la compréhension acquise du fonctionnement du groupe familial.

Des objections peuvent immédiatement être opposées à une recherche de cette nature. Quels sont vos moyens de contrôle ? Comment allez-vous quantifier les matériaux rassemblés ? Comment pourrez-vous prétendre à quelque généralisation de vos résultats à partir d'un aussi faible nombre de cas ? Devant ces objections, ce qu'il faut reconnaître c'est qu'il y a un certain nombre de principes propres aux sciences naturelles qui ont été exportés inconsidérément par certains chercheurs dans le domaine des sciences humaines (ou sciences anthropologiques) et dont on a prétendu faire par la suite des desiderata, sinon l'essentiel ou les conditions préalables, de toute étude qui se voudrait scientifique. Cette tendance a conduit à des confusions méthodologiques interminables et à des tentatives répétées pour « prouver », alors que la « preuve » est une impossibilité à priori pour le domaine visé.

Je quitterai ici le problème particulier de la schizophrénie pour considérer, en un excursus inévitablement schématique, les étapes par lesquelles procède la science expérimentale de la nature, puis voir si ces étapes sont pertinentes et applicables dans une « science des personnes ». C'est peut-être seulement à l'intérieur d'un cadre scientifique comme celui-là que nous pourrions donner un sens à ce qui semble être la folie.

Les sciences expérimentales de la nature se fondent sur l'observation précise. Toute recherche doit procéder de faits observés. En physique et en biologie, ces faits sont généralement *inertes*, c'est-à-dire qu'ils sont appréhendés de l'extérieur par un observateur qui n'est pas affecté par eux et qui ne les affecte pas par son observation. Même en microphysique, où le principe d'incertitude nous enseigne que l'observation affecte le champ des faits observés, il existe /17/ des techniques mathématiques qui maintiennent l'observateur dans une sorte de relation d'extériorité par rapport aux faits et par rapport à ses techniques d'observation elles-mêmes. Dans une science de l'interaction personnelle, au contraire, il est non seulement inévitable que l'observateur et l'observé s'affectent mutuellement dans tous les cas, *mais c'est ce rapport mutuel qui donne naissance aux premiers faits sur lesquels la théorie se fonde* : ce

rapport, et non pas les entités personnelles affectées ou affectantes. Les faits qui constituent les données d'observation des sciences anthropologiques sont différents de ceux dont procèdent les sciences naturelles non pas comme peuvent l'être les faits qui intéressent la biologie de ceux qui intéressent la physique : ils diffèrent des faits qui font l'objet des sciences naturelles *de par leur statut ontologique*. Autrement dit, la relation observant-observé, dans une science des personnes, est ontologiquement continue (sujet/objet *vis-à-vis* sujet/objet), alors que dans les sciences naturelles elle est discontinue (sujet *vis-à-vis* objet) et permet une description purement extérieure du champ observé.

Sur la base de l'exposé des faits observés, le naturaliste procède à des jugements conjecturaux, qui revêtent la forme conditionnelle : « si nous avons telle et telle conditions, nous pouvons nous attendre à ceci et à cela dans le champ d'observation ». Que les prédictions ainsi posées dans l'hypothèse soient expérimentalement vérifiées, et nous serons en mesure de former une théorie. Mais dans la sphère de l'interaction personnelle, les jugements conditionnels sont modifiés comme suit : étant données telles conditions spécifiées, nous pouvons attendre de telle personne, sur la base de tout ce que nous savons d'elle et de son passé, qu'elle se conduise de cette manière-ci ; cependant l'action personnelle, dans son essence, est la possibilité de « dépasser ⁵ » /18/ toutes les déterminations et d'aller éventuellement dans la direction opposée à celle qu'on attendait — à moins encore qu'il n'y ait un choix possible qui se laisse conformer à ces attentes, un choix de ne pas choisir. Certes, le champ des actions humaines se conçoit aisément en termes probabilistes ; mais ce qui ne doit pas être écarté, c'est la possibilité pour le sujet de comprendre cette structuration probabiliste du champ où il est situé et, à travers cette compréhension, de déstructurer le champ pour agir de manière « non probable ». Cette possibilité, toujours disponible pour le sujet, de se conduire différemment de ce qu'on attendait de lui, à travers la conscience réfléchie des facteurs qui le conditionnent à un certain moment, constitue réellement une différence cruciale.

En bref, s'il est vrai que nous avons le droit, et même que nous sommes contraints par le contexte pratique, de procéder à des *attentes* (dont nous devons nous attendre à ce qu'elles soient déçues) portant sur un comportement personnel, une *prédiction* naturaliste doit être considérée comme n'étant ni possible ni impossible dans les sciences de l'homme ⁶, mais comme simplement inappropriée au champ de leur discours.

Dans les sciences naturelles, la possibilité de vérifier ou d'infirmier des hypothèses dépend de la possibilité de *répéter* les situations. Dans les sciences de l'homme, la répétition d'une situation individuelle ou de l'histoire de la vie d'un groupe est en principe impossible. Il y a certainement toutes les apparences de la répétition, mais dans chaque cas, nous découvrons que cette « répétition » est le produit d'un projet illusoire d'auto-déshistoricisation. Une personne se déshisto- /19/ ricise quand elle choisit (même à son insu) de nier que par une première série de choix elle a déplacé sa vie d'une situation première en une situation seconde : cette dénégation (acte que, par un acte ultérieur, elle nie en retour, et que par conséquent « elle ignore ») donne l'illusion d'une fixité et d'une substantialité historiques. C'est là pour un individu la meilleure manière de se libérer de l'anxiété que lui donne la reconnaissance de sa responsabilité. Il est remarquable de voir, de temps à autre, une théorie scientifique procéder au même type d'évasion.

⁵ Du terme français *dépasser* tel qu'il est utilisé par J.-P. Sartre dans la *Critique de la raison dialectique* (1960). Il doit être entendu dans le même sens que le *aufheben* de Hegel, c'est-à-dire comme un mouvement au-delà de l'état présent des choses vers un état ultérieur, conservant l'état premier sous une forme modifiée, dans une nouvelle totalisation.

⁶ Nous emploierons désormais ce mot en priant le lecteur de ne pas oublier que Cooper entend (et dit) : science des personnes. (*N. d. T.*)

Si la répétition de situations historiquement vécues est impossible, alors les critères naturalistes du vérifiable et de l'infirmité ne sont pas pertinents et il nous faut trouver d'autres critères en vertu desquels nous puissions être assurés que nous « disons vrai ». Pour cela, nous devons distinguer entre deux types de rationalités, chacun approprié à un champ de discours différent, mais co-relié à celui de l'autre. Ces rationalités sont dites analytique et dialectique.

Par rationalité analytique, j'entends une logique de l'extériorité en vertu de laquelle la vérité repose, selon certains critères, en des propositions formées en dehors de la réalité qui les concerne. Le modèle épistémologique est ici caractérisé par une double passivité : le système observé est passif par rapport à l'observateur (quelles que soient les actions et réactions qui ont lieu à l'intérieur du système) ; l'observateur est passif par rapport au système qu'il observe, toute l'activité qu'il semble manifester se limitant à des réarrangements conceptuels des faits qu'il enregistre de l'extérieur, et à des inférences qu'il en fait.

Ce type de rationalité peut être valablement appliqué à la physique classique, par exemple, où les objets de science sont des totalités inertes ; mais son emploi en psychologie, en sociologie et en histoire est une autre affaire, car ici sa valeur est restreinte sévèrement. La réalité humaine est un secteur de la réalité dans lequel la *totalisation* est le mode même de l'être. Une totalité est quelque chose de complet, et /20/ qui peut donc être appréhendé comme un tout ; une totalisation, à l'inverse, est un mouvement perpétuel à travers la vie d'un sujet — un mouvement d'autodéfinition synthétique progressive, qui ne pourrait en principe pas être appréhendé par une méthode qui l'arrêterait. La rationalité analytique implique l'hypothèse d'une perspective de complète extériorité en ce sens que je vous résume, c'est-à-dire vous saisis conceptuellement comme une totalité, et qu'il n'y a rien à chercher de plus. Mais si, en même temps que je vous résume, vous me résumez, il me faut inclure votre résumé de moi dans mon résumé de vous. C'est-à-dire que la situation se complique de manière très particulière. Dans la relation réciproque de la transaction entre deux personnes, les choses se passent ainsi : je vous totalise mais vous, dans votre totalisation réciproque de moi, vous incluez ma totalisation de vous, de telle manière que ma totalisation de vous inclut une totalisation de votre totalisation de moi et ainsi de suite. Dans la transaction, chacun de nous est une unité synthétique mouvante de totalisation/détotalisation. Par chaque acte, je m'objective moi-même, je m'imprime dans le monde et cette objectivation de moi découle de cette totalisation en cours que je suis. Mais mon objectivation de moi-même échappe à ma sphère de contrôle et pénètre dans la vôtre, de telle manière que vous pouvez interpréter mes actions comme ayant une signification totalement différente de celle que je leur donnais. Je produis librement une impression de moi sur le monde, mais cet acte tout à fait libre produit une objectivation par laquelle, vous, à travers votre liberté, limitez ma liberté. De même, moi, à travers ma liberté, je limite la vôtre.

Cette conception des relations humaines s'éclairera par l'exemple suivant ⁷ : Je regarde subrepticement à travers le trou d'une serrure une scène intime qui se passe dans la pièce /21/ voisine. Je m'aperçois d'une présence derrière moi. Je me retourne et découvre que quelqu'un m'observait. A ce moment, il se produit une « hémorragie ». La pure subjectivité que j'ai été en tant qu'observateur de la scène dans la pièce voisine s'écoule de mon monde dans le monde de l'autre, où je ne deviens plus qu'un objet honteux observé par lui — au moins jusqu'à ce que je trouve un moyen de regagner mon existence, de retourner au centre de *mon monde*, et de réduire l'autre en retour à n'être qu'un objet pour moi. C'est la dialectique entre l'acceptation d'être à la périphérie et la saisie du centre.

Ce que j'ai décrit ici comme une relation réciproque est une relation d'intériorité ; mais les deux personnes sont, de surcroît, des réalités organiques, liées l'une à l'autre par une

⁷ Cet exemple reprend celui donné par Sartre dans *l'Être et le Néant*, III, 4.

relation d'extériorité. Les descriptions anatomiques et physiologiques du corps traitent la personne comme un « pur objet » par rapport auquel le biologiste adopte une perspective de pure extériorité. Bien que cette perspective extérieure s'accorde avec certaines idées conventionnelles touchant l'objectivité scientifique, ses limites sont très rapidement atteintes. Ces limites, lorsque nous les découvrons, nous montrent à quel point les théories, disons biochimiques, sur les causes de la schizophrénie ne peuvent *nécessairement* (quelque avancée que soit la technique biochimique) que manquer leur but, le type d'explication causale qu'elles se proposent.

La rationalité implicite à de telles théories de la cause, que nous appelons rationalité analytique, exclut *par* définition toute compréhension des relations d'intériorité qui existent entre individus (qu'on appelle parfois intersubjectivité) ; et pourtant, ce sont de telles relations qui fournissent leur médiation à ces séries d'actes que nous appelons le « comportement schizophrénique » : c'est-à-dire à la manière dont la personne étiquetée schizophrène s'objective dans le monde. Si nous voulons comprendre cette médiation, si nous voulons comprendre le comportement schizophrène, ou tout autre comportement, nous avons besoin non seulement d'une technique descriptive spéciale mais d'un type de rationalité radicalement différent de la rationalité analytique des sciences naturelles. Cet autre type de rationalité est la rationalité dialectique.

La rationalité dialectique est concrète en ce sens qu'elle n'est rien d'autre que son fonctionnement réel dans le monde des entités réelles. C'est une méthode de connaissance au sens où, par connaissance, nous entendons la saisie de structures intelligibles *dans leur intelligibilité* même. Par ces derniers termes, nous impliquons de la rationalité dialectique qu'elle est compréhensive : elle doit non seulement connaître des objets, mais constituer en même temps ce qui sera pour elle les critères de la vérité (dialectique) des assertions qu'elle émet, touchant ces mêmes objets. La connaissance dialectique des objets est donc inséparable de la connaissance de la connaissance dialectique, et les deux sont des moments nécessaires d'un processus de synthèse que nous appelons précisément la dialectique.

Mais la dialectique n'est pas seulement un principe épistémologique, un principe de connaissance de la connaissance, c'est aussi un principe ontologique, un principe de connaissance de l'être. Il y a un certain secteur de la réalité, un groupe entier de réalités, que nous connaissons, qui sont animées par un mouvement dialectique. La dialectique est donc à la fois une méthode de connaissance et un mouvement au sein de l'objet connu. Ce mouvement n'est pas le *processus* inerte étudié par les sciences naturelles, mais la *praxis*, c'est-à-dire l'activité totalisante qui n'est pas simplement constituée par un champ d'événements réels, mais qui se constitue elle-même comme un certain mode de l'être et constitue dans une certaine relation à elle-même un certain champ d'autres êtres. Ce secteur de la réalité est la *réalité humaine* et son étude scientifique est l'anthropologie, entendue comme la science des personnes.

L'anthropologie ainsi conçue constitue la métathéorie d'un certain nombre de disciplines — la psychologie, la micro- /23/ sociologie, la sociologie, l'anthropologie sociale — dans lesquelles, de manière variable, l'historiographie se trouve incluse, dans la mesure du moins où elle dépasse le pur récit chronologique. L'historiographie est distincte de l'histoire comme activité réelle des individus à laquelle l'étude historiographique s'intéresse. L'histoire est ce que les hommes, tous les hommes, font et ont fait⁸.

La dialectique est ainsi une activité totalisante dans laquelle sont reliés deux types d'unification : l'unification unifiante (l'acte de connaître) et l'unification unifiée (l'objet connu). L'action et l'interaction humaines et leurs produits sociaux sont *intelligibles* si nous pouvons déceler en eux le schéma de la synthèse d'une multiplicité en un tout. Si nous

⁸ Cf. Marx : « L'histoire n'est *rien* d'autre que l'activité des hommes à la poursuite de leurs fins », Marx-Engels, *Gesamtausgabe*, vol 1, sect, 3, p. 265.

pouvons aller plus loin et lier la praxis (les actes d'un individu ou d'un groupe) à l'intention d'un individu ou d'un groupe, alors nous obtenons la *compréhension* de cette praxis. Si, du fait d'une aliénation, l'acte s'est trouvé séparé de l'intention, nous pouvons encore découvrir son intelligibilité, mais il est devenu incompréhensible. Les effets de la séparation entre l'acte et l'intention sont largement illustrés dans la vie politique, où des personnages politiques, réalisent de pseudo-actes, prennent de pseudo-décisions, et produisent de pseudo-événements, pour se conformer aux intentions de groupes de pression ou d'éminences grises plus ou moins anonymes. Dans de vastes institutions, telles que les hôpitaux psychiatriques, une praxis flotte obscurément entre les divers niveaux de la hiérarchie, sans agent clairement identifiable, pour freiner ou prolonger un certain changement organisationnel.

Dans les familles des patients schizophrènes, les intentions liées aux « actes psychotiques » du patient sont niées ou /24/ même se trouvent (par une sorte d'antithèse) retournées de manière telle que les actions du patient prennent l'apparence d'un pur processus, coupé de toute praxis, et peuvent même être vécues par le sujet sous cette forme.

Quand les choses en arrivent là, le patient — celui qu'on a identifié comme tel — doit, afin de donner à sa vision du monde une certaine cohérence, une certaine « santé », inventer une représentation imaginaire de ces mystérieuses influences qui agissent sur lui. C'est ici que trouvent leur sens les « hallucinations » relatives à l'influence exercée par des sujets venus d'autres planètes, ou par des institutions plus proches, telles que l'Eglise catholique, le parti communiste ou les francs-maçons.

Le patient cherche ainsi à rendre plus intelligible ce qui survient effectivement entre lui et les autres ; les seules voies par lesquelles il puisse y parvenir ont malheureusement été au préalable décrétées « illusoire » par le reste de la société. Cruelle ironie qui fait que lorsque nous nous efforçons de découvrir malgré tout l'intelligibilité, nous courons le risque d'être pris pour des fous ou bien d'être, d'une manière ou d'une autre, rejetés et invalidés.

Les analyses réductrices, qu'elles empruntent leurs termes à la physiologie, à la théorie de l'apprentissage, ou même à la psychanalyse, peuvent, de manière très compétente, faire le portrait détaillé du contexte extra et intra-organique auquel la personne résiste ; mais dans chaque cas, et pour la même raison, la réalité personnelle elle-même est omise. Dans chaque cas, les approches réductrices que nous avons mentionnées, aboutissent à un agrégat spécifique en ses corrélations d'entités inertes, mécanismes neurophysiologiques ou biochimiques, unités instinctives de comportement, tendances libidinales et agressives. Le point d'intersection d'une série de lignes théoriques abstraites est proposé comme la réalité (plus ou moins) irréductible de la personne. Tout cela n'est pas seulement à côté de la question lorsque nous nous interrogeons sur une réalité personnelle, mais ne concerne /25/ que quelque chose de complètement différent. Les analyses réductrices nous expliquent de quelle façon, une entité personnelle est constituée au moyen de facteurs qui lui sont extérieurs (même quand ces facteurs sont des forces situées à l'intérieur du corps du sujet, ils sont extérieurs à ce dernier en ce sens qu'ils sont à l'intérieur de son corps considéré comme objet pour un autre et non comme ce corps qu'il est ⁹). La vie personnelle, cependant, n'est pas seulement constituée de l'extérieur, mais *se constitue elle-même* sur la base de sa constitution extérieure. Autrement dit, la personne se choisit elle-même sur la base de (contre, face à, ou conformément à) la totalité des facteurs qui la conditionnent.

Ces considérations nous laissent entrevoir un schéma plus adéquat qui nous fournirait les bases métathéoriques et métaméthodologiques nécessaires à toute théorie de la vie personnelle et à toute hypothèse touchant les transactions interpersonnelles, au niveau du petit groupe comme à celui de l'histoire. Un tel schéma doit être progressif aussi bien que régressif,

⁹ Cf. la célèbre description du corps faite par Sartre dans *l'Être et le Néant*, 1957, III, 2.

synthétique aussi bien qu'analytique ; car, si le mouvement historique de la vie d'une personne en relation avec la vie d'autres personnes consiste en une série de « moments » analysables et de relations entre ces moments, il est dans son essence même une synthèse en train de se faire, une unité mouvante, une totalisation se retotalisant perpétuellement elle-même à partir de l'intériorisation de sa détotalisation par autrui.

Il y a d'abord les actes par lesquels une personne se présente elle-même à nous ; dans ces actes, nous décelons une ou des intentions qui se rattachent à un choix antérieur et plus fondamental de soi : cette présentation de soi (de soi qui est pur écoulement excédant perpétuellement la perpétuelle objectivation de soi dans le monde), c'est la *dialectique /26/ constituée*¹⁰. D'une description phénoménologique de ce moment constitué, nous passons, par un *mouvement régressif*, à une *dialectique constituante* : par ce dernier terme, nous entendons tous les facteurs de conditionnement socio-environnementiels (intra-familiaux, extra-familiaux, socio-historiques, de classe économique) dans la plénitude de leur interpénétration. Mais nous ne pouvons en rester là. Par un *mouvement progressif* nous devons atteindre la synthèse personnelle, la totalisation totale — la totalisation unique faite par la personne de la totalisation conditionnante, sur la base de sa totalisation de soi. Nous avons alors atteint la « vérité » de la vie de la personne, ou d'un secteur particulier de cette vie.

En d'autres termes, nous devons comprendre ce que le sujet fait avec ce qu'on lui fait, ce qu'il fait de ce dont il est fait. Chacun de ces termes : « ce qu'il fait », « ce qu'on lui fait », « ce dont il est fait », peut être pour sa part l'objet d'une investigation analytique. Mais ils ne sont chacun rien de plus que des « moments ». C'est-à-dire qu'ils sont des termes en opposition avec d'autres à l'intérieur d'une dialectique, et qu'ils ne peuvent être isolés qu'au prix d'une distorsion de tout le reste du tableau global.

Or, si en nous occupant de sujets agissant en relation les uns avec les autres, nous avons affaire à des unités synthétiques, et si le « problème central de la schizophrénie » est posé en termes de sujets agissant de même en relation, nous devons manifestement opérer à un niveau qui ne saurait comporter réduction au formalisme quantitatif. Nous constatons alors combien est illusoire le point de vue qui veut que tous les exposés généraux empruntent, au moins idéalement, la forme d'expressions mathématiques quantitatives. Nous n'entendons par là nullement exclure toute expression en un langage formel des rapports généraux relatifs à l'inter- /27/ action personnelle — au contraire, je crois que la mise au point d'un formalisme relationnel non métrique, est tout à fait possible et qu'il faut y consacrer ses efforts¹¹.

Enfin, en ce qui concerne la généralisation à partir de séries peu nombreuses, et lorsqu'on nous objecte qu'un nombre limité de cas peut donner un ensemble particulier, non représentatif, nous ne saurions mieux faire que rappeler les mots de Kurt Goldstein (1951, p. 25) :

« Cette objection méconnaît complètement la situation réelle... une accumulation de faits, même nombreuse, n'est d'aucun secours si ces faits sont établis de manière imparfaite ; elle ne conduit pas à la connaissance des choses telles qu'elles se passent réellement... Nous

¹⁰ Les paires de termes constituante/constituée et progressif/régressif sont pris à la *Critique de la raison dialectique* de Sartre.

¹¹ Cf. « La notion de structure en ethnologie », *Anthropologie structurale*, XV, repris de « On social structure », article de 1952 où Lévi-Strauss montre qu'il n'y a pas de connexion nécessaire entre la structure sociale et la mesure, bien que l'on puisse assigner des valeurs numériques à certains invariants (par exemple dans les études de Kroeber sur la mode vestimentaire féminine). Il peut, par ailleurs, y avoir une approche mathématique non métrique rigoureuse, utilisant peut-être les techniques existantes de la logique mathématique, de la théorie des ensembles, de la théorie des groupes et de la topologie. Je rappellerai toutefois au lecteur que les travaux de Kurt Lewin avec leurs constructions topologiques, ne constituent pas un tel formalisme relationnel, dans la mesure où Lewin déploie des vecteurs métriques dans ses champs topologiques.

devons ne choisir que ces cas qui permettent de formuler des jugements achevés. Et alors, ce qui est vrai pour un cas l'est aussi pour tous les autres. »

En d'autres termes, ce qui peut être analysé faussement comme un parti pris, pourrait être en fait une sélection judicieuse. Les critères de la sélection judicieuse en ce domaine doivent faire l'objet d'un autre essai ; pour le moment contentons-nous d'établir le principe, de le digérer, de l'assimiler, de le réaliser dans la totalité de ses implications, et poursuivons notre travail.

/28/ Notre travail porte sur la folie. Il s'intéresse à cette zone très représentative de la folie à laquelle médecins et même savants ont donné l'étiquette de schizophrénie. Que la schizophrénie en tant que maladie existe ou non, c'est ce dont il nous faudra discuter et débattre, mais au-delà de cette incertitude, une certitude repose. Je suis persuadé, et je donnerai quelques-unes de mes raisons, que le processus par lequel quelqu'un se voit désigné comme schizophrène implique une violence subtile, psychologique, mythique, mystique, spirituelle. Cette violence est si tortueuse qu'elle a pu ne pas être démasquée depuis au moins un siècle ; mais nous sommes à présent enfin en mesure de commencer à dire ce qu'elle est.

Cette recherche nous amènera à considérer des structures plus fondamentales, qui nous engageront à leur tour dans une étude de la famille : en particulier, la manière dont la famille se fait la médiation de l'aliénation sociale et de l'étrangeté — dans leur généralité — auprès de tous ses membres, mais principalement et de façon plus destructrice auprès de ses membres les plus jeunes.

Nous étant, je l'espère, délivré nous-même du pseudo-scientisme prévalent, piquons notre baguette divinatoire (que l'on pardonne cette fleur de rhétorique) au cœur de la violence qui règne entre les hommes.

/29/

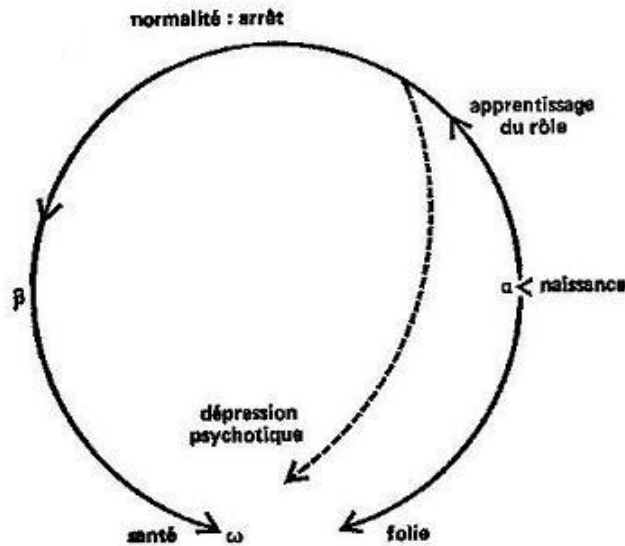
1

Violence et psychiatrie

/31/ La violence est au cœur même de notre problème. Cependant, le type de violence ici considéré n'a rien à voir avec celle qui pousse des hommes à se donner les uns aux autres des coups de marteau sur la tête, ni avec ce que les malades mentaux sont supposés faire. Si l'on doit parler de violence en psychiatrie, la violence qui crève les yeux, qui crie son nom, qui se proclame elle-même comme telle avec tant d'éclat qu'elle est rarement entendue, c'est la violence subtile et masquée que les autres, les « hommes normaux », exercent sur ceux qu'on a baptisés fous. Dans la mesure où la psychiatrie représente les intérêts, ou les prétendus intérêts, des hommes normaux, nous pouvons constater qu'en fait la violence en psychiatrie est au premier chef violence *de* la psychiatrie.

Mais qui sont les hommes normaux ? Comment se définissent-ils eux-mêmes ? Les définitions de la santé mentale proposées par les experts se ramènent généralement à cette notion : la conformité à un ensemble de normes sociales plus ou moins arbitrairement admises ; ou bien elles sont si commodément générales — du type : « la capacité de tolérance et de développement à travers les conflits » — qu'elles se privent elles-mêmes de toute signification opératoire. On en vient à cette amère pensée que les hommes normaux sont peut-être ceux qui n'ont pu se faire admettre dans un service d'observation mentale. C'est-à-dire qu'ils se définissent eux-mêmes par une certaine absence d'expérience. Or, cela n'a pas empêché les nazis de gazer des dizaines

/32/



A partir de leur naissance, la plupart des individus progressent vers la réalisation de la normalité sociale, à travers ces situations d'apprentissage social que représentent la famille et l'école. La plupart arrêtent leur développement au stade de la normalité. Quelques-uns s'effondrent en cours de progression et régressent jusqu'à ce qui est appelé folie dans le diagramme. D'autres, très peu, s'arrangent pour glisser à travers l'état d'inertie ou d'arrêt

représenté par la normalité statistique aliénée et progressent sur la voie (β) vers la santé, tout en conservant une conscience du critère social de normalité telle qu'ils évitent d'être considérés comme malades (c'est toujours une question d'habileté). On remarquera que la normalité est située à un pôle qui l'oppose non seulement à la folie mais aussi à la santé. La santé approche de la folie ; mais un blanc décisif, une différence, demeure toujours. C'est le point oméga (ω).

/33/ de milliers de malades mentaux et, dans ce pays-ci, des dizaines de milliers d'autres malades mentaux ont leur cerveau chirurgicalement mutilé ou ravagé par des séries d'électrochocs : et par-dessus tout, leur personnalité est systématiquement déformée par l'institution psychiatrique. Comment de tels faits, si concrets, peuvent-ils naître d'une absence, d'une négativité — la contraignante absence de folie des hommes normaux ?

En fait, le domaine entier où se définissent santé et folie est si confus et ceux qui s'y aventurent sont si généralement terrifiés (qu'ils soient professionnellement qualifiés ou non) rien qu'à entrevoir ce qu'ils pourraient y rencontrer, non seulement chez les autres, mais en eux-mêmes, que l'on doit sérieusement envisager de renoncer à l'enquête. On ne peut avancer, me semble-t-il en tout cas, sans contester la classification élémentaire de la psychiatrie clinique en : « psychotique », « névrotique » et « normal ». Mais puisque l'histoire de la psychiatrie a largement consisté en l'élaboration d'un immense service public prenant la forme de grands hôpitaux pour malades mentaux, de cliniques de consultation, d'unités psychiatriques dans des hôpitaux non spécialisés et parfois, hélas même, la forme du divan du psychanalyste, on ne doit pas se laisser décourager d'essayer ce qui pourrait être une radicale et — qui sait ? — dangereuse réévaluation du problème de la folie.

L'essence de cette nécessaire réévaluation, telle que je la conçois, sera peut-être exposée le plus justement et le plus économiquement par le diagramme de notre figure. Dans cette représentation schématique, qui pour notre propos actuel s'en tient à une terminologie très conventionnelle, nous trouvons d'abord en alpha le point d'insertion de l'individu. A partir de ce point, la personne se développe progressivement en recevant, enregistrant, puis adoptant pour sa conduite, les règles que ses parents ont apprises, vécues et lui ont inculquées comme « correctes ». Parallèlement, elle apprend son rôle social « masculin-instrumental », ou « féminin-expressif ». Si tout se déroule « bien » dans la famille et à l'école, elle atteint la « crise d'identité » de l'adolescence, au cours de laquelle, en effet, elle fait la somme de tout ce qui l'a conditionnée jusqu'alors, de toutes les identifications antérieures qu'elle a opérées, de tout ce dont elle a été « faite », de tout ce dont on l'a gavée. (Cela constitue la « normalité » — un concept statistique sur lequel la plupart d'entre nous règlent leur vie comme sur une règle d'or.) Ensuite avec plus ou moins de bonheur, elle se projette dans un avenir indépendant, mais qui nécessairement, à moins qu'il n'y ait eu quelque part une erreur propice, doit la ramener à ce qui est conventionnellement accepté. Elle vit à partir de ce moment quarante ou cinquante ans dans ce qui reste virtuellement le même état, bien qu'elle devienne, par un processus de croissance organique, plus « expérimentée », plus « sage », qu'elle développe une plus grande capacité d'ajustement aux circonstances changeantes, qu'elle sache mieux ce qui est le « meilleur » pour elle et probablement pour la plupart des autres. Elle vit ainsi, puis meurt. Elle est connue, on se souvient d'elle, puis on l'oublie. Ces dernières périodes peuvent varier chronologiquement, mais à l'échelle du temps cosmique cela n'a aucune importance. C'est là assurément la carrière et le destin de la plupart d'entre nous : particulièrement si nous sommes « mentalement sains ».

Peut-être, cependant, ce schéma n'est-il pas inéluctable. Peut-être y a-t-il moyen d'échapper ou de nous libérer vers un avenir plus réel, moins stéréotypé. Je le crois, mais cela ne va pas sans le risque de passer pour fou et de subir un traitement psychiatrique. Le traitement psychiatrique est souvent tourné en dérision en raison de ses échecs : c'est là une

grande injustice, car si l'on veut parler réellement de l'échec du traitement psychiatrique, on doit s'attendre à constater que son échec réside très précisément dans son succès. Ce traitement, sous ses formes officielles ou non officielles (conditionnement thérapeutique non médical), réussit /35/ généralement à produire le conformisme requis, aussi bien au niveau du régressif chronique qu'au niveau (plus ou moins élevé) du tout puissant capitaine d'industrie. Il y a de nombreux genres et espèces de légumes mais tous, selon nos principes de classification, poussent dans la boue. C'est là qu'ils poussent et qu'on les ramasse. Patates, tomates, chicorée et navets. Les humains et les non-humains. Pour prendre une autre image, nous pourrions dire que nos vies sont mises en boîtes ¹² du berceau à la tombe. Du ventre qui nous met au monde à la boîte de la famille, qui précède celle de l'école. Lorsque nous quittons les bancs de l'école, nous avons été si bien conditionnés à vivre ainsi que nous construisons alors notre propre boîte, notre prison, notre caisse, autour de nous, jusqu'à ce qu'enfin, suprême délivrance, on nous mette dans un cercueil ou dans un four. Je reviendrai plus loin sur les perspectives de libération ; mais pour l'instant, d'autres tâches nous attendent. Notons simplement la relation entre la santé telle qu'elle est socialement prescrite, le traitement psychiatrique et la boîte.

Il nous faut considérer d'un peu plus près l'Homme normal. A défaut de connotation, nous voyons, par dénotation, que ce terme recouvre les familles des patients, les employeurs, les médecins, les fonctionnaires de la santé mentale, la police, les magistrats, les sociologues, les psychiatres, les infirmières, etc. Tous — ce qui n'exclut pas que certains soient très sincères et dévoués au patient — sont impliqués, plus ou moins profondément, mais inévitablement, et même contre leur propre gré, dans une subtile violence à l'égard de l'objet de leurs soins. Je n'ai pas l'intention de dénigrer certains psychiatres ou d'autres fonctionnaires de la santé mentale qui se battent sans arrière-pensée, et souvent contre d'immenses obstacles institutionnels, pour donner à leurs malades une aide effective. Mais il ne faut pas, d'un autre côté, oublier que bien souvent les bonnes intentions et tous les ornements de la respectabilité professionnelle recouvrent une réalité humaine dont la cruauté est la vérité. Nous rappellerons, par exemple, que Boger d'Auschwitz avait une conception du traitement à donner aux délinquants juvéniles assez proche de celles défendues par nombre de membres éminents et respectés de *notre* société ; on a pu noter chez le Dr Capesius, après la guerre, une prévenance et une bienveillance particulières envers les animaux et les enfants.

Pour saisir ce que j'entends par ce terme de « violence », il faut le comprendre comme l'action corrosive de la liberté d'une personne sur la liberté d'une autre. Il ne s'agit pas d'une agression directe, physique, bien que celle-ci puisse en découler. L'action libre (ou praxis) d'un sujet peut détruire la liberté d'un autre ou du moins la paralyser par mystification. Les groupes humains sont formés en relation à une quelconque menace extérieure, illusoire ou réelle ; mais quand cette menace extérieure s'estompe, le groupe, qui s'est littéralement ou métaphoriquement fondé sur le serment, se trouve dans la nécessité de réinventer la peur, pour assurer sa propre permanence ¹³. Cette peur seconde, qui est un libre produit du groupe décidé à prévenir sa dissolution interne, est la *terreur*, induite par la *violence* de la liberté ordinaire. La violence, en ce sens, dans le champ psychiatrique, commence au sein de la famille du malade mental virtuel. Mais elle ne s'arrête pas là.

¹² Comparez ceci avec la chanson folklorique bien connue que chante Pete Seeger : « Little boxes, on the hillside » — où s'exprime très bien une condition dominée par la « boîte ».

¹³ Dans le groupe fondé sur le serment se manifeste une forme de réciprocité que Sartre qualifie précisément à l'aide de ce nom même (le serment). Une multiplicité de libertés produit une praxis commune qui tend à assurer une base à la permanence du groupe : la forme résultante de réciprocité ainsi produite est le serment. Ce n'est qu'occasionnellement que cette réciprocité s'exprime en fait dans des mots ou des actes rituels. On trouvera le développement original de cette thèse dans la *Critique de la raison dialectique*, 1960.

/37/ Les patients qu'on rencontre dans les hôpitaux psychiatriques posent des problèmes très variés. Dans certains cas, un comportement considéré socialement comme troublé s'explique par un processus biologique : douleurs cérébrales, vieillissement pathologique du cerveau, épilepsie, etc. Mais dans d'autres cas, les plus nombreux, le comportement est différent de par sa nature et ne saurait être expliqué par aucun processus biologique connu : il n'est intelligible qu'à partir de ce que les personnes réellement en relation avec le malade lui font en réaction à ce qu'il leur fait. Il nous faut distinguer, afin d'éviter une confusion fatale, entre ces deux comportements, celui qui se présente comme un processus *explicable* et celui qui est intelligible à partir de l'action réelle de plusieurs sujets les uns sur les autres. A des problèmes qui se présentent différemment correspond une différence dans les méthodes d'approche. Le fait que des types de problèmes complètement différents cohabitent dans une même institution est une des raisons pour lesquelles le mythe du processus pathologique, avec toute sa violence implicite, a pu se perpétuer dans le cas de la schizophrénie. Les « schizophrènes », les « névrosés », les « psychopathes » ont été placés dans les services à côté des véritables malades mentaux. Cette maladie douteuse appelée « schizophrénie » justifie l'occupation de la grande majorité des lits d'hôpitaux psychiatriques ; et ceux-ci constituent à peu près la moitié des lits d'hôpitaux de ce pays.

Dans l'imagerie populaire, le schizophrène est le prototype du fou, il est l'auteur d'actes insensés, parfaitement gratuits et toujours empreints de violence à l'égard d'autrui. Il se moque des gens normaux (son « affectation », ses « grimaces », ses « bouffonneries » sont des moyens subtils qu'il a pour se mettre en retrait), mais en même temps il leur fournit les éléments de sa propre invalidation. Il est l'homme illogique, celui dont la logique est « malade ». Ou du moins le dit-on. Mais peut-être pourrions-nous découvrir un noyau de sens au cœur de ce non-sens apparent. D'où vient-il donc, /38/ ce lunatique ? D'où vient-il et comment est-il arrivé parmi nous ? Se pourrait-il que sa folie dissimulât une secrète santé ?

Premièrement, il est né dans une famille, et certains diraient que c'est là le plus grand des facteurs qu'il ait en commun avec nous. Mais examinons-la, sa famille, en supposant pour l'instant qu'elle se distingue de beaucoup d'autres d'une manière significative.

Dans la famille du futur « schizophrène », nous observons une sorte d'extrémisme particulier. Même les questions apparemment les plus banales sont articulées sur les pôles santé/folie, vie/mort. Les lois du groupe familial qui règlent non seulement le comportement mais aussi les expériences autorisées, sont à la fois inflexibles et confuses. Dans une telle famille, un enfant doit apprendre un certain mode de relation avec sa mère (par exemple), mode dont on lui enseigne que dépend entièrement son intégrité mentale et physique. On lui dit que s'il viole les règles, et l'acte autonome apparemment le plus innocent peut constituer une telle violation, il provoquera tout à la fois la dissolution fatale du groupe familial, la destruction de ce qui est la personnalité de sa mère, peut-être celle d'autres personnes encore. Du coup, comme R.D. Laing et A. Esterson ¹⁴ l'ont si bien montré, il est progressivement placé dans une position intenable. Son choix, au dernier point critique, est entre la soumission totale, le complet abandon de sa liberté d'un côté, et d'un autre côté, le départ hors du groupe, avec l'angoisse d'assister à la dévastation prophétisée et de se heurter au sentiment de culpabilité qu'on lui a inculqué à travers tant de soins affectueux. La plupart des futurs schizophrènes trouvent à ce dilemme une réponse globale qui souvent coïncide, dans l'état des choses du moment, avec celle que la famille trouve pour /39/ eux : en quittant leur famille, mais en ne la quittant que pour entrer dans un hôpital psychiatrique.

Dans l'hôpital psychiatrique, la société a construit, avec une habileté infaillible, une structure sociale qui reproduit à de nombreux égards les particularités génératrices de folie de la famille du patient. Il y trouve des psychiatres, des administrateurs, des infirmières, qui sont

¹⁴ Laing, 1961 ; Laing et Esterson, 1964.

ses véritables parents, frères et sœurs, et qui jouent entre eux un jeu trop souvent ressemblant, par la complexité de ses règles, au jeu où il échoua dans sa famille. Encore une fois, il est parfaitement libre de choisir. Il peut décider de passer ses jours à végéter dans une régression chronique ou bien d'osciller entre l'enfer de sa famille et l'enfer semblable du service d'admission psychiatrique classique, cette solution oscillante représentant la conception aujourd'hui répandue du progrès en psychiatrie : les schizophrènes peuvent être libérés de l'hôpital après moins de trois mois, mais près de la moitié d'entre eux y sont réadmis avant un an. Une troisième solution reste encore à trouver (cf. appendice, p. 169 [p. 71]).

Mais par quelle infortune un individu est-il amené en position de subir une telle violence ? Au départ, la situation est la suivante : la mère et l'enfant forment une unité biologique originelle, qui persiste quelque temps après le fait concret de la naissance. Petit à petit, les actes de la mère, s'ils sont corrects (en un certain sens qu'on peut définir), engendrent un champ de praxis, avec possibilité de réciprocité. On a ainsi deux êtres qui peuvent agir l'un sur l'autre et l'un avec l'autre. L'enfant apprend ensuite les actes qui affectent sa mère en tant qu'autrui pour lequel il est autrui. Ce commencement de l'action qui affecte autrui, ou commencement de la personne, est la seconde naissance, existentielle, qui transcende dialectiquement le niveau du réflexe organique premier et, en atteignant un nouveau niveau d'organisation synthétique, inaugure une dialectique entre les personnes. Mais la mère, pour sa part, peut échouer à engendrer le champ d'action réciproque : c'est en ce sens /40/ que certains individus, beaucoup en fait, ne sont jamais nés ; plus simplement, leur naissance n'a été qu'un événement obscur et leur vie ne représente qu'une forme marginale d'existence. Finalement, même leur mort leur échappe et devient un événement « pour autrui » — autrement dit, l'individu n'a pas conscience de la direction de sa vie, même au moment de sa propre mort : il ne mourra jamais *sa* mort, puisque la mort n'est pour lui qu'un simple fait, inévitable statistiquement, dans le futur anonyme. La tâche de la mère, donc, est de produire non pas simplement un enfant mais un champ de possibilités dans lequel cet enfant pourra devenir quelqu'un d'autre, une autre personne.

Ainsi le processus par lequel on devient une personne peut mal tourner, et dès les premiers mois de la vie. Si la mère ne parvient pas à engendrer un champ d'action réciproque, de manière telle que l'enfant apprenne comment l'affecter en tant qu'autrui, lui ne jouira pas des premières conditions nécessaires à la réalisation de son autonomie personnelle. Il restera à jamais une chose, un appendice, quelque chose d'à peine humain, une poupée animée. Ceci n'arrive jamais complètement, mais, avec des degrés très variés, le phénomène est courant ; en fait, un certain degré d'échec est universel.

Cela dit, le commencement du développement de la personne n'est jamais purement passif. Les actes de la mère en sont bien les conditions premières, mais jamais la cause. Dès les tout premiers débuts de l'interaction mère/enfant, dans laquelle chacun est autrui pour l'autre, l'enfant est dans une position où il doit inaugurer le projet de devenir quelqu'un, qui que ce soit, et ceci, en principe, est un choix libre, une libre création de sa nature en ce qu'elle a d'essentiel.

Pour certains, cependant, non seulement font défaut les conditions premières qui pourraient leur fournir la base d'une existence humaine indépendante, mais lorsqu'ils parviennent à s'affirmer, fût-ce précairement, de manière autonome, l'ensemble de leur famille rend confuse à leurs yeux /41/ la véritable nature des intentions qu'ils nourrissent et des actes qu'ils accomplissent. Pour peu qu'une telle confusion soit à la fois intense et développée, leur position au sein de la famille deviendra intenable et la violence alors se montrera à l'état pur.

Il arrive ainsi qu'un individu soit bloqué dans une position où le seul mouvement qu'il puisse faire dans le jeu interpersonnel a toutes les chances d'être qualifié de « violent » par les *autres*. C'est le cas, par exemple, du jeune homme qui n'a jamais pu se réaliser comme une personne distincte de sa mère. Tous les stratagèmes mis au service de l'amour échouent, parce

que l'amour exige réciprocité et qu'il ne peut y avoir réciprocité réelle en pareil cas, dès lors que, pour la mère (et c'est son point de vue qui règle entièrement le champ), il ne saurait y avoir de terrain d'action réciproque : ni aimant, donc, ni aimé. Il existe là une symbiose parfaite, où le couple perd de vue la distinction « parasite/hôte » et devient, sinon en réalité, du moins au niveau fantasmatique, *une seule personne*. Ainsi, de ce quinquagénaire soumis à la surveillance chronique en hôpital psychiatrique, et que sa mère reprend à la maison ponctuellement tous les week-ends. Elle prend très bien soin de lui, naturellement. Comme le fait son infirmière, elle le déshabille, le baigne, inspecte son corps pour voir éventuellement s'il porte des traces de blessures ou de maladie, et ensuite, dans des lettres au docteur, s'inquiète du gonflement de son gros orteil gauche qui requiert les soins d'un spécialiste. Généralement, *elle* les obtient. En pareil cas, le seul mouvement possible laissé au fils semble être une affirmation de soi soudaine, gratuite, agressive et apparemment arbitraire. L'enfant, qui peut avoir vingt, trente, quarante ou cinquante ans, est agressif envers sa mère parce qu'il lui paraît n'y avoir plus d'autre moyen que celui-là de rompre avec elle. La logique rigoureuse de la situation est celle-ci : « Si je te frappe je ne suis plus toi... je suis *moi*, puisque je *te* frappe... tu es toi-même puisqu'en te frappant je suis quelqu'un d'autre que toi... /42/ Toi, tu es une autre personne... toi... et moi... je suis moi. » C.Q.F.D. ¹⁵. Dans le compte rendu clinique, on notera alors que le comportement, en cette circonstance, fut bizarre, irrationnel et immotivé dans sa violence.

Ce n'est qu'au cours des dix dernières années que quelques psychiatres ont commencé à prendre en considération l'autre face du problème de la violence. On a noté que le malade dit schizophrène avait dû à plusieurs reprises faire face à des exigences contradictoires dans sa famille, et parfois même à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Certains chercheurs américains ont employé ici le vocable de « double contrainte ». Je considérerai cette notion dans son contexte théorique au chapitre suivant, mais on peut dès maintenant l'illustrer par l'exemple banal de la mère qui fait une déclaration contredite par sa conduite : elle dit à son fils : « Va, trouve toi-même tes propres amis et ne sois pas si dépendant de moi », mais en même temps elle montre (hors de toute verbalisation) qu'elle serait bouleversée s'il la quittait vraiment, fût-ce dans cette faible mesure. Ou bien, en se montrant soucieuse d'éviter toute intimité physique avec lui, elle lui dit : « Viens embrasser ta mère, mon chéri ! » A moins que son enfant ne réussisse à trouver en lui-même une absence de pitié, une contre-violence par laquelle détruire tout cet échange absurde, sa réaction ne peut consister qu'en un trouble et finalement en ce qu'on appelle confusion psychotique, désordre mental, catatonie, etc.

Tout cela évoque la situation créée par certains exercices spirituels bouddhistes Zen, où l'on est mis en demeure de fournir une réponse mais où chacune des réponses possibles entre lesquelles choisir a été au préalable définie comme fausse. Situation qui ne peut être résolue rationnellement ni analytiquement : la seule réponse serait un acte qui transfère le sujet de la fausse position existentielle dans laquelle /43/ il a été placé, et dans laquelle il ne peut subsister, en une position vraiment centrée sur lui-même, plutôt que sur autrui. Mais à essayer de rompre avec le système de fausse rationalité de sa famille, particulièrement lorsque ce système est renforcé par la collusion entre ladite famille et les agents de la société, il risque fort d'être taxé d'irrationalité. Il se peut même qu'une « maladie » soit censée l'avoir conduit à sa folie. Le fait que son irrationalité soit au vrai une antilogique nécessaire et non pas du tout une logique malade, le fait que la violence du patient soit une nécessaire contre-violence ne peut que trop facilement être négligé. Dans une large mesure, la « maladie » ou l'illogisme du schizophrène trouve son origine dans une maladie de la logique autour de lui.

Ainsi, la famille, afin de préserver son mode de vie inauthentique, invente une maladie. Et la science médicale, sensible à des besoins sociaux si grands, produit une disci-

¹⁵ Ceci, il va sans dire, s'applique à certains meurtres délégués, tels ceux que commet Raskolnikov dans *Crime et Châtiment*.

plaine spéciale, la psychiatrie, pour conceptualiser, formaliser, classer et fournir des traitements à cette maladie ¹⁶. La notion /44/ de maladie, en soi, implique des symptômes : la famille en prépare une liste gigantesque. Les symptômes de la schizophrénie sont constitués virtuellement par tout ce que fait la famille, insupportablement anxieuse face aux tentatives de comportement indépendant de l'un de ses membres. Les signes de ce comportement comprennent habituellement l'agression, la sexualité, et en général, toute forme d'affirmation autonome de soi. Ces signes peuvent bien être l'expression courante des besoins d'un adolescent ; dans certaines familles, ils n'en sont pas moins inacceptables et doivent être invalidés, par tous les moyens, même désespérés au besoin. Une forme d'invalidation très respectable et très commode consiste à qualifier ce comportement de « maladif ». Le malade est alors éloigné de la famille, avec la coopération de divers agents sociaux et médicaux, et la famille peut ainsi mobiliser toutes ses forces pour se plaindre elle-même du malheur qui la frappe. Qui la frappe, bien sûr, par la main de Dieu, dont les mouvements sont inexplicables, et sans aucune relation avec les besoins réels des différents membres du cercle familial.

Pour illustrer ceci, je prendrai un exemple réel : un patient fut admis dans un hôpital psychiatrique par internement d'office (c'est-à-dire, selon le type de certificat prescrit par la loi sur la Santé mentale de 1959, qui retire au patient le droit de quitter l'hôpital de son propre chef et, au cas où il le ferait, autorise la police ou le personnel hospitalier à le ramener de force). Ce jeune homme, entre autres faits non spécifiés, s'était conduit de manière agressive et violente envers ses parents et, comme l'ordre l'indiquait, il devait être, pour la sécurité des autres, placé dans une institution à fin d'observation de son état mental. Ses parents avaient /45/ fait part de leur problème à leur médecin de famille, qui, avec l'aide de l'officier de la Santé mentale, avait délivré l'ordre de détention. Or, quand on examinait avec soin les circonstances de la crise familiale, on découvrait que le comportement agressif et violent du patient tenait en ceci : il avait a) cassé une tasse à thé, b) claqué la porte d'entrée, c) frappé du pied, une seule fois mais avec énergie, dans l'allée du jardin. A repérer les responsabilités dans la situation de la famille et à monter une reconstitution de la « crise », on découvrit que la mère luttait depuis de nombreuses années contre de fortes tendances dépressives. A un certain moment, comme le père, lui-même dépressif, et complètement refermé sur lui-même, avait été paralysé par une attaque, il avait fallu que la mère se débarrasse elle-même de ses forts sentiments de culpabilité, afin de faire face à son nouveau (et difficile) rôle d'infirmière, et la seule personne alors susceptible de devenir le dépositaire des sentiments de culpabilité était le fils, âgé de vingt-cinq ans, et qui avait été assez bien conditionné pour remplir cet office. Cette situation, maintenant arrivée au point critique, s'était développée pendant trois ou quatre ans. Le fils avait, à l'âge de vingt et un ans, traversé la période habituelle d'extrême sensibilité vis-à-vis de soi-même. Il avait projeté dans les autres tout ce qui, de lui-même, constituait une part sexuelle et agressive inacceptable, il en avait éprouvé le retour sur soi comme une moquerie et même comme une persécution. Ceci l'avait conduit à une première

¹⁶ Le corps médical tend à considérer la psychiatrie avec condescendance. Cela n'est pas totalement injustifié. La justification tient au fait que nombre de psychiatres se sont complètement perdus dans les complications de la médecine organique ; ils passent des examens de médecine supérieure, apprennent comment on inspecte le fond de l'œil et comment on fait l'analyse précise des substances qui composent nos divers excréments. Progressivement et laborieusement, ils acquièrent le détachement requis à l'égard du patient qu'ils ont en face d'eux et auquel, le plus souvent, ils refusent de faire face. En fait, de nombreux psychiatres ne sont que des médecins médiocres — des gens qui n'ont pas pu « réussir » en médecine générale ; mais cela ne limite en rien pour eux les possibilités de la vanité. La vanité, en revanche, s'effondre dans certains cas — quand le psychiatre a vraiment essayé de comprendre son malade à partir de ce qu'il a essayé de comprendre de lui-même —, peut-être à travers une lente et coûteuse formation psychanalytique. C'est là sans doute une démarche boiteuse et imparfaite, mais c'en est une en tout cas pour laquelle le corps médical et ses comités de sélection soigneusement composés touchant les postes de psychiatrie, ne montrent guère de signes de compréhension. Après quoi des personnages qui sont humainement, techniquement et professionnellement mal armés, sont placés à des postes socio-médicaux importants, tels que : consultant, inspecteur, et parfois même professeurs de psychiatrie.

admission en hôpital, où il avait déclaré être Jésus-Christ. A cette époque, comme lors de sa seconde admission, il portait le fardeau entier de la culpabilité de sa mère à la place de celle-ci et, au sein de la microsociété familiale, était occupé à mourir afin que les autres, principalement sa mère, puissent être sauvés. Nous mourons tous plusieurs fois de morts partielles afin que d'autres, dont nous sommes les offrandes sacrificatoires, puissent vivre. Le Christ-archétype, dans la mesure où il peut avoir une quelconque réalité, est ainsi en /46/ chacun de nous. En ce sens, le délire où s'était installé le patient était tout à fait vrai ; mais d'une vérité que personne ne pouvait lui permettre de voir. A la lumière de ces considérations, on appréciera le dicton des psychiatres américains qui définit l'illusion comme une idée juste soutenue par le patient, et sur laquelle le psychiatre délire lui-même en l'acceptant littéralement. Le contraire de *littéralement* n'est pas, cela posé, *métaphoriquement*. La réalité existentielle de la personne transcende ce genre d'oppositions.

Quand ce jeune homme entre dans le service d'observation mentale, nous constatons que les faits ci-dessus, évidents, sont, soit écartés purement et simplement, soit déformés de manière uniforme : or, si nous voulons comprendre la réalité de la violence psychiatrique, il nous faudra nous faire une idée plus précise de cette déformation.

Le malade mental, une fois baptisé ainsi, doit jouer le rôle de malade. Un des traits essentiels de ce rôle est la passivité. On suppose qu'il y a un mal, venant en quelque sorte du dehors de l'individu, et qui l'altère. Le malade est affecté, altéré de telle manière que son affectation et son altération propres deviennent relativement secondaires. Il est réifié jusqu'à n'être plus que l'objet en lequel le processus maladif s'épuise. Un processus subi, supporté. Personne, suppose-t-on, n'est intervenu en quoi que ce soit avant la *mise en scène*¹⁷ du psychiatre, qui (parfois, et souvent désastreusement) perce l'abcès. Le mal survient (autant qu'on puisse dire qu'il y ait là un pur événement) chez quelqu'un qui n'est, presque littéralement, plus personne. En tant que porteur de symptômes résultant d'un processus, il est dispensé d'être quelqu'un et, par conséquent, on l'en dispense. Il est abandonné au médecin, lequel se trouve en face d'un champ inerte, inhumain, de symptômes (qui doivent toujours être chassés ou supprimés) et d'un processus maladif (qui doit, si possible, être éliminé). Cette préstructuration de la situation, qui se produit dès /47/ qu'un sujet entre en hôpital psychiatrique, implique que ce qui est arrivé entre le patient et les autres n'a de signification (si même il y en a une) que secondaire, par rapport au mal supposé. Dire cela n'implique aucune malveillance, ni aucun « manque de chaleur humaine » de la part de qui occupe la place du médecin.

Cette reconnaissance de la violence trouve son parallèle le plus proche dans le concept courant en psychiatrie, d'une « institutionnalisation » propre à l'hôpital psychiatrique. On notera avec ironie que la critique de l'institutionnalisation est elle-même tombée dans le piège de la pensée institutionnalisée, notamment en donnant naissance à des idées telles que celle de « névrose institutionnelle ». L'invention de cette curieuse maladie (encore une) a conduit l'un de ses défenseurs à dresser une liste de ses facteurs, symptômes, diagnostics, pronostics et remèdes. Quand on ne peut trouver un virus réel, on invente un virus social.

En tant qu'il fait violence à la réalité humaine, on doit remettre en question l'ensemble d'un mode de pensée, centré sur la notion de passivité, d'altération par un processus maladif, biologique et/ou psychologique et/ou social.

Or cette façon de penser maladie (à moins que la maladie ne soit la pensée elle-même ?) est fortement enracinée dans la tradition médicale où le travail des psychiatres se trouve pour des raisons historiques, comme pris au filet. Mais alors que le concept de maladie fonctionne correctement et utilement en médecine générale ou dans plusieurs spécialités, son introduction, tel quel, dans un domaine où les problèmes se présentent en termes de relations

¹⁷ En français dans le texte.

interpersonnelles n'a produit que confusion et contradictions à chaque niveau de la théorie et de la métathéorie (encore que ce dernier niveau soit rarement atteint et jamais soutenu dans la littérature psychiatrique, pour la bonne raison que l'on ne peut faire, à l'intérieur d'un cadre continu de référence, l'étude théorique d'une théorie qui se contredit elle-même dans ses éléments de base). La critique la plus avancée et la plus radicale de la théorie psychiatrique à travers son faux modèle conceptuel doit — comme on voit — proposer une analyse de la psychiatrie et de la psychanalyse dans leurs origines historiques¹⁸.

Concrètement, on se rend très mal compte de ce qui se passe vraiment lorsqu'un sujet entre en hôpital psychiatrique. Ce n'est pas seulement un lit, dans sa matérialité, qui attend le patient à l'hôpital, mais un traitement de Procuste, fait des préconceptions du personnel auxquelles le patient doit se conformer, quel que soit le prix dont il paie cette mutilation de sa personnalité. La violence qui a commencé dans sa famille, se trouve perpétuée à l'intérieur du service psychiatrique classique. La plupart des progrès apparents en psychiatrie, exprimés par les mots pièges de « portes ouvertes », « tolérance », « non-conformisme », « camaraderie infirmiers-patients », ne servent qu'à masquer ce problème fondamental, vers la solution duquel l'hôpital psychiatrique traditionnel n'a pas avancé d'un pouce depuis le temps de Kraepelin, au siècle dernier.

C'est un lieu commun que de dire que les relations du patient avec sa famille, son docteur et d'autres personnes déterminantes doivent être prises en considération quand il s'agit de décider quel type d'action sera le plus « thérapeutique » à son égard. Et, bien sûr, cela est étudié en principe dans toutes les institutions psychiatriques, sauf dans les plus arriérées. Il est cependant encore révolutionnaire de suggérer que le problème n'est pas dans le prétendu « malade », mais dans ce réseau d'interactions personnelles (et notamment /49/ dans la famille) dont, par un tour de passe-passe conceptuel, le patient a été en quelque sorte abstrait. En somme, la folie n'est pas « dans » une personne mais dans un système de relations auquel le futur « malade » participe. La schizophrénie, si ce mot a un sens, est un mode plus ou moins caractéristique de comportement collectif perturbé. Il n'y a pas de schizophrènes. En soustrayant une personne « malade » au système de relations dans lequel elle est prise, on fausse immédiatement le problème et l'on autorise l'invention de pseudo-problèmes qui seront ensuite pris très au sérieux, classés et analysés dans leurs causes — tous les problèmes authentiques s'étant évanouis au passage des portes de l'hôpital (tous ayant disparu en même temps que les parents).

La bizarrerie, l'étrangeté, l'excentricité, la folie, l'incongruité des sentiments, ou leur absence, les actes gratuits, l'agression impulsive ou irréfléchie ne sont pas attribués au futur malade par des jugements incontestables, absolus, ni même (dans l'expérience clinique courante) raisonnablement objectifs, dès lors qu'ils sont formulés par d'autres membres de la famille. Ces attributions sont hautement fonctionnelles et elles fonctionnent en relation avec le système des besoins de la famille à un certain moment de son histoire. Il n'en va pas toujours différemment des constats de folie faits par des agents de la société extrafamiliale, en particulier le médecin généraliste et l'officier de la Santé mentale, à l'occasion la police ; constats qui ne sont pas nécessairement plus objectifs que ceux de la famille. Ils tombent, hélas, trop souvent dans une collusion subtile, habilement (quoique inconsciemment) préparée avec les attitudes du milieu familial.

Cette relation de collusion entre la famille et les agents de la société est à la base de la violence réelle par opposition à la violence mythique en psychiatrie. Cela n'a pas toujours été

¹⁸ Cf. T.S. Szasz (1962). Szasz fait sa démonstration sur le seul exemple de l'hystérie, montrant quelle violence est faite à l'existence de l'hystérique lorsqu'on interprète les principaux aspects de son comportement comme les symptômes d'un mystérieux processus pathologique ; or, si l'examen de ce pseudo-processus soutient largement cette thèse, je pense qu'un examen, orienté dans le même sens, de tout le champ de la folie psychiatrique, le ferait bien davantage encore.

ni ne demeurera une caractéristique du système social. Dans les temps médiévaux, les frontières que l'on constate /50/ aujourd'hui entre communautés familiales et extra-familiales n'existaient pas. Non seulement la famille était beaucoup plus « ouverte » sur la société qu'elle ne l'est aujourd'hui, mais il faut ajouter que vivaient sous le même toit, notamment dans les classes supérieures, de nombreuses personnes étrangères à la famille — domestiques, bonnes d'enfants, hôtes. Dès que l'enfant quittait son état de dépendance première, il devenait aux yeux des adultes, comme le montre l'iconographie de l'époque, un « adulte en miniature ». Au XVI^e, XVII^e et particulièrement XVIII^e siècle, la situation commença de changer : *les rites de passage*¹⁹ qui depuis les temps néolithiques avaient initié l'enfant à son identité adulte (souvent à travers une mort symbolique, ou la mort partielle d'une castration symbolique et d'une inversion de l'identité sexuelle, ainsi que l'attribution d'un nouveau nom), ces rites, tout comme la *paideia* grecque, avaient disparu de l'Europe médiévale ; au XVIII^e siècle, on s'est de nouveau interrogé sur la nature de l'enfance et le passage à la vie adulte²⁰.

Désormais, on reconnut que l'enfant, en tant que personne d'un genre particulier, d'une présence particulière et assez troublante, devait recevoir une éducation et une préparation particulières pour remplir son rôle d'adulte dans la vie. L'enfant fut coupé de la vie de la communauté adulte par la famille et par l'école, et souvent de manière assez sévère et monacale, en étant placé dans cette institution de claustration totale que constituait le pensionnat. Ces brutalités, paradoxalement, ne reflétaient pas l'indifférence médiévale à l'égard de l'enfant en tant qu'enfant, mais un amour obsédant, emprisonnant, de la famille. C'est ici que l'amour apparaît vraiment comme violence.

/51/ Le relâchement des liens familiaux, si fréquemment dénoncé de nos jours (par exemple le pourcentage des divorcés, l'affaiblissement de l'autorité paternelle) ne cache que très mal une sorte de renforcement de la cohésion familiale dans notre société, cohésion dont on peut découvrir l'intelligibilité historique. La notion « d'une famille », notion qui diffère de manière significative de la simple institution démographique, implique une ligne de démarcation entre famille et communauté, et constitue un phénomène moderne ; avant la période qui s'étend du XVI^e au XVIII^e siècle, les divisions de classes, bien que toujours objectivement définissables, demeuraient souvent camouflées par le processus réel de l'échange social, et les membres dénombrables de chaque famille faisaient tous réellement partie de la communauté en sa totalité ; après le XVIII^e siècle, le développement des contradictions fondamentales de la société capitaliste affaiblit ce camouflage des distinctions de classes, qui devint moins tolérable aux classes supérieures, lesquelles commencèrent à se retirer de la communauté socialement, géographiquement (dans certains quartiers) et pour ce qui concerne l'éducation des enfants. Dorénavant, les valeurs d'intimité, d'isolement de la famille entre ses quatre murs, régnèrent — valeurs que les classes laborieuses imitèrent et introduisirent dans leur mode de vie, dans la mesure où ce mode est conditionné par les valeurs qu'imposent classe dominante et classes moyennes réunies.

Nous pouvons considérer ce problème à l'aide des catégories avancées par Claude Lévi-Strauss dans *Tristes Tropiques*. Il y a des sociétés qui avalent les individus, les sociétés anthropophagiques, et des sociétés qui vomissent les individus, les sociétés anthropoiémiques. Nous voyons alors une transition entre d'un côté « l'avalement » médiéval de la personne-enfant dans la communauté, mode d'acceptation par assimilation, lié au cannibalisme rituel des sociétés « primitives », dans lesquelles le rituel permet à chacun d'accepter l'inacceptable — particulièrement la /52/ mort — et, d'un autre côté, la société moderne anthropoiémique, qui rejette hors d'elle-même tous ceux à qui elle ne peut faire accepter les règles ingénieuses de son jeu. C'est ainsi qu'elle exclut des faits, des théories, des attitudes et des gens — gens de

¹⁹ En français dans le texte.

²⁰ Cette thèse est développée avec une vaste documentation par Philippe Ariès dans *L'Enfant et la Vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Plon, 1960.

mauvaise classe, de mauvaise race, de mauvaise école, de mauvaise famille, de mauvaises mœurs, de mauvais esprit. Aujourd'hui encore dans l'hôpital psychiatrique traditionnel, et en dépit de nos idéaux progressistes, la société joue et gagne sur les deux tableaux — l'individu qui est « vomé » par sa famille et par la société est « avalé » par l'hôpital, digéré et métabolisé jusqu'à perdre toute existence en tant que personne identifiable. Il me semble que cela mérite bien d'être considéré comme violence.

Bien entendu, on nie généralement se débarrasser de quelqu'un lorsqu'on invoque la folie et la méchanceté particulières, inhérentes à certains individus. Ce démenti que l'on entend formuler tant par la famille que par la société, appartient à cette illogique sociale très stérile, vicieuse et de plus très répandue, qu'est la négation de la négation. Elle opère comme suit ; premièrement, il y a un acte négatif, l'acte d'invalidation d'une personne par les autres ; cela peut vouloir dire : l'étiquette d'un diagnostic, une sentence prononcée, un déplacement de l'individu hors de son contexte social ; deuxièmement (et concurremment, plutôt qu'après) cet acte négatif est nié de diverses manières ; on soutient que la personne s'est invalidée elle-même, ou a été invalidée par sa propre faiblesse ou le processus maladif et que les autres n'ont rien à voir, eux, dans tout cela. Par cette double négation, le groupe social se dissimule sa pratique. Par ce mensonge à propos du mensonge, les sujets « bons » et « sains », ou qui se définissent ainsi eux-mêmes, en définissant un certain nombre d'entre eux comme « méchants » et « fous » et en les excluant du groupe, maintiennent un équilibre sûr et confortable. Les boucs émissaires désignés collaborent souvent au processus, considérant que le seul moyen qu'ils ont d'être désirés par les autres et confirmés dans /53/ une identité un peu définie, est de prendre le rôle social du méchant ou du fou. Le « délire » de s'identifier comme Christ, de se sacrifier pour le salut de l'humanité, nous l'avons vu précédemment sur un exemple, trouve son intelligibilité dans cette pratique sociale inauthentique.

Quand la société est un peu moins malhonnête vis-à-vis de ce qu'elle fait, on trouve des pratiques analogues qui s'expriment de manière beaucoup plus concrète et évidente. Illustrant la thèse selon laquelle tout mal social est projection, Sartre, dans son livre sur J. Genet (p. 29), décrit une industrie jadis florissante en Bohême. Les adultes « normaux » prenaient de petits enfants, fendaient leurs lèvres, comprimaient leur crâne et les emprisonnaient jour et nuit dans des boîtes pour les empêcher de grandir. Par ce moyen, ils obtenaient des monstres que l'on pouvait exhiber publiquement contre argent. Aujourd'hui devant le cas de ceux qu'on a classés fous, la société commence à éprouver un vague sentiment de culpabilité lié à la production et au maintien d'une sous-communauté, séparée, de la folie. Cette culpabilité se manifeste par les efforts contradictoires qui sont déployés : d'un côté, pour améliorer le statut des malades mentaux en les élevant au niveau de simples malades et en instaurant une plus grande tolérance dans les institutions psychiatriques ; et, de l'autre côté, pour les maintenir dans leur rôle de fous par tout un système pseudo-médical d'identification et de confirmation, que complète une foule de difficultés obscures opposées aux patients dans le processus de réhabilitation. Dans le cadre de cette mystique quasi médicale, les explosions périodiques d'activité thérapeutique frénétique, dirigées par certains psychiatres contre leurs patients schizophrènes, ne peuvent guère avoir d'effet, sinon celui de perpétuer l'irrationalité du système.

Antonin Artaud a fait, à ce propos, de très judicieuses remarques. Il avait de longues conversations avec son psychiatre au cours desquelles il défendait sa conviction d'être la victime de sortilèges vaudous et son droit à se retirer /54/ de la société. En opposition, le psychiatre s'efforçait laborieusement de déceler chez lui le besoin de se conformer à la société. Et cela durait jusqu'à ce qu'enfin, au moment critique du dialogue, le désaccord se marque toujours de la même manière : « Si vous parlez encore d'ensorcellement, monsieur Artaud, vous aurez soixante-cinq électrochocs. » Il y a un sens auquel les « états délirants » d'Artaud représentaient profondément la vie en sa réalité, une réalité que dix-sept ans après sa

mort nous commençons seulement à apprécier ; il avait plus à dire sur la folie que tous les manuels de psychiatrie : l'ennui fut qu'Artaud voyait trop clair et disait par trop la vérité. Il fallait le soigner. Il n'est peut-être pas absurde de dire que c'est bien souvent quand les gens commencent à devenir *sains* qu'ils entrent en hôpital psychiatrique.

Si nous voulons dépasser la position actuelle de la psychiatrie, où la violence dont je viens de parler est si largement prévalente, il nous faudra reconnaître la complexité dialectique des relations humaines et refuser de réduire l'action et l'expérience humaines en termes de processus. Il nous faudra chercher le moment vital de la praxis, le noyau intentionnel de toute existence humaine, le projet par lequel chacun se définit soi-même dans le monde. Tâche qu'il a toujours été difficile d'accomplir dans les vastes institutions psychiatriques traditionnelles : en termes pratiques, notre expérience nous suggère que le mieux serait une petite communauté de trente ou quarante personnes, qui fonctionnerait sans les préjugés habituels, ni les opinions toutes faites d'ordre clinique, sans la hiérarchie, rigide et imposée de l'extérieur, entre patients et soignants, et avec l'engagement plein et actif des familles dans la communauté. Dans une telle communauté « expérimentale », chaque individu n'aurait plus à lutter contre les désirs aliénés des autres, tentant de le faire rentrer dans leurs cadres par la force, et de le guérir du désir de devenir celui qu'il est réellement. Il aurait au moins une chance de découvrir et d'explorer une relation /55/ authentique avec les autres. Une telle communauté n'existe pas encore ; mais elle peut être créée.

En attendant, si quelqu'un doit devenir fou, la seule tactique qu'il lui faille apprendre dans notre société est celle de la discrétion.

/57/

2

Les familles et la schizophrénie

/59/

Un stratège de l'Antiquité a dit :
« Je n'ose pas prendre l'initiative ;
J'aime mieux attendre.
Je n'ose pas avancer d'un pouce ;
J'aime mieux reculer d'un pied. »
C'est là ce qu'on appelle progresser sans avancer,
Repousser sans se servir de bras,
Riposter sans flèches,
S'opposer sans armes.

LAO TSEU, *Tao to king*, LXIX, traduit du chinois par Liou Kia-Hway

A une question de Mang Wu relative à la piété filiale, le Maître répondit : « Les parents ne doivent supporter qu'un seul tourment, celui de leur propre maladie. »

Les analectes confucéens, II, 6

Aussi loin que l'on remonte dans l'histoire de l'institution psychiatrique, on constate que des infirmiers, et parfois des psychiatres, l'avaient compris intuitivement : si troublé que semblât le schizophrène que l'on internait, il n'était pas seul à l'intérieur de son trouble. Très souvent un personnel expérimenté avait deviné que quelque chose de bizarre, ou même de fou, avait eu lieu dans la famille du patient, et ce sentiment se traduisait par des remarques comme : « Peut-être n'est-ce pas le bon que nous avons. »

La procédure la plus courante s'arrête généralement à un entretien du psychiatre avec les parents du malade hospitalisé. Il se peut même qu'ils ne se voient qu'une seule fois et hors de la présence du patient. Dans certains hôpitaux, les formulaires de l'enquête de routine touchant la vie passée du patient et sa « maladie actuelle » sont envoyés par la poste au plus proche parent et sans même que le malade le sache. Eventuellement, un fonctionnaire psychiatre peut rencontrer le patient chez lui, dans sa famille, à un moment quelconque de sa « carrière de patient » ; mais ce n'est nullement la règle et cela se ramène le plus souvent à une étude de cas du type traditionnel, ne tenant aucun compte des plus récentes études sur les mécanismes familiaux dont je traiterai dans ce chapitre. Ces études en effet remettent en question, de manière radicale, certains points de vue traditionnels selon lesquels on considère que les facteurs d'environnement familial affectent la « maladie » du patient seulement dans ses aspects superficiels ou que la famille est elle-même affectée seulement de manière secondaire par la « pathologie » du patient.

Tout d'abord, nous devons essayer de définir ce qu'est une famille et ce qu'elle fait.

De nombreux sociologues depuis Talcott Parsons ont considéré que la famille remplissait essentiellement deux fonctions : fonction de première socialisation du petit enfant, fonction de stabilisation de la personnalité adolescente et adulte. Si la famille et les enfants qui en font partie ne sont pas à classer parmi les « déviants », cette éducation en deux étapes au sein d'une microculture (la famille) doit réussir à imprégner l'enfant des valeurs et des normes de conduite de la macroculture (le monde extra-familial). Dans une société où l'auto-aliénation est la règle, ces valeurs seront des valeurs aliénées. L'enfant mâle apprendra à se considérer lui-même, ainsi que les techniques qu'il aura acquises, comme autant d'objets sur le

marché ; on lui fournira un cadre à l'intérieur duquel il s'identifiera positivement et négativement dans les proportions convenables avec son père, dont le devoir est de *représenter* au sein du cercle familial un rôle social apte à lui assurer sa propre estime et celle d'autrui. C'est un trait décisif de la société conformiste que /61/ la *représentation* par les parents d'un rôle social acceptable ait la priorité sur la *présentation* de l'enfant à lui-même. Le père ou la mère s'extériorise dans le monde, déverse sa réalité subjective dans la forme-objet d'un être-dans-le-monde, puis réintériorise cette objectivation. Mais cette présence qu'il réintériorise est quelque chose que le parent a déjà perdu ; c'est en fait une *absence* qu'il représente dans la famille. La structure existentielle du rôle social représenté est, avant tout, celle d'un être-pour-autrui et seulement, en second lieu, celle d'un être-pour-soi. Par bonheur, les familles ne parviennent pas toutes à échapper complètement à la flétrissure de la déviance.

Ce que nous devons réellement essayer de saisir, c'est en quoi consiste *l'autonomie* de chaque membre de la famille, au sein de la famille. Être autonome, c'est d'abord poser la règle soi-même et pour soi, ce qui implique un acte de rupture par lequel une personne brise et quitte un système qui la tient prisonnière, dans lequel son rôle, comme celui de tout le monde, se borne à incarner les projections d'une autre personne, pour passer ensuite sa vie à la remplacer dans ses vagues espoirs, ses ambitions, les marques intériorisées de la punition et de la récompense qu'elle-même a reçues de ses parents, etc. Dès lors, la manière la plus simple (bien que très complexe) qu'on ait de se libérer est d'accepter en soi-même cette masse insensée de liens primitifs, de supporter cette intériorisation perturbatrice jusqu'aux limites d'un envahissement du moi, et ensuite de la dépasser en direction d'un champ propre de possibilités. En agissant ainsi, chaque personne doit rester centrée sur elle-même et protéger sa propre existence de ce qui projetterait le centre subjectif de son être vers le monde extérieur. Perdrat-elle le contrôle du centre d'elle-même, qu'elle se perdrait à autrui et cela signifierait sa propre perte à elle-même, ou plutôt hors d'elle-même.

Ainsi l'aliénation se définit-elle par rapport à l'action et à la dénégation de l'action, à l'intérieur d'un groupe, ainsi /62/ qu'aux résultats de cette même action. Par étrangeté, nous entendons l'expérience résultant de cette action aliénée. L'étrangeté est le sentiment d'être pris dans un processus étranger à nos intentions et à nos actes propres, ainsi qu'aux intentions et aux actes propres de chacun dans le groupe. C'est l'expérience faite du sous-produit d'une illusion universelle.

Les familles opèrent une médiation entre la réalité sociale et leurs enfants. Si la réalité sociale en question est riche en formes sociales aliénées, alors cette aliénation sera médiatisée pour l'enfant et expérimentée par lui comme étrangeté dans les relations familiales. Certaines des familles « les plus unies », certains des mariages « les plus heureux » sont celles et ceux où les relations sont vécues comme étrangères. On peut éluder l'étrangeté ou la nier. On peut devenir étranger à sa propre étrangeté. Mais si, pour des raisons que nous pouvons rendre intelligibles, cette négation devient impossible, alors une personne essaiera éventuellement d'atténuer sa confusion à l'aide d'une construction « psychotique » : elle peut dire, par exemple, que son esprit est contrôlé par une machine électrique ou par des hommes d'une autre planète. Ces constructions, cependant, sont dans une large mesure des incarnations du processus familial, qui a les apparences de la réalité substantielle, mais n'est rien d'autre que la forme aliénée de l'action ou de la praxis des membres de la famille, praxis qui domine littéralement l'esprit du membre psychotique. Ces hommes métaphoriques du cosmos sont littéralement la mère, le père et les frères qui prennent place autour de la table du petit déjeuner en compagnie du prétendu psychotique. Dans le discours quotidien, nous confondons habituellement le littéral et le métaphorique. Qui peut dire que dans cet exemple le malade est fou parce qu'il se trouve placé au plan métaphorique ?

Ce que je viens de dire des relations familiales aliénées est très bien mis en lumière dans *la Cantatrice chauve* d'Ionesco (1950). Un homme et une femme se rencontrent, /63/

apparemment deux parfaits étrangers. Ils découvrent progressivement qu'ils ont partagé un compartiment de train, une maison, un lit, un enfant. Ils en concluent avec stupéfaction qu'ils forment une seule et même famille. Ici la relation n'est, en tout et pour tout, définie que par le tracé de relations topographiques non humaines : le chemin de fer, les escaliers, le lit ; mais au vrai, combien de maris et de femmes se sont-ils vraiment rencontrés, même vaguement ?

Les familles des patients que l'on appelle schizophrènes présentent cette forme d'aliénation et d'étrangeté de manière particulièrement intense. Sous un certain aspect, très réel, des choses, le problème de la schizophrénie, le problème de l'aliénation et de l'étrangeté au sein des familles sont identiques. On pourrait nous objecter que nous devrions faire d'abord une recherche comparative touchant les familles dont un membre est reconnu psychotique ou névrosé et celles dont aucun membre n'est reconnu malade au sens psychiatrique du terme. Mais mes propres travaux sur les familles m'ont amené à penser que tout autant que les familles « psychotiques » et « névrosées », les familles « normales » sont toutes caractérisées, dans notre société, par un haut degré d'aliénation en ce qui touche la réalité personnelle de leurs membres. On est même tenté de formuler l'hypothèse audacieuse selon laquelle, dans les familles « psychotiques », le membre identifié comme schizophrène serait en train d'essayer, par son épisode psychotique, de se libérer d'un système aliéné et, partant, serait en quelque sorte moins « malade », ou moins aliéné, que la progéniture « normale » des familles « normales ». Cependant, dans la mesure où il entre en hôpital psychiatrique, son effort désespéré de libération devrait être considéré comme un échec, dû à une insuffisance au niveau des tactiques et de la stratégie sociales nécessaires.

J'ai déjà employé le terme « d'aliénation », mais si nous voulons mieux comprendre en quoi consiste la violence, il nous faut en approfondir la signification. Comme concept /64/ philosophique, « aliénation » fut utilisé d'abord au début du XIXe siècle, par Fichte et par Hegel. Dans les années 1840, il fut appliqué par Marx à l'analyse de la société. De l'avis général, cependant, la notion d'aliénation telle qu'elle apparaît dans les premiers travaux de Marx, fut masquée ensuite par certains aspects de sa théorie postérieure et, dans les dernières décennies du siècle, la notion demandait à être reprise.

La notion originale d'aliénation (*Entfremdung*), était, chez Hegel, enracinée dans l'analyse de la conscience. Dans les travaux de quelques-uns de ses successeurs, elle prit le sens d'une condition dans laquelle les pouvoirs humains apparaissent sous une forme extériorisée, comme des entités non humaines autonomes, dominant la vie humaine « de l'extérieur ». Dans l'analyse de la religion que fit Feuerbach, par exemple, les dieux et les démons sont considérés comme des projections de certains aspects de la nature humaine. A partir de quoi, Marx étendit le concept d'aliénation à de nombreuses autres formes de la vie sociale. Marx ne conçoit pas l'Etat comme un pouvoir extérieur autonome dominant les hommes, mais comme une forme aliénée de l'action humaine, à savoir : la praxis concertée par laquelle une classe en domine une autre. L'Etat, en ce sens, est ce qui est « établi », mis en place, construit par ceux qui sont ses hommes liges.

Sartre (1960) a recherché le fondement ontologique de l'aliénation, considérant que la définition donnée par Marx de l'aliénation fondée sur l'exploitation et sur les produits sociaux qui en découlent, ne rendait compte que d'une aliénation secondaire. Pour Sartre, l'aliénation première, qui est une forme nécessaire de toute action et de toute expérience humaines, se définit en termes d' « altération » (le fait que mes « actes pour moi » deviennent des « actes pour autrui ») et d' « objectivation » (le fait que mes actes sont réellement et durablement imprimés sur la réalité physique et sociale du monde). Sartre développe alors ses premières /65/ conceptions (1943) touchant l'hémorragie existentielle : lorsque je suis regardé par une autre personne, il y a un mouvement vers l'extérieur, un « saignement », de mon état intérieur d'être-pour-soi, vers un état extérieur d'être-pour-autrui comme objet du monde. Cela implique un jeu d'échanges entre deux sortes d'espace. L'espace où « je » suis comme être-

pour-soi est très différent de celui que j'occupe, « moi », comme objet pour autrui. Les yeux de l'autre lorsqu'il me regarde peuvent être situés, disons, à deux mètres, mais son *regard* va droit à l'intérieur de moi, pénètre l'espace de ma subjectivité et cherche à faire totalement de moi un objet pour lui. Il ne s'agit plus de distance mesurable. Habituellement, cet écoulement de soi-même est arrêté par mon objectivation réciproque d'autrui, qui fait que sous mon regard, son existence à lui saigne à son tour dans le monde des objets pour moi.

Certains souffrent d'une perpétuelle invasion de leur espace subjectif par autrui, au point que, finalement, leur existence semble se réduire à celle d'un objet situé dans les systèmes géométriques du besoin des autres membres du groupe. Ils n'ont plus d'espace qui leur soit propre. Certes, un tel mode de vie relève encore largement d'une décision, mais, selon toutes les apparences, de telles personnes ne font jamais rien, ne sont que l'effet global des mécanismes du groupe (et éventuellement de mécanismes organiques) qui obscurcissent tout ce qu'elles font réellement (leur praxis) et par là même tout ce qu'elles sont. Elles sont totalement aliénées ; reste que ce sont toujours des *personnes* qui sont aliénées, et qu'elles le sont à travers une intentionnalité perpétuellement consentante. Cette réserve étant faite, nous devons voir clairement à présent le lien entre l'aliénation et la violence qui existe dans les familles.

L'aliénation (ainsi définie) est au principe de nombreuses mythologies propres à la pensée sociale et psychologique : le groupe humain y est posé, implicitement ou explicitement, comme une sorte d'hyperorganisme, auquel on attribue la /66/ capacité d'agir et même d'expérimenter, en quelque sorte indépendamment des membres qui le composent. Cet hyper-organisme semble n'obéir qu'à ses propres lois. L'avantage évident de cette manière de penser est qu'elle fournit une échappatoire factice à la responsabilité personnelle. En fait, les lois du groupe sont élaborées par et à travers l'interaction de chaque membre avec chaque autre et ont leur origine dans la liberté de chacun, dans l'obéissance librement consentie ou le rejet des lois déjà établies. A l'inverse, l'aliénation comme échappatoire au trouble et à l'angoisse que provoque la reconnaissance d'une responsabilité personnelle, a fourni à un Eichmann l'argument de sa « défense », quand il prétendait n'être qu'un « rouage dans une machine ».

De l'autre côté, on trouve l'exemple, cité par Bruno Bettelheim dans *The informed heart* (1961), de cette jeune fille qui, en un moment d'extrême clairvoyance, prit conscience d'une des plus formidables entreprises d'aliénation de l'histoire humaine et s'en libéra. Cette jeune fille faisait partie d'un groupe de juifs qui attendaient, nus, d'entrer dans la chambre à gaz. L'officier SS qui surveillait l'opération apprit qu'elle avait été danseuse de ballet et lui donna l'ordre de danser. Elle dansa, mais progressivement elle s'approcha de l'officier, s'empara soudain de son revolver et l'abattit. Son sort ne laissait aucun doute et il était également évident que rien de ce qu'elle pouvait faire n'était susceptible de changer la situation dans sa réalité matérielle, à savoir l'extermination du groupe. Mais elle investit sa mort d'une signification personnelle intense, où s'exprimait en même temps l'occasion historique, tragiquement perdue dans le processus massif des camps d'extermination.

On peut considérer, pour des raisons pratiques, que l'étude systématique des familles de schizophrènes a débuté il y /67/ a quinze ans aux Etats-Unis, et cela est un point sur lequel nous reviendrons. Le psychiatre Kraepelin, en 1896, avait groupé tout d'abord divers « portraits cliniques » sous le vocable, suggéré plus tôt par C. Morel, de « démence précoce » (que Bleuler devait plus tard changer en « schizophrénie »). Depuis lors, un grand nombre de recherches ont été menées sur la constitution intestinale, la fonction thyroïdienne, etc., des schizophrènes. Un savant démontra, ou crut démontrer, statistiquement, que la plupart des schizophrènes étaient nés au mois de mars et il fournit une série d'hypothèses pour rendre compte de ce « fait ». Des psychiatres ont divisé et sous-divisé les « portraits cliniques » en

trente ou quarante types et sous-types, utilisant toutes les ressources de l'étymologie grecque qu'ils purent mobiliser pour ce marathon taxinomique. Il peut sembler quelque peu étrange pour le profane que personne n'ait cru bon, jusqu'à ces quinze dernières années, de regarder vraiment, de près, ce qui se passait dans les familles d'où venaient les patients. Ou plutôt, cela peut sembler étrange tant qu'on ignore la curieuse collusion que les médecins et les autres agents de la société ont établie avec les membres de la famille du patient, généralement ses parents.

Les premières études faites en 1949 et dans les premières années 50, se concentrèrent sur la nature des relations entre les parents du schizophrène, et montrèrent, que dans la grande majorité des cas, ces relations étaient nettement insatisfaisantes à divers titres. Certaines de ces premières études essayèrent de décrire les traits prédominants des membres de la famille : la mère du patient était généralement considérée comme une personne manipulatrice au clan des émotions, dominatrice, surprotectrice en même temps que rejetante, tandis que le père était fréquemment vu comme faible de caractère, passif, préoccupé, malade, ou, d'une manière ou d'une autre « absent » comme membre effectif de la famille.

En 1958, M. Bowen décrivit ce qu'il appela le « divorce /68/ émotionnel » des parents dans ces familles et il montra clairement que cette sorte de rupture pouvait ne pas être immédiatement évidente. La même année, L.C. Wynne *et al.* employèrent le terme de « pseudo-mutualité » pour rendre compte de la manière dont certaines familles présentaient l'apparence de la « mutualité » et de la concorde, à seule fin de couvrir une intense hostilité, une inflexibilité et une volonté de destruction réciproque. Dans ce travail, Wynne a développé de manière très pertinente et utile la théorie sociologique du rôle, en tenant plus soigneusement compte qu'on ne le fait habituellement de l'expérience subjective de celui qui adopte le rôle. Lui et ses collaborateurs ont distingué trois types de complémentarité dans les familles : mutuelle, non-mutuelle et pseudo-mutuelle. Dans le cas dit de mutualité, on observe une plus grande différenciation et une plus grande souplesse dans le réseau des liens familiaux, ce qui permet un approfondissement des relations (que Wynne conceptualise en termes empruntés à Martin Buber). Dans le cas dit de non-mutualité, on constate dans la famille un manque général d'intérêt pour tout ce qui concerne la non-complémentarité. Dans les familles de certains schizophrènes, il y a, au contraire de ce dernier cas, une pseudo-mutualité qui (c'est l'hypothèse) prend une forme particulièrement durable et intense, et se trouve renforcée par une sous-culture familiale fondée sur des mythes et une idéologie idiosyncrasique d'une étendue inhabituelle, comportant d'atroces châtements mythiques pour le membre de la famille qui oserait ne pas se conformer au système. Wynne indique, mais dans une simple esquisse, comment l'intériorisation de ce système familial de relations conditionne le développement de l'expérience personnelle de chacun.

Un nouveau pas, décisif, dans l'étude de l'interaction familiale a été accompli en 1956 par Gregory Bateson, Don Jackson, J. Haley et J. H. Weakland, chercheurs de Palo Alto (Californie), dans leur article « Vers une théorie de la schizophrénie ». Ils y développent l'idée qu'une manœuvre /69/ de « double contrainte » (*double blind*²¹) s'exerce dans les familles des schizophrènes et constitue un facteur qui contribue à la genèse de la schizophrénie chez l'un des membres, spécialement élu, de la famille. Weakland (1960), a résumé ce qu'il entendait par « double contrainte » :

« Les caractéristiques générales de cette situation (de double contrainte) sont les suivantes :

²¹ Parfois traduit par « double blocage » ou, mieux, « double impasse ».

1. Quand un individu est engagé dans une relation intense ; c'est-à-dire une relation dans laquelle il sent être d'une importance vitale pour lui de distinguer avec précision quelle sorte de message lui est communiquée, afin de pouvoir y donner la réponse appropriée ;
2. et lorsque cet individu est mis dans une situation où son partenaire, à l'intérieur de la relation, émet deux ordres de messages dont l'un contredit l'autre ;
3. alors, l'individu est incapable de commenter les messages émis, pour mieux distinguer auquel des deux il doit répondre ; c'est-à-dire qu'il est incapable de formuler un jugement qui relève de la métacommunication. »

Le dilemme dans lequel est enfermé le schizophrène, ou le schizophrène en puissance, lorsqu'il est confronté à une telle manœuvre par l'un de ses parents, ou bien par les deux, est à tel point impossible à résoudre que la seule réponse qu'il peut faire est considérée en général comme psychotique. Dans la réalité sociale de la famille où il vit et au sein de laquelle il a grandi, il n'a pu qu'intérioriser une limitation (chaque fois particulière) de son champ de possibilités en sorte que les réponses « psychotiques » sont bien capables de constituer les réactions les plus raisonnables possible, /70/ jusqu'à ce que le terrain social change, soit à travers un changement dans la famille elle-même (éventuellement provoqué par une intervention extérieure), soit par son déplacement (à lui) dans un groupe social où la prise de conscience d'ordre métacommunicatif est chose courante. Il se peut agir, dans ce cas, soit d'un groupe thérapeutique idéologiquement avancé, soit de tout autre groupe relativement non mystifiant

Un exemple assez banal de double contrainte se rencontre fréquemment au cours des entretiens collectifs où le patient rencontre à la fois ses parents, éventuellement ses frères et sœurs, et le thérapeute. Un des parents demande au patient de rappeler quelque incident de l'histoire familiale ayant un rapport avec la question dont on discute, mais clairement chargé d'émotions et de menaces pour le reste de la famille ou l'un de ses membres. En même temps qu'on lui demande de se souvenir, on lui fait savoir par des signes paralinguistiques ou même entièrement non verbaux (par exemple, des signes de grande anxiété perceptibles pour le patient), que s'il ose se souvenir et raconter, il menacera dangereusement, ou même détruira, la famille, ou l'un de ses membres au moins. Dans le même instant, le patient reçoit des ordres contextuellement formulés, à la fois de ne pas commenter l'injonction non verbale secondaire, et de ne pas échapper à la question. Et le patient alors de répondre par une déclaration faisant preuve de « désordre mental », d'incapacité intellectuelle et d'inaptitude à se souvenir d'un événement manifestement significatif et éventuellement assez récent. Il fait l'expérience de la confusion dans le temps où il exprime le désordre.

L'importance de ce travail réside dans le fait que les auteurs ont finalement réussi une analyse microscopique de chaque déclaration et même de chaque nuance non verbale d'une interaction familiale. Ils ont aussi montré comment le patient, en intériorisant ces systèmes de signaux contradictoires, peut à la fois faire l'expérience intime de la confusion et extérioriser cette confusion en s'objectivant lui-même, /71/ dans le groupe familial et dans sa périphérie sociale (qui comprend la situation de l'interview psychiatrique), comme une « personne dérangée » ou un « schizophrène » au plein sens de ce terme.

Cependant, dans leur développement théorique consécutif, les auteurs me semblent ne pas parvenir à une conceptualisation adéquate du processus sous-jacent. Ils ont recours à la notion de « type logique ²² » telle qu'elle est formulée dans les *Principia mathematica* de

²² En bref, si l'on prend une proposition p , et qu'ensuite on affirme une proposition p' à propos de p , dans laquelle p est un terme de la proposition p' , alors p est du premier type logique et p' du second type logique. De même, une proposition p^2 , à propos de p' , est du troisième type logique.

Bertrand Russell, 1913 : ils prétendent que les deux messages contradictoires présentés au patient sont de types logiques différents, et que le patient a été conditionné pour ne pas percevoir cette différence, qu'il est par conséquent sujet à la confusion de type logique et constitue ainsi une victime toute désignée pour la double contrainte. Cela me semble être une combinaison *ad hoc* de concepts, qui n'ajoute rien à la description très claire de la situation de double contrainte, telle qu'elle est expérimentée. Le fait est que, pour autant que cela concerne la logique, la partie « doublement contraignante » propose implicitement un faux modèle logique à la partie « doublement contrainte » : en bref, une rationalité analytique bien appropriée aux systèmes d'action et de réaction physiques et biologiques, mais non à l'interaction personnelle. L'interaction personnelle, particulièrement dans la mesure où l'on veut tirer des inférences logiques la concernant, doit être considérée dialectiquement. L'anthropologue logicisant doit observer que les objets de son système sont bivalents, en ce sens que celui qui impose la double contrainte à la fois veut et ne veut pas, ou plutôt demande et ne demande pas une réponse de la part de l'autre. Dans notre exemple, la demande faite par les parents à leur enfant de /72/ se souvenir de l'événement fatal est une demande réelle socialement conditionnée et non une parole en l'air. Mais elle va à l'encontre d'une autre demande socialement conditionnée, celle, pour l'enfant, d'oublier. La vérité est que ceux qui exercent la double contrainte sont en fait ceux qui sont doublement contraints par la convergence à leur endroit de forces sociales contradictoires : d'abord, des demandes conditionnées par l'ensemble général des attentes au milieu desquelles ils ont été élevés, ensuite des demandes de préservation de la structure familiale (il s'agit de la famille « conjugale ») telle qu'elle est, face à la menace représentée par le membre malade qui oserait s'affirmer de manière autonome. Cependant, les parents, niant le moment contradictoire de leur propre situation, croient que lorsqu'ils demandent « te souviens-tu ? » ils posent une question unique, simple et non ambiguë (encore qu'il y ait dans d'autres et nombreux cas une duplicité consciente). De plus, invoquant les droits et les devoirs conventionnels de la famille, ils exigent une réponse simple et non ambiguë. En agissant ainsi, ils demandent tout simplement la lune.

Le véritable illogisme, ou la maladie de la logique, se révèle donc être le fait des parents, dans la mesure où ils ont recours à un type de rationalité inapproprié (et qui inclut la typologie logique de Russell) pour défendre leur position. La vérité, cependant, est que la société en général commet la même erreur, chaque fois qu'elle parle des relations personnelles intimes, aussi bien que de son propre développement historique à grande échelle. Cela peut s'observer dans les déclarations qui sont faites sur les motivations humaines dans les cours de justice, aussi bien que dans les jugements politiques portant sur des ensembles. Ce déplacement, défensif, d'une rationalité dialectique vers une rationalité analytique, se trouve opéré chaque fois qu'un individu ou un groupe menace de s'affirmer lui-même de manière autonome. Or, la menace qui pèse de manière omniprésente est celle d'une rupture indépendante, quelque forme qu'elle prenne.

/73/ Si l'on pose le problème de la schizophrénie de cette manière, c'est-à-dire comme celui d'une personne aspirée hors d'elle-même par les autres, ou exprimée hors d'elle par elle-même (dans l'amoureuse soumission à l'ingestion vorace d'autrui), de telle manière qu'à la fin plus rien d'elle-même ne lui soit laissé puisqu'elle appartient entièrement à autrui, alors nous devons constater que, si l'internement en hôpital constitue un destin particulier, la schizophrénie n'est rien moins que notre lot à tous.

/75/

3

Etude d'une famille

/77/

Et une femme qui tenait un enfant sur son sein dit : « Parle-nous des enfants. »

Et il dit : « Vos enfants ne sont pas vos enfants. Ils sont les fils et les filles du désir de la Vie pour elle-même.

Ils viennent à travers vous mais ne viennent pas de vous,

Et bien qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas.

Vous pouvez leur donner votre amour, mais non vos pensées,

Car ils ont leurs propres pensées. Vous pouvez héberger leurs corps, mais non leurs âmes,

Car leur âmes habitent la maison de l'avenir, que vous ne pouvez visiter, même en vos songes.

Vous pouvez vous efforcer de leur ressembler, mais ne cherchez pas à faire qu'ils vous ressemblent.

Car la vie ne revient pas sur ses pas, ni ne demeure dans le passé.

Vous êtes les arcs d'où partent vos enfants comme des flèches vivantes.

L'archer voit la marque sur le chemin de l'infini et il vous courbe avec Sa puissance pour que Ses flèches aillent vite et loin.

Courbez-vous avec joie dans la main de l'Archer ;

Car autant qu'il chérit la flèche qui vole, Il chérit l'arc immobile.

KAHLIL GIBRAN, *le Prophète*.

La schizophrénie vient du fait que les jeunes gens n'obéissent plus à leurs parents.

Journal of Mental Science, 1904, p. 272.

/78/ Face à un sujet reconnu schizophrène, le problème qui se pose à nous est toujours le même : découvrir dans quelle mesure l'interaction entre la personne malade et d'autres personnes, passées ou présentes, peut nous rendre son comportement intelligible.

Dans les cas que nous avons étudiés²³, la notion de « comportement » recouvre très précisément la prétendue « manifestation clinique de la maladie » ou les « symptômes psychotiques » présentés par le patient à son admission en hôpital et juste avant. Par « autres personnes » nous entendons ici : et la famille nucléaire du patient (père, mère, frères et sœurs), plus dans certains cas le conjoint, et le personnel du service médical, plus les autres patients.

Le « matériel » de l'analyse est recueilli par des observateurs-participants, ceux d'abord qui se sont trouvés en situation de groupe avec les familles. Le terme ici employé indique que l'*observateur participe à une interaction de groupe*, qu'il est conscient de son mode de participation, qu'il enregistre celle-ci, ainsi que l'effet qu'elle produit dans l'interaction globale, comme une part essentielle de la procédure même d'observation. La participation est un élément à la fois intrinsèque et inévitable de la situation. Aussi, dans la majorité des interactions que nous avons enregistrées, y avait-il l'intention non dissimulée d'opérer une « thérapie familiale ». Pour l'essentiel, les interventions thérapeutiques de ce

²³ A l'intérieur de l'unité que j'ai constituée et que je décrirai dans les deux chapitres suivants.

genre ne visent pas encore à interpréter des fantasmes inconscients, mais plutôt, sous forme de métacommunications (communications sur la communication), à clarifier les confusions qui peuvent s'introduire par les communications de premier niveau, dont un grand nombre sont déjà elles-mêmes des métacommunications. Cependant, il arrive souvent qu'une intervention métacommunicatrice donne conscience au groupe de ses « processus inconscients ».

En second lieu, des observations-participantes sont faites au sein du service même où se trouve placé le patient durant son séjour à l'hôpital. Les principes d'organisation thérapeutique de ces groupes, qui permettent de définir la nature des observations, seront décrits au chapitre 4.

Les échantillons d'interactions familiales qu'on a choisi d'analyser ont été enregistrés sur bande magnétique et ensuite dactylographiés. Les communications non-verbales, à moins qu'on ait recours au cinéma, doivent être notées à leur apparition par l'observateur du groupe. Certains aspects paralinguistiques (intonation, inflexion de voix, etc.) sont perceptibles sur la bande magnétique.

Généralement, le patient a un premier entretien avec le psychiatre lors de son admission à l'hôpital ; c'est la procédure suivie pour toutes les admissions « d'urgence », du moins quand le patient vient de chez lui. Dans certains cas, lorsqu'il est envoyé pour admission par une clinique où il était déjà suivi en consultation, toute la famille, ou peut-être le patient et l'un de ses parents seulement, sont reçus ensemble une première fois par le psychiatre, qui les invite à exposer leur problème par une question du genre : « Quelqu'un peut-il me dire ce qui ne va pas ou semble ne pas aller ? » Après un entretien en tête à tête avec un médecin, le patient, nouveau venu dans notre unité, s'intègre au groupe communautaire du service et, dans les premières phases du fonctionnement de l'unité auxquelles il participe, se voit rapidement invité à rejoindre l'un des groupes engagés dans un des projets de travail : dans une certaine mesure il devrait pouvoir choisir son groupe de travail, mais il y a naturellement des limites aux nombres maximum et minimum de ceux qui peuvent travailler sur un certain projet. On attend de lui également qu'il fasse sa part de travaux domestiques (nettoyage, mise de la table, lavage). Finalement il participera, généralement en présence du personnel, /80/ aux divers groupes sociaux ou récréatifs, organisés ou informels.

L'étude de la famille est une partie de l'étude totale qui, selon les cas, peut durer de trois ou quatre heures à quarante ou cinquante heures de recherche et de thérapie. Pour déterminer le nombre d'heures qu'il doit lui consacrer, le médecin thérapeute procède à une première appréciation des problèmes de la famille et tient de surcroît compte de ce qui est mis en évidence des problèmes du patient dans son interaction avec le groupe du service. Il décide en fait si un certain nombre de séances de thérapie familiale sont indiquées ; par thérapie, on entend une tentative de modification du schéma d'interaction existant dans la famille, ou plutôt, *la création d'une situation contrôlée dans laquelle les membres de la famille modifient eux-mêmes leurs relations de telle manière que le membre patient découvre un domaine d'action autonome s'élargissant sans cesse devant lui, tandis qu'au même moment les autres membres de la famille deviennent, de leur côté, plus « indépendants », au moins dans la mesure où ne se trouve pas provoqué un effondrement jugé psychotique.*

Dans certains cas (la majorité des cas, en partie du fait des limites de temps qui s'imposent au thérapeute), on peut décider de ne pas engager la famille tout entière de manière directe dans la situation thérapeutique ; le but du travail avec le patient sera plus simplement de réaliser le type de situation dans laquelle il trouvera des expériences sociales, transitoires au regard de son expérience familiale, qui l'amèneront à pouvoir vivre au sein de la communauté sans devenir le pôle d'attribution des maladies mentales du groupe. Si tout se passe bien, il apprendra à vivre indépendamment de sa famille et finalement du service

hospitalier. Cet apprentissage se fait le plus souvent par étapes : d'abord hospitalisé à plein temps, le patient est ensuite autorisé à prendre un travail dans les environs, hors du service, puis à vivre en appartement et à ne venir qu'une fois tous les huit ou /81/ quinze jours pour une séance de consultation. Dans d'autres cas, en fonction d'une première appréciation des problèmes de la famille, on peut décider qu'un autre membre de la famille, qui prend plus ou moins volontairement le rôle de patient principal, entre en thérapeutique (avec ou sans hospitalisation), et le premier patient admis pour schizophrénie peut alors se voir rapidement libéré : dans l'expérience de notre unité, ce renversement du rôle de malade s'est produit très souvent entre des mères « normales » et des fils « schizophrènes ».

Une fois admis, le patient a un entretien d'au moins une heure seul à seul avec le médecin. La famille au complet, au moins les parents et le patient, des frères ou des sœurs également s'ils sont disponibles, se réunit avec le médecin pour un nombre variable de séances d'une heure. Des groupes de deux ou trois membres de la famille rencontrent le médecin en séances similaires, les principales combinaisons, en dehors de la famille au complet, étant : le père et la mère ensemble ou bien l'un et l'autre alternativement avec l'enfant schizophrène, ou encore le patient et l'un de ses frères (ou sœurs) « non schizophrène ». Il y a aussi des séances à deux au cours desquelles chaque parent à son tour, et au moins un frère ou une sœur du patient, voit le docteur en tête à tête. Ces dernières séances permettent notamment de bien mettre en lumière des points de vue tout à fait contradictoires touchant le patient, sa « maladie » et la famille ²⁴.

Nous disposons de deux salles d'entretien dans lesquelles la famille peut se réunir. Dans l'une, elle s'assoit autour d'une table : dans l'autre il y a un cercle de fauteuils. L'auto-régistration d'enregistrer les séances sur bande magnétique est demandée avant que le magnétophone ne soit mis en marche ; nous n'avons jamais rencontré de refus ni de préoccupation /82/ consciente excessive à propos du magnétophone pendant les séances. Il n'y a pas d'autre structuration formelle de la situation ni d'injonction formulée que la simple phrase par laquelle le thérapeute ouvre la première séance : « Nous pourrions peut-être discuter de ce qui a amené X à entrer à l'hôpital » ou encore, « Peut-être pourrions-nous discuter de ce qui semble ne pas aller ».

L'expérience nous a montré que cette sorte de recherche sur la famille, associée à des observations portant sur les interactions à l'intérieur du groupe du service, peut rendre intelligibles des « symptômes », qu'une conception conventionnelle de la schizophrénie considère comme tout à fait absurdes et dépourvus de sens. De cette manière, nous avons pu bien souvent découvrir la méthode dans la folie et le sens secret du non-sens.

Pour illustrer ces remarques, nous allons choisir le cas d'Eric V. L'étude de la famille a consisté en vingt-cinq entretiens avec Eric et ses parents, deux entretiens avec les parents seuls, un avec Eric et son père, un avec Eric et sa mère, un avec Eric et sa jeune sœur Jeanne, un avec la sœur toute seule, deux avec la mère seule, deux avec le père seul. Nous disposons aussi d'un certain nombre d'observations sur son interaction avec les autres membres de la communauté du service.

Eric V. fut admis dans notre hôpital psychiatrique, comme patient légalement interné, pour la première fois en 1960, à l'âge de dix-neuf ans. L'examen clinique de son « état mental » indiquait, à cette époque, qu'il était impulsif et non coopératif, qu'il faisait preuve d'une pensée incohérente, qu'il était incapable de parler de lui-même de manière conséquente et ne savait que nier avec véhémence qu'il y eût quelque chose qui n'allât pas en lui ; il demandait, de plus, qu'on l'autorisât à retourner à l'université, au pays de Galles, qu'il avait quittée de son plein gré deux jours auparavant. Il faisait (en pyjama) des tentatives très violentes pour s'échapper du service, tentatives que les infirmiers /83/ devaient faire échouer par la force et

²⁴ Laing et Esterson, 1964

en lui administrant de larges doses de sédatifs. Il avait des idées de persécution et des hallucinations auditives : il croyait que les gens, même ceux qui ne le connaissaient pas, le méprisaient et le jugeaient « mou ». Il croyait entendre le personnel hospitalier lui dire qu'il n'avait aucun droit à être à l'hôpital et qu'il devait rentrer chez lui, ce qu'il essayait d'ailleurs de faire de toutes ses forces, malgré les efforts des infirmiers.

Le motif immédiat de son internement était qu'une semaine plus tôt, quinze jours avant la fin de son premier trimestre, il avait téléphoné à son père, pour lui annoncer sans explication qu'il retournait chez lui à Londres. Il commença effectivement le voyage en train mais descendit à une gare à mi-chemin et essaya de retourner à l'université en auto-stop. Il semblait manifestement déprimé et agité, et fut ramassé par la police qui le mit dans un train pour Londres.

Il arriva chez ses parents très fatigué et affamé. Selon son père, il semblait pleinement « jouir de sa raison », mais peu disposé à parler de lui-même. Sa mère l'accueillit, mais il passa devant elle en l'ignorant ostensiblement. Immédiatement après, il contredit cette attitude de rejet en se retournant, en la prenant dans ses bras et en l'embrassant. Plus tard dans la soirée, il déclara qu'il voulait retourner à l'université et refusa d'aller au lit malgré l'insistance de ses parents. Ceux-ci, se sentant incapables de faire face à la situation, appelèrent le médecin de famille qui donna à Eric un sédatif. Il alla se coucher mais redescendit les escaliers plus tard en pleurant et en demandant : « Que puis-je faire ? » Son père l'assura qu'il avait bien agi en rentrant chez lui, où il pourrait trouver de l'aide pour résoudre ses problèmes. Cependant, Eric nia avoir besoin d'une aide quelconque. Il dormit bien cette nuit-là, mais le lendemain matin, alors que le médecin lui avait conseillé de passer la journée au lit, il proclama de nouveau son intention de retourner à l'université. Il bouleversa sa famille en déclarant /84/ qu'il haïssait sa mère. C'est alors que le médecin appela l'officier de la Santé mentale qui prit les mesures nécessaires, avec l'autorisation formelle du médecin, pour faire interner Eric dans un hôpital psychiatrique afin qu'il y prenne « juste un peu de repos ».

Le père d'Eric, quand il vit le médecin seul, peu après l'internement, se montra extrêmement désespéré. Il déclara qu'il n'avait jamais vraiment connu son fils, qu'Eric avait toujours demandé de l'affection mais s'était toujours montré méfiant pour l'accepter, surtout lorsqu'elle venait de lui. Il remarqua qu'Eric n'avait jamais voulu être caressé comme un enfant et avait repoussé toute forme d'affection qui lui semblait « efféminée ». Ç'avait été un choc terrible pour le père d'entendre Eric dire qu'il haïssait sa mère. Il semblait très désireux d'apprendre non pas qu'Eric « irait mieux », mais que lui et, dans une mesure un peu plus vague, sa femme, n'avaient rien à se reprocher qui fût en relation avec la « maladie » de leur fils. M. V. ne savait rien de ce qui s'était passé à l'université et les seules « preuves » de la maladie de son fils qu'il fournit furent : a) qu'Eric s'était intéressé à la politique de manière quelque peu excessive l'année précédente, b) qu'il avait quitté l'université pour rentrer chez lui sans raison apparente, c) qu'il avait dit, en arrivant à la maison, qu'il voulait retourner à l'université mais ne voulait pas en discuter avec ses parents, d) qu'il déclarait haïr sa mère. La vie d'Eric à la maison était généralement heureuse, selon le père, et « meilleure que la moyenne ».

Lors de la première réunion de la famille, dans la semaine qui suivit l'admission d'Eric, l'interaction prit une forme assez rigide qui persista durant les deux réunions suivantes : Eric était nettement défini comme « le malade ». Le père adopta une attitude inquisitoriale, interrogeant Eric à propos de ses symptômes sur un ton officiel, très semblable à celui qui est employé lors des examens psychiatriques traditionnels. Eric était malade ; les médecins et ses parents allaient /85/ l'aider à guérir ; il devait collaborer, avoir confiance en tous ces braves gens, rester à l'hôpital et accepter le traitement (Eric, à l'époque, faisait des efforts répétés pour quitter le service et retourner chez lui ou à l'université). Pendant ces séances, la mère restait tout à fait en retrait, confirmant à l'occasion les déclarations du père.

Au fur et à mesure que ces réunions progressaient, le père adoptait un ton de plus en plus moralisateur. On ne savait plus très bien dans quelle mesure Eric était considéré comme malade, et dans quelle mesure comme mauvais (fainéant, non-coopératif). Le père signalait quelques ressemblances mineures entre lui-même et son fils et, dans divers contextes, le conjurait de s'identifier à lui, d'affronter les situations sociales de la même façon qu'il l'avait fait, car après tout il avait connu les mêmes difficultés. Il devint de plus en plus évident que dans ces séances, le père essayait de présenter à Eric une sorte de condensé de la manière dont la plupart des pères se conduisent avec leur fils pendant son enfance. Eric avait-il manqué de cette expérience d'un père, autrefois ? De la troisième à la cinquième séance, c'est ce qui fut de plus en plus clairement affirmé par la mère, qui finalement monta une attaque de grande envergure contre le père, l'accusant de ne s'être jamais montré disponible pour sa famille. Quand Eric avait douze ans, son père était parti en Inde, où il était resté dix-huit mois. Cette absence avait été ressentie par la mère comme une menace très sérieuse pour l'intégrité de la famille et elle dépeignit son mari comme n'ayant jamais pris une vraie décision au sujet de la famille : ils étaient partis en Inde rejoindre le père et ç'avait été sur une décision de la mère encore que la famille tout entière était retournée s'établir en Angleterre. Eric se joignit à l'attaque contre son père, l'accusant de fuir ses responsabilités. Le père ne se défendit que très faiblement, mais contre-attaqua en affirmant que sa femme avait trop choyé Eric et ne lui avait jamais laissé la liberté de ses mouvements.

/86/ A ce point, les parents furent réunis hors de la présence d'Eric. Il était clair qu'entre les séances il s'était passé bien des choses entre eux et qu'à présent ils sentaient leur union et par conséquent la famille, sérieusement en danger. Leur union, dit la mère, n'avait jamais été assurée, cela principalement à cause de l'attitude de « retrait » du père à l'égard de sa famille. Le père, tout en acceptant ces reproches, se plaignait de ce que la mère rejetait toute la responsabilité de la maladie d'Eric sur lui. La façade originale d'une famille dont le fils venait de « tomber malade » sans raison apparente, commença ainsi rapidement à s'effondrer. La mère exprima ses craintes d'avoir une dépression mentale et dit qu'en fait elle était malade « à force de toujours prendre sur elle-même les ennuis des autres ». Un précieux complément d'information concernant le *background* des parents, était à présent pratiquement établi. Le père était issu de la classe ouvrière du nord de l'Angleterre. Il n'y avait jamais eu la moindre tendresse dans sa famille ; il avait vécu dans la crainte de son père, qui buvait trop, et de son frère aîné. Il était parvenu à un poste d'ingénieur spécialisé, avec un bon salaire. La mère venait d'une famille de petits-bourgeois des Midlands. Son père s'était complètement coupé de la famille. Sa mère, professeur, se montrait très autoritaire avec les enfants et n'avait guère de temps à consacrer au ménage ou au confort de la famille. Elle ne voulait pas que ses enfants se marient, elle voulait des compagnons : « Ma mère était plus adaptée à une vie publique... pas du tout femme d'intérieur, nous n'étions que des visiteurs dans notre propre maison. » Mme V. avait senti que sa mère lui en voulait d'avoir eu Eric. Elle-même se sentit manquer « d'instinct maternel » quand il naquit, et il était clair qu'à travers sa relation avec sa propre mère, elle n'avait pu se construire une attitude d'estime de soi ou de confiance en ses capacités d'adulte féminin. L'année qui précéda la naissance d'Eric, sa jeune sœur avait eu un enfant illégitime et les V. avaient dû s'arranger pour le faire adopter. « Elle dut abandonner /87/ son bébé quand j'eus le mien. » La mère de Mme V. avait été bouleversée par toute cette situation et la présence d'Eric avait été pénible pour la sœur de Mme V. qui fit ses bagages et partit. La mère et la famille avaient voulu ignorer complètement le bébé de Mme V. Eric était venu au monde normalement et avait été nourri au sein pendant onze semaines ; mais sa mère avait renoncé à continuer, sentant qu'il ne prenait pas de poids. Elle l'avait élevé dans les règles et ses progrès physiques avaient été bons. Quand la sœur d'Eric naquit, quatre ans plus tard, la situation de la famille était bien meilleure. La mère de Mme V. était partie avec la sœur cadette, les V. avaient leur maison à eux et se sentaient beaucoup plus en paix.

Eric avait été un excellent élève à l'école, mais ne s'était pas fait un seul ami véritable en dehors de sa famille. Il s'était montré toujours extrêmement timide avec les femmes et n'était jamais sorti avec une fille. Il avait obtenu une bourse d'Etat et décidé d'étudier les langues vivantes à l'université. Ses parents auraient aimé qu'il fût Cambridge, mais il échoua à l'examen d'entrée. Son père lui avait acheté divers périodiques de gauche pour l'aider à passer l'examen de culture générale et c'est de cette lecture que dataient les « préoccupations » d'Eric pour la politique et le désarmement nucléaire. En fait, non seulement cet intérêt pour la politique avait été déterminé par les parents mais c'est également eux qui devaient en définir pour lui les limites ; quand Eric avait déclaré à un petit commerçant du quartier qu'il devrait boycotter les produits venant d'Afrique du Sud, ses parents lui firent savoir qu'ils trouvaient que les choses allaient trop loin. Après avoir échoué à l'entrée de Cambridge, la meilleure université où il pouvait se présenter était celle du pays de Galles, dans la même ville où sa mère avait appris l'enseignement ménager. Son père tenait beaucoup à ce qu'Eric ait des possibilités que lui-même n'avait pas eues. Tout cela semble parfaitement conforme aux normes sociales. Mais de nombreux faits en dehors de ceux brièvement /88/ mentionnés ici, inclinent à penser que l'avenir d'Eric lui était précisément et rigoureusement tracé par ses parents en fonction de leur expérience passée et de leurs besoins présents. Eric devait être, à un degré inhabituel, un véhicule permettant à ses parents de vivre par procuration et finalement de satisfaire tous leurs souhaits passés non réalisés, tous leurs besoins frustrés. On lui laissait bien peu de place pour être quelque chose ou quelqu'un en propre. Il lui était virtuellement impossible de se voir comme « moi-même » : « moi-même » avait toujours pour lui la structure existentielle de « vous-même » ; en termes plus philosophiques, son être-pour-autrui (son moi objet) avait priorité ontologique sur son être-pour-soi (moi sujet). Au sommet de la confusion quant à savoir « qui » il était, au moment où il quitta l'université pour rentrer à la maison, il écrivit une lettre aux autorités universitaires dans laquelle il faisait preuve d'« incohérence de pensée », où l'usage des formes pronominales illustre effectivement très bien cette confusion sujet-objet :

« Eric a décidé de partir et, voudrait vous dire combien il est désolé pour la façon dont il a traité chacun, ici, à l'université. Je suis perdu. Je dois agir. Je m'en vais. Donc, encore une fois, s'il vous plaît, professeurs, lecteurs, diplômés et non diplômés, désolé. Je suis tout à fait sincèrement vôtre, enfant gâté, Eric V. »

Dans une autre lettre, remplie d'excuses, écrite à son professeur, il signe lui-même : « Eric V., égocentrique. »

Un des traits les plus importants de l'histoire d'Eric est son « arrivée » et son « départ », son « inexplicable » décision de quitter l'université pour rentrer chez lui, suivie immédiatement de sa volonté de revenir à l'université. Egalement, pendant son internement à l'hôpital, il devait faire des tentatives répétées pour partir : soi-disant, tantôt chez lui, tantôt à l'université (à deux reprises, il quitta l'hôpital /89/ sans permission pour rentrer chez lui, mais souhaita rapidement retourner à l'hôpital).

A l'une des premières séances, on note la discussion suivante :

Dr B : ... Eh bien, hier, par exemple, le fait le plus important semblait être que vous désiriez quitter l'hôpital.

Eric : Oui, je le souhaite vraiment. Mon séjour ici ne me servirait à rien. Et ne servirait à personne d'autre, en fait. Je crois qu'il faut que je fasse quelque chose de réellement positif à présent... une action positive qui... qui vienne de moi, qui n'ait pas été préparée pour moi. Je crois que je dois retourner à l'université.

Dr B : Hum.

Eric : Je dois retourner tout droit à l'université et me coller au travail.

Le père : Est-ce que tu sens, Eric, que... que tu peux te coller au travail en ce moment ?

Eric, après quatre secondes : C'est-à-dire que ma tête ne ne semble pas toujours très solide.

Le père : Il y a eu un net progrès depuis que tu es ici. Ne penses-tu pas, en suivant les conseils du Dr B et du Dr C, que le mieux serait d'accepter de rester ici plus longtemps, jusqu'à ce que tu te sentes vraiment capable de t'atteler de nouveau à tes études universitaires ?

La mère : Qu'en pensez-vous, docteur ?

Dr B : Eh bien... Je... Eric et moi nous en avons beaucoup parlé et, à plusieurs reprises, Eric m'a répété qu'il sentait qu'il devait faire un pas en avant de lui-même. C'est bien ce que vous disiez, n'est-ce pas ?

Eric : Oui.

Dr B : Que vous deviez retourner à l'université. Je pense que... c'est probablement cette différence de point de vue que nous devons maintenant examiner. Vos parents pensent que vous devez rester ici et vous pensez que vous devez aller à l'université et travailler...

/90/ *Eric* : Je pense que... c'est ce que je sens qu'il faut que je fasse est vraiment important. Je dois... je dois prendre... je veux dire, je ne dois pas m'appuyer sur les autres. Je sens que... je dois agir par moi-même, ne pas avoir les choses toutes faites pour moi.

La mère : C'est tout à fait juste, Eric. Mais, nous voudrions que tu comprennes que — quand tu retourneras à l'université il y a deux choses qui seront essentielles à comprendre — que tu fais des progrès en revenant, et que tu poursuis tes études avec succès, et une autre chose, que tu te sens tout à fait heureux avec, disons, les gens que tu y rencontres. Tu ne dois pas penser que les autres te méprisent de quelque manière que ce soit. Tu dois avoir confiance en leur approbation et — autrement, si tu ne sens pas cela tu auras une rechute, n'est-ce pas ? Et crois-tu que ces deux conditions seraient réunies si tu retournais à l'université ? Es-tu convaincu que les gens... te voudront, fonderont des espoirs sur toi et que tu n'auras aucune de ces impressions désagréables à propos des sentiments des gens pour toi. Qu'est-ce que tu en penses ? ... Je t'assure, les gens là-bas t'aiment bien, sans aucun doute.

Eric : Je ne crois pas que les gens — ne penseraient pas... penseraient comme cela à propos de moi.

La mère : Crois-tu... que ce serait comme cela ?

Eric : En considérant ma conduite, ils pourraient bien ne pas se faire une très haute idée de moi. Mon... départ de l'université etc. ne peut pas me faire bien voir, pas bien du tout.

La mère : Je t'assure que lorsque tu retourneras là-bas, Eric, ce sera exactement comme tourner une nouvelle page. Et tu feras un départ tout à fait neuf.

Le père : Oui, tu devras supposer qu'ils comprennent que tu es parti... que les circonstances dans lesquelles tu es parti étaient que tu étais si troublé que tu ne pouvais faire autrement. Et ils verront cela comme c'est réellement, une maladie. Quand tu reviendras, ils...

/91/ *Eric* : J'étais tout à fait dérangé quand je suis venu ici, n'est-ce pas ?

Le père : Oui, je crois.

Eric : Hum. Je me le demande.

Le père : Et Eric, pour en revenir à cette question, ce désir que tu as... dont tu as parlé, d'être indépendant et d'agir de toi-même. C'est un... heu... désir très recommandable et admirable, sans aucun doute. Et tu..., nous avons tous été impatients de réaliser notre indépendance. Mais plus nous acquérons vraiment cette indépendance, plus nous réalisons en même temps combien nous sommes dépendants des autres. N'importe comment, on ne peut pas être complètement et absolument indépendant des autres. Tu es forcé de dépendre des autres dans une certaine mesure. Je veux dire, même si tu prends les choses les plus banales, tu grimpes dans un bus, tu dépends du conducteur pour qu'il te mène au bon endroit... La vie moderne et l'existence grégaire sont impossibles sans une certaine dépendance à l'égard d'autrui.

Eric : On ne dépend pas d'eux pour s'en aller.

Le père : Savoir où cette dépendance commence et finit, c'est une autre question.

Eric : Tu dépends de lui pour t'emmener où tu veux aller, pas pour quitter le bus.

Le père : Soit, ce n'est qu'une image, une très simple image.

Eric : Mais dépendant de lui pour t'emmener là, cependant.

La mère : Soit, tu es tout à fait capable de décider les choses pour toi-même, Eric, et il me semble que le point vraiment important dans tout cela est que tu te sentes heureux parmi les gens avec lesquels tu vis, que tu n'aies pas penser que ces gens ne veulent pas de toi... Si tu étais heureux sur ce point, ce serait un tel progrès.

Eric expose son besoin de réaliser un acte autonome significatif. Ses parents lui opposent la donnée opaque de sa maladie, en particulier ses idées de persécution, et nous /92/ reviendrons sur ce point. La vérité, cependant, est qu'Eric n'a jamais réalisé un seul acte indépendant dans sa vie. Tout ce qu'il a fait, devait correspondre et se conformait à un système complexe d'injonctions parentales, extériorisées et intériorisées, explicites et implicites. Eric n'est jamais allé à l'université : ses parents l'y ont envoyé. Il est vrai qu'il a passivement absorbé et reproduit une certaine quantité de connaissances pour ses examens, et qu'il l'a très bien fait, mais toujours dans le contexte des projets de ses parents pour lui, jamais à la poursuite d'un projet qui soit le sien. Le mystère de son retour de l'université devient tout à fait intelligible, si on ne le voit pas comme un acte étrange et déraisonnable, mais comme une négativité, un non-acte ou l'envers d'un acte positif, par lequel il plantait le décor pour son premier grand acte autonome. Il est revenu de l'université où on l'avait envoyé, *afin d'aller à l'université*. Aussitôt arrivé chez lui, il a voulu y retourner, mais y retourner *de lui-même*. Il allait à l'université pour la première fois. Pour ce faire, il devait se dégager du projet dévorant où ses parents l'attendaient ; il fit semblant de ne pas voir sa mère et ne parla pas à ses parents, ni ne les laissa « l'aider ». C'est cette affirmation autonome de lui-même qui l'amena à l'hôpital. Cette dramatique résolution d'agir librement et personnellement menaça toute la structure de l'existence familiale : il fallut l'invalidiser en inventant une maladie. S'il était malade, toute l'affaire se ramenait à un processus neutre dont il était victime. La praxis gênante, l'intention et l'acte s'évanouissaient.

Cependant, Eric n'accepta pas tout cela passivement. Il ne cessa de vouloir quitter l'hôpital et n'accepta jamais complètement l'étiquette de malade par laquelle sa famille l'invalidait, étiquette inévitablement confirmée par sa situation de dépendance quasi médicale à l'hôpital (lors de son premier séjour, il était entré au service général d'admission ; ce n'est qu'à sa deuxième admission qu'il vint dans notre unité). Cependant, la situation tout entière devint plus /93/ complexe, dans la mesure où ses parents l'invitèrent constamment à s'affirmer de manière indépendante dans tous les domaines, tout en restant insensibles aux efforts qu'il faisait dans ce sens. S'il souscrivait à leur invite, il tombait dans un piège ; car il n'eût fait une fois de plus que suivre simplement leurs directives. La libération qu'on lui offrait était en fait un cheval de Troie. Agir librement impliquait la soumission à l'ordre d'être libre ; liberté et non-liberté finalement s'équivalaient.

Pour considérer Eric comme un malade, on s'appuyait principalement, outre ses allées et venues « irrationnelles », sur ses idées inexplicables, selon lesquelles des gens faisaient des remarques sur lui et le trouvaient inutile, égocentrique, paresseux, sexuellement anormal. Or, quelques-unes des répliques suivantes peuvent rendre ces idées moins inexplicables :

(Eric parle de son manque de confiance en lui-même et de son incapacité à se concentrer.)

La mère : Et as-tu essayé de t'expliquer tout cela ?

Eric : Non... Je l'ai mis sur le compte de mon égoïsme, tu vois. De mon égocentrisme.

La mère : Et tu n'as pas essayé de voir si cela pouvait venir d'autre chose ?

Eric : Si, tout récemment j'ai pensé que cela pouvait venir de ma masturbation.

La mère : Hum...

Eric : Tu vois...

La mère : Hum...

Le père : Tu m'as parlé de cela pour la première fois l'autre semaine, Eric, et il semblait évident que cela te tracassait, cette histoire de masturbation. Euh... je pense... et je sais par ma propre expérience, comme je te l'ai déjà dit, je pense vraiment que chaque... chaque... euh... que chacun l'essaie à un moment ou à un autre. Et encore une fois je... je... j'ai lu et je suis tout prêt à croire que, euh, que, euh, si ça /94/ devient., si... si... tu perds ta propre estime en la pratiquant régulièrement, alors cela peut avoir des effets très nuisibles sur ta santé générale. Je veux dire, c'est quelque chose-quelque chose de vraiment... quelque chose qui... c'est un grand manque de respect, c'est vraiment toi-même, je pense. Et pour cette raison cela peut saper ta... ta propre confiance en toi.

La mère : Ne penses-tu pas qu'un grand nombre de ces excès sont des reflets de... de ces tensions... et peut-être d'une période que tu traverses où tu es soumis à d'autres tensions et que ces... excès sont des symptômes et... je me rappelle que tu disais que tu t'achetais beaucoup de sucreries. Et il y a eu dans ma vie une seule fois où je me suis trouvée soumise à des tensions très grandes, en fait c'était le tout premier travail que je prenais dans ma vie et je dépensais tout mon argent dans les pâtisseries, ce que je n'avais jamais fait auparavant et que je n'ai plus refait depuis. Et c'était un symptôme, tu vois. C'était une sorte de compensation de la tension que je subissais. Et je crois que la masturbation est un de ces excès qui sont des symptômes de tensions et de conflits. Ce n'est jamais une cause.

Eric : Quand j'étais à l'université, je ne me masturbais jamais dans le lit de qui que ce soit... enfin... je l'ai fait une ou deux fois... oui... une ou deux fois au début. Puis j'ai arrêté, arrêté vraiment. Mais alors je me suis mis à acheter des chocolats et des barres Mars...

Le père : Je pense que cette masturbation correspond à une phase, tu sais, par où beaucoup de gens passent à un moment ou à un autre, Eric. Je crois que c'est, je ne sais pas, je pense qu'il peut y avoir... je peux me tromper tout à fait, mais j'ai dans l'idée que c'est une phase... que tout le monde connaît. Mais encore une fois, Eric, tu dois...

Eric : J'ai toujours été timide avec les filles, n'est-ce pas ? Je veux dire, je n'ai jamais eu de relations saines avec les filles... Je ne me suis jamais mêlé à elles parce que j'étais timide.

/95/ *La mère* : Est-ce qu'elles t'attirent, de loin, Eric ?

Eric : Elles me plaisent comme individus... J'aime juste ce qu'elles font, etc.

Le père : Mais d'un point de vue sexuel, les vois-tu comme... je veux dire comme quelque chose, tu sais, de très doux et réservé, très désirable et romantique ?

Eric : Pas maintenant.

Le père : Pas maintenant. Mais ça t'est arrivé ?

Eric : Oui, à certains moments.

Le père : Oui, je pense que c'est un aspect très sain des femmes, tu sais, un point de vue très sain sur les femmes. Je sais que j'ai eu le même, et je crois que c'est le cas pour la plupart des jeunes gens (*trois secondes*). Mais tu sais, pour en revenir à cette question — calme-toi, Eric — ... (*Eric pleure*)... peux-tu me dire ce qui te bouleverse particulièrement ?

Eric : Non... (*en pleurant*)... Ça m'arrive par moments, parfois, quand je suis assis en bas dans la... tu sais... la salle de repos, là, quand j'écoute de la musique. Il y a certains accords, tu sais, certains sons qui soudain me font pleurer.

Le père : J'ai connu ça des milliers de fois, Eric, un morceau de musique particulièrement émouvant me fait monter les larmes aux yeux, et je ne pense pas que ce soit quelque chose de très rare.

La mère : Nous regardions un film, n'est-ce pas, à la télévision, l'autre soir, et je n'ai pas pu m'en empêcher, c'était si beau. Et j'ai pleuré. C'est très, très naturel, Eric. Nous avons tous besoin, je pense, de soupapes comme ça.

Le père : Est-ce qu'en ce moment, Eric, tu as l'impression que dans tes larmes, il entre un peu d'apitoiement sur toi-même. Que tu pleures sur ton propre sort ?

Eric : ... Je crois que c'est juste une émotion renfermée.

Le père : Nous en avons tous souffert, et ces deux dernières semaines j'ai pleuré, tu peux me croire, quand je suis venu voir le Dr B à ton entrée ici. Je n'ai pas pu m'empêcher /96/ de pleurer, et c'était mon... tu sais, un choc émotif, que je n'ai pas pu retenir mes larmes.

La mère : C'est une des voies de la nature.

Dans ce passage, les parents affirment simultanément que la masturbation est normale d'une part et d'autre part qu'elle est un symptôme de quelque chose qui *pourrait* être la cause du manque de confiance en soi d'Eric. Le père semble imperméable au désarroi que donne à Eric son manque d'identification masculine et passe rapidement sur ce point pour formuler (sous l'apparence d'une question) l'accusation d'auto-apitoiement. C'est justement l'une de ces choses qu'Eric croit « irrationnellement » que les « autres gens » pensent de lui. De même que pour tout ce qui lui est attribué péjorativement, la culpabilité inhibe Eric, et l'empêche d'identifier ses parents comme ces « autres gens ».

Une manœuvre assez courante de la part des parents consiste à désarmer la critique en la provoquant :

Le père : Vous savez, j'ai souvent été exaspéré par le manque.. euh.. d'intérêts d'Eric et par ce qui me semblait être chez lui... une incapacité à... euh... je croyais, vous savez. Et je... j'ai fait des remarques assez méprisantes sur son inaptitude à empoigner la vie et à montrer un peu de bon sens, des choses comme ça, vous voyez. Et je lui ai dit qu'il était muet et Dieu sait quoi encore. Vous savez, et bien sûr, vous voyez, il a ressenti quelque chose, mais il n'a jamais rien dit, il ne m'a jamais répondu. Je me rappelle lui avoir dit des choses une fois, Mon Dieu, Eric je voudrais seulement que tu aies de temps en temps perdu patience avec moi quand je euh... te parlais comme ça. Je voudrais que tu sois sorti de tes gonds et que tu m'aies attaqué, tu vois, en représailles. Mais il... il... ne l'a pas fait. Il avait l'habitude de... il ne l'a jamais fait. Je ne sais pas si c'était par un respect /97/ exagéré pour moi... ou je ne sais quoi. Mais j'ai souvent eu l'impression de m'être conduit de façon indigne dans mes... vous voyez, dans les choses que je lui disais.

Dr C : Qu'est-ce que tu penses de ça, Eric, de ce que ton père vient de dire ?

Eric : Oui, il a dit parfois des choses qui m'ont fait beaucoup de peine. Mais... c'est difficile de... de définir... cela peut avoir eu une cause... vous voyez, être parti de... cela peut avoir été déclenché par quelque chose qui... qui peut m'avoir mis dans cet état. Et maintenant je ne peux pas me rappeler où et quand ça a commencé.

Le père : Oui, je me suis senti honteux de certaines choses que je t'ai dites, tu vois, et j'ai pensé que la plupart des gens, nous tous, on nous avait dit ce genre de choses et que ce qu'il fallait apprendre en grandissant, et c'est un processus assez douloureux, c'est à leur donner une juste place et à les balancer pour peser ces mots, pour savoir si ces choses étaient dites sous la colère du moment ou si elles étaient vraiment sincères, si elles, tu sais, quand on les considère par rapport aux choses agréables que l'on dit, aux expressions de respect et de dévotion, d'*amour* même, etc., si elles méritent une place dans ta mémoire, tu vois. Toutes les choses pénibles qu'on m'a dites, tu vois, je te l'ai dit l'autre jour, quand nous avons eu cette conversation avant...

Le stratagème du père a pour effet qu'Eric, tout en reconnaissant qu'il a été blessé par les remarques de son père, est complètement aliéné de ses sentiments de colère en retour. Il médite, mystifié, sur quelque « condition » sans lien avec elles, ou quelque processus, dont il serait le champ.

A mesure que le groupe progresse, la relation entre les remarques « hallucinées » d'Eric et les accusations effectives de son père, devient plus claire. Le père en accepte toujours davantage la responsabilité et se met dans une position plus /98/ exposée au sein de la famille, où la mère le confronte à une image de lui-même totalement opposée à celle qu'il s'était d'abord forgée :

Eric : C'est ainsi que je me sentais à l'université, pourtant. J'avais l'impression que tout le monde m'avait dans le nez.

La mère : Mais tu n'avais pas cette impression avant d'y aller ?

Eric : J'avais l'impression que tout le monde m'avait dans le nez.

Le père : Tu m'as dit, Eric, que...

Eric : ... une façon de me regarder fixement, tu sais.

Le père : Hum.

Eric : ... et d'entendre les gens dire des trucs à mon sujet : idiot... tu vois... il a insulté tout le monde à l'université... Ces choses je m'en souviens très précisément.

La mère : Est-ce que tu les crois à présent, que tu les as vraiment entendues ?

Eric : Oh oui, je crois qu'elles ont vraiment été dites. Je m'en souviens très nettement. Et... qu'elles m'ont réellement blessé.

Le père : Tu y faisais attention ?

La mère : Bien sûr.

Le père : Oui.

Eric : Alors j'essayais de m'excuser auprès d'une ou deux personnes... tu vois... que je croyais avoir insultées et j'essayais de raccommoder les choses de mon mieux.

La mère : Te souviens-tu de ce que tu as dit quand tu as eu les résultats, pour la bourse d'Etat ? (*trois secondes*).

Eric : Oui.

La mère : Sais-tu ce que tu as dit ? Cela prouvait quelque chose (*deux secondes*). Tu ne t'en souviens pas maintenant ?

Le père : Allez, dis-lui.

Eric : « Cela prouve que je peux y arriver » ou quelque chose... Qu'ai-je dit ?

/99/ *La mère* : Tu as dit « Cela prouve à papa que je ne suis pas idiot ». Tu as dit « Je voulais obtenir la bourse d'Etat pour prouver à papa que je n'étais pas idiot ».

Le père : Tu sais, Eric, je crois volontiers qu'en t'accusant d'être idiot parfois je... je t'ai vraiment bouleversé et euh... je ne sais pas comment réparer. Je veux dire... ce n'est pas... je ne crois pas que... tu vois... j'ai accusé... Et tu sembles avoir des doutes, te demander si ce que j'ai dit était parfois sincère. Tu sais, quand j'ai voulu te taquiner et que j'ai dit, franchement Eric, je crois vraiment et sincèrement du fond de mon cœur, tu sais, et j'ai senti, tu sais que je ne t'ai pas taquiné. Je me demande si cela a un quelconque rapport avec la euh... la frivolité dont je me suis rendu coupable, je ne pense pas que je devrais dire *coupable*, à laquelle je me laissais parfois aller à la maison. Quand je pensais que cela pourrait faire rire quelqu'un et qu'en fait cela le faisait pleurer.

La mère : Mais nous avons une conversation l'autre jour n'est-ce pas, à propos de... comment convaincre les gens de votre respect pour eux. Le dire ne suffit pas. Ce n'est pas convaincant. Te rappelles-tu cette conversation ? Et je disais qu'on ne pouvait convaincre les gens de notre considération qu'en leur prouvant qu'on pensait à eux, et qu'on était désireux de préserver au moins quelques-uns de leurs intérêts, et que lorsqu'on n'était pas avec eux on pensait à eux, et qu'on se souvenait des choses auxquelles ils avaient pris part, et tu avais admis que tu ne te fatiguais pas beaucoup pour tout ça. Je veux dire, par exemple, avec Jeanne, elle allait à un club le mercredi soir, pendant un certain temps, n'est-ce pas ? Et un soir elle avait mis son manteau, elle était prête à sortir et tu as dit « Oh bonsoir, tu sors ? » Et elle a dit « Oui, c'est le

club. » « Ah oui ». Tu vois. Eh bien, je veux dire si tu étais devenu plus familier, si tu t'étais familiarisé un peu plus avec ses habitudes, tu aurais compris où elle allait. Mais c'est assez caractéristique de ta part, n'est-ce pas ? Je veux dire, par exemple, je vais faire quelque chose dont /100/ on a même parlé, quelque chose, tu sais, d'un peu spécial, et toi tu rentres à la maison et tu ne m'en parles pas. Alors je dis : « Oh, j'ai fait ceci et cela. » « Ah oui, je me rappelle maintenant, tu avais dit que tu irais. » Tu es un peu éloigné de la vie des autres. Et quand tu es éloigné de la vie des autres comme ça, cela tend à donner l'impression que tu ne t'intéresses pas réellement à eux. Et c'est le genre d'impression que tu as donnée à Eric aussi bien, euh... je suppose que nous avons tous eu la même impression, n'est-ce pas ? Jeanne, moi, Eric, nous l'avons tous eue. Et parfois, j'ai fait des efforts terribles, n'est-ce pas, pour te ramener au sein du groupe familial et te faire t'y intéresser un peu plus. D'être l'un des quatre au lieu de trois plus un. Et tu m'as dit : « Oh, c'est plus facile pour toi, les enfants rentrent les premiers à la maison et ils te disent tout d'abord et je n'entends les choses que de seconde main. »

Le père : Eh bien, c'est un fait exact.

La mère : Mais en même temps, tu as des occasions multiples de t'intéresser toi-même aux affaires de la famille, si seulement tu es assez intéressé pour en tirer profit ; mais tu es un peu comme ça.

Le père : Oui, je suis peut-être un peu solitaire²⁵ moi-même... mentalement.

La mère : Et si tu es solitaire, c'est terriblement difficile de convaincre les gens que tu es réellement... que tu leur attaches de l'importance, que tu es fier d'eux, et quand l'attaque se produit, tu dis quelque chose que tu ne penses pas vraiment, et ils sont sans défense. Ils n'ont pas construit de défense contre cela, tu vois, et on est très vulnérable à ces attaques quand on n'a pas eu ces périodes de confiance en quelqu'un pour vous aider à supporter le choc.

Dr C : Que penses-tu, Eric, de l'aspect « solitaire » de ton père ?

/101/ *Eric* : Je pense que c'est peut-être quelque chose dont j'ai hérité, je pense que j'en ai hérité.

Le père : Tu penses que c'est vrai que je suis plutôt comme ça, plutôt retiré ?

Eric : Oui, oh oui tu l'es.

Le père : Penses-tu que c'était toujours ainsi ?

La mère : Pas dans le cercle de famille en tout cas.

Le père : Je ne sais pas quelle impression nous donnons au Dr B et au Dr C, ici, mais le fait est qu'à la maison c'est souvent maman qui parle et moi qui écoute. On peut le dire d'une manière générale... Maman aime parler à fond de tout, tout amener à la surface et le retourner dans tous les sens, etc., et moi j'ai plutôt tendance à croire que si une chose est dite, une fois qu'elle est dite, les gens doivent vous accorder le crédit de la sincérité et quand c'est dit, c'est dit et il n'y a pas à le répéter... Mais bien sûr, on dit des choses...

La mère : ... Des problèmes nouveaux surgissent tout le temps, n'est-ce pas ? Particulièrement avec une famille qui grandit. De nouveaux problèmes se présentent pour... à votre famille, que tu dois... cela offre des occasions pour... pas forcément des occasions... mais des discussions sont nécessaires. Je veux dire, une fois que tu as dit les choses tu ne vas pas penser à dire et redire les mêmes vieilles choses, n'est-ce pas ? Je veux dire, Jeanne, à quinze ans, le genre de conversations qu'il y a entre vous, entre elle et ses parents à quinze ans, est tout à fait différent de ce qu'il était quand elle avait dix ou douze ans, etc. La vie change tout le temps et de nouveaux sujets à débattre surgissent sans cesse.

Le père : Tu as trouvé difficile de me parler, Eric... difficile d'évoquer un problème avec moi, de parler avec moi sur n'importe quel sujet, pour cette raison ?

Eric : Oui.

²⁵ En anglais : *isolationnist*. (N. d. T.)

Le père : As-tu senti que, quel que soit le moment, toute conversation entre nous tournerait à la controverse ?

Eric : Oui.

/102/ La mère : Tu te tiens sur la défensive devant le monde, n'est-ce pas ? Et ta manière de voir les choses est que l'attaque est la meilleure tactique de défense. Et c'est ce que tu fais. Tu pars à l'attaque, tu vois, et tu rognés les arguments de ton adversaire et le réduis petit à petit à ton point de vue. Et tu te vantes toi-même, tu vois, de n'avoir jamais encore perdu dans une discussion.

Le père, riant : Tu vas un peu loin.

Eric : C'est peut-être... honnêtement, papa, peut-être ne peux-tu pas t'en empêcher, mais il a dit parfois des choses terriblement cruelles.

La mère : Oui, il en a dit de vraiment cruelles.

Dr C : Il semble avoir eu le dessous dans cette discussion.

Le père : Oui, il semble, n'est-ce pas ? Vous savez, l'image vertueuse que je me fais de moi-même, c'est que d'une manière générale je suis tranquille ; je ne discuterai pas, parce que — ou parfois même je n'exprimerai pas une opinion — parce que je — parce que cela créerait une discussion. Et que la discussion mènerait à un malaise. Et je me vois plutôt comme quelqu'un qui veut la paix à tout prix.

La mère : Oh, oh...

Le père : Bien sûr, il y a eu des discussions entre nous certaines occasions et... chez moi je ne peux jamais gagner dans une discussion.

La mère : Oh si, tu le peux.

A la fin de cette séance, on note un moment de tension. La mère a parlé d'un incident qui lui a permis de voir en sa propre mère une personne avare :

La mère : Je veux dire, même si vous êtes en colère contre les gens comme ça, et je pense, vous savez, qu'il vient toujours un moment où l'on voit ses parents avec ce recul. On sait qu'ils ont été bons pour vous de bien des manières quand /103/ vous étiez jeunes, qu'ils vous ont aidés, et j'admets qu'elle m'a aidée et donné un foyer agréable, mais il vient un moment où vous les voyez comme des adultes et où vous les critiquez en adultes, en les détachant de vous. Vous ne les voyez plus à travers les verres teintés de rose de l'enfance. Et tu en viendras là aussi, Eric, à voir le bien et le mal en nous, sans les verres roses de l'enfance.

Eric : Eh bien, je suis...

La mère : Tu as tout à fait le droit de le dire.

Le père : Absolument, tu as le droit.

Dr C : Qu'est-ce qui te donne l'impression de ne pouvoir le dire, Eric ? Tes parents t'invitent tous deux à les regarder d'un oeil objectif, à dire ce que tu penses d'eux.

Eric : Eh bien... je... j'ai... de l'affection pour eux. Gêné de dire ce que je sens réellement... de l'affection pour papa — (*long silence*) — mais j'ai souvent ressenti de la haine pour lui.

Le père : C'est bien, Eric, c'est une émotion humaine que nous avons tous eue, ce sentiment de haine, et j'en ai discuté avec maman — maman croit que lorsqu'on aime quelqu'un, c'est un sentiment permanent, toujours présent. Et moi je répliquais que, que, que... parfois sous le choc d'une émotion et d'une tension, on pouvait réellement haïr un moment la personne aimée.

Eric : Non, on peut haïr quelqu'un qu'on aime.

Le père : Pas en même temps ; pas au même moment.

Cette invitation à critiquer ses parents est « doublement contraignante²⁶ » en ce sens qu'elle est formulée explicitement, en même temps qu'une injonction implicite de ne pas critiquer est communiquée non verbalement par des signes évidents d'anxiété. Une partie de la contrainte a été levée, toutefois, dans la mesure où, peu auparavant, le père a plus /104/ ou moins accepté le rôle du coupable, sous la pression de la mère. La mère a contrôlé la situation de telle manière qu'Eric puisse avouer ses sentiments d'hostilité — mais seulement ceux qu'il nourrit envers son père. Les choses ont donc avancé, mais la difficulté majeure demeure, à savoir la dépendance quasi symbiotique d'Eric à l'égard de sa mère. Il lui faudra une nouvelle crise pour commencer d'apprendre à s'en libérer lui-même.

Le premier séjour d'Eric à l'hôpital fut de quatre mois et demi. Il put ensuite rentrer chez lui et travailla dans une usine d'industrie légère de la région pendant quelques mois. Puis il retourna à l'université, où il acheva assez brillamment un trimestre.

Quelques jours avant de rentrer chez lui pour les vacances, toutefois, il écrivit une lettre à son père, l'accusant d'être paresseux et de ne pas avoir fait son devoir à l'intérieur de sa famille. Il écrivait qu'il haïssait son père à cause de sa « paresse », continuait en déclarant qu'il lui écrivait cette lettre parce qu'il l'aimait réellement. Les déclarations de cette lettre (qu'un psychiatre jugea contradictoire et « confuse ») étaient copiées exactement sur les accusations que la mère avait formulées contre son mari, lors des entretiens réunissant le groupe familial. Immédiatement après avoir envoyé cette lettre, Eric fit ses bagages et annonça qu'il partait pour l'Afrique du Sud aider les Noirs dans leur lutte contre le régime (il n'avait pas de passeport et n'avait que très peu d'argent). Il fut retenu par ses camarades d'université et admis sur ordre de détention dans un service d'observation mentale de la région. Il aurait dit avoir entendu des voix, qu'il n'avait pu identifier, lui ordonnant de cesser de penser à lui-même, de s'occuper plutôt des autres et d'aller en Afrique du Sud. Il aurait prétendu que chacun dans le monde était au courant de ses moindres gestes parlait de lui. Il manifesta un « blocage de pensée », se montra confus et impulsif, attaquant le personnel et les autres patients. On diagnostiqua un épisode de schizophrénie /105/ aiguë et on lui administra de larges doses de tranquillisants. Quand il fut un peu plus calme, on le transféra à notre hôpital, sur l'initiative des parents.

A nouveau, lors de cette seconde crise, Eric avait tenté de s'affirmer par un acte autonome — son projet de départ pour l'Afrique du Sud. Mais de nouveau, parce qu'il avait été conditionné à sentir qu'il n'avait pas réellement droit à un acte autonome et parce qu'il lui manquait l'expérience transitoire entre son monde familial livré à l'insécurité et la réalité sociale courante, il se sabota lui-même en procédant d'une manière considérée selon des critères ordinaires comme non-réaliste, attirant ainsi davantage sur soi la qualification invalidante de folie. Ayant créé cette situation et assuré son admission en service psychiatrique, il put exprimer librement alors en « acting out » son besoin d'être traité comme un enfant par des « figures parentales » qui le toléreraient et, jusqu'à un certain point, contrôleraient ses actes agressifs — sans lui en faire éprouver de culpabilité.

Les voix « non-identifiées » qu'il aurait « entendues » l'accusant d'égoïsme, étaient une série d'intériorisations des jugements réellement formulés par son père et enregistrés par nous dans l'interaction familiale. Des impressions plus vagues concernant ce que les « autres gens » éprouvaient à son égard, à savoir qu'il était sexuellement anormal et répugnant, avaient été déclenchées par des sentiments que ses parents entretenaient envers lui et qui furent clairement sous-entendus par eux, à défaut d'être explicitement exprimés, lors des réunions suivantes, comme ils l'avaient été lors des précédentes. Eric reconnaissait que ces jugements et sentiments intériorisés n'étaient pas de son fait, mais il était très difficile pour lui de mettre le doigt sur leurs véritables auteurs. Son père avait été presque mis en avant par sa mère,

²⁶ En anglais : *double-binding* (N. d. T.)

comme une offrande sacrificatoire : et, pour Eric, identifier son père comme la source de la diffamation revenait quasiment à commettre un parricide. Ainsi, dans la lettre à son père, il rétractait à moitié ses accusations. Mais dans le /106/ premier entretien de famille après son retour à l'hôpital, il parla de son père au passé — « Tu aurais pu être grand comme Lénine, mais tu étais un fasciste comme Verwoerd » (le manque d'expérience sociale transitoire rendait difficile pour Eric la découverte d'une réalité humaine intermédiaire entre sa famille et des personnages historiques universellement connus).

Seulement, à ce stade, la famille était prête à apporter des changements supplémentaires dans son propre sein. Les positions de chacun étaient considérablement modifiées depuis la première séance, où Eric était si clairement défini comme le malade et où, par voie de conséquence, ses parents se définissaient comme sains. D'abord le père et ensuite la mère s'étaient déplacés sur les positions « malades ». Plus tard, Eric se mit en position « forte » par rapport à sa mère ; quand elle fut manifestement « malade », il fut capable de la « soigner » mieux que ne le fit son père ; en même temps, il montra une plus grande indépendance envers sa famille. Il ne vint plus régulièrement passer ses week-ends à la maison et réussit à conserver un travail dont cependant le caractère subalterne était complètement contraire à l'image que ses parents se faisaient d'une carrière convenable. Il fit des tentatives réalistes pour trouver un meilleur travail, mais pendant quelque temps son thérapeute dans l'unité commit l'erreur de lui faire sentir qu'il devrait trouver un meilleur travail pour lui plaire (à lui, le thérapeute). Une fois encore l'avenir d'Eric était tracé pour lui par quelqu'un d'autre et ce n'est qu'après une mutuelle reconnaissance de ce fait au sein du groupe, qu'Eric put faire son propre choix pour améliorer sa situation. Les progrès furent rendus plus aisés quand la mère prit elle aussi un travail qui lui donna un centre d'investissement émotif en dehors de la famille.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que nous avons essayé de suivre, selon une méthode dialectique, un mouvement dialectique au sein du groupe familial V. De la dialectique /107/ constituée qu'était la présentation d'Eric par lui-même, nous nous sommes déplacé « régressivement » jusqu'à la dialectique constituante (la praxis familiale), en incluant le schéma tel que nous avons pu l'observer de l'interaction familiale dans l'histoire passée et présente de la famille et en dégagant un schéma historique à travers le réseau des différents témoignages fournis par les divers membres de la famille. Ensuite, en nous déplaçant « progressivement », nous avons esquissé une totalisation totalisée — la vérité de la famille et la vérité de la crise d'Eric. Cette vérité repose dans la tension désespérée entre, d'un côté, la position finalement intenable où son existence même, à ses propres yeux, se confondait avec son existence *pour les autres* (ses parents), et, d'un autre côté, la position dans laquelle il tentait d'affirmer son existence autonome en développant *sa propre* vision de lui-même et en accomplissant *ses propres* actes. Cette vision et ces actes étant invalidés pour des raisons que nous avons essayé de rendre intelligibles.

Certes, les échanges dans les groupes familiaux appellent une interprétation psychanalytique²⁷ et pour parfaire la pleine compréhension de ce segment de l'évolution de la famille V., il nous faudrait comprendre les relations, entre les systèmes fantasmatiques de ses divers membres. Mais nous avons exclu cette façon d'étudier les interactions, afin de pouvoir clairement mettre en lumière la relation complexe existant entre les actes et les intentions — la relation entre les systèmes de décisions. Sans ce dernier cadre de compréhension, un travail « purement » psychanalytique pourrait patauger loin de la solution centrale, à savoir le choix progressif de lui-même par Eric, indépendamment des choix faits pour lui par les autres.

²⁷ Il y a quelques fils psychanalytiques évidents, par exemple la référence aux « barres Mars » faite par Eric p. 96 [p. 42]. Mais les implications de l'interprétation, dans cette situation d'engagement total, sont infiniment complexes, et ne sauraient être formulées dans les termes suggérés par une expérience psychanalytique à deux personnes.

/109/

4

Le malade, sa famille et le service

/111/ A la lumière des considérations qui précèdent, la nécessité m'est apparue évidente que soit créée une situation psychiatrique, ou plutôt anti-psychiatrique, dans laquelle on s'efforcerait de ne pas perpétuer le viol et l'invalidation dont tout patient a déjà été la victime avant d'entrer en hôpital.

Mais avant de songer à créer une situation qui soit (autant qu'il se peut) non-invalidante, il fallait passer en revue toutes les tentatives déjà faites qui marquent un progrès dans ce sens. Il était nécessaire, en particulier, d'examiner de manière exhaustive, en théorie et en pratique, ce qu'on entend par « communauté thérapeutique » : un terme appliqué — comme on sait — à des projets très divers, parmi lesquels on trouve aussi bien une certaine avant-garde que des services parfaitement ordinaires d'hôpitaux psychiatriques non moins ordinaires. Nous devons donc chercher quelles sont les origines de la communauté thérapeutique, ses limites actuelles et ses possibilités futures.

L'une des premières communautés thérapeutiques fut peut-être celle des *Therapeutae*, existant en Egypte à l'ère préchrétienne. Les origines de cette communauté, décrite par Philon dans son *De vita contemplativa* (25 après J.-C), se perdent dans la préhistoire, mais nous en savons quand même un peu sur les communautés elles-mêmes. Il faut noter ici le rapport des deux sens du mot grec *therapeuein*, guérir et servir, puisque, par un curieux renversement des rôles, à notre époque ceux qui doivent être guéris ne sont pas en fait ceux qui doivent être servis, si ce n'est en un sens implicite- /112/ tement humiliant : au contraire, c'est à eux (aujourd'hui) de servir, ou du moins de « faire leur temps ». Les membres de la communauté des *Therapeutae* vivaient dans des maisons parfois très dispersées — assez proches pour assurer une protection contre des envahisseurs, mais pas suffisamment pour troubler une solitude essentielle. Chaque maison contenait une pièce réservée à la méditation et chacun passait là toute sa semaine, en méditation solitaire. A date fixe, la communauté se réunissait pour prier, chanter et manger.

Dans le monde psychiatrique de nos jours, il suffit de se promener dans certains endroits baptisés communautés thérapeutiques pour constater avec tristesse que l'on se trouve au milieu de personnes toutes mélangées dont la plupart sont perdues dans leur propre monde extérieur ou dans celui des autres. Elles vivent une forme stérile d'existence collective vide. Chacun combat, s'efforce constamment d'inventer et de réinventer une sorte de technologie interpersonnelle pour manipuler les autres sur ce mode d'extériorité, et les protagonistes semblent absolument inconscients de la futilité d'un tel projet collectif. On aimerait voir quelqu'un *faire* réellement quelque chose, exprimer quelque chose qui soit vraiment de lui-même, quelque chose de son intimité existentielle.

Le critère principal de la valeur, pour une forme d'organisation sociale qui prétend constituer une communauté thérapeutique, est dans une certaine relation entre soi et autrui. Cette relation, ai-je conclu, doit être telle, que, dans la structure totale, la *solitude*, comme facteur d'enrichissement intérieur, soit sauvegardée dans le même temps où une communauté se réalise par un contact entre les mondes personnels, intérieurs aussi bien qu'extérieurs. Par mondes intérieurs, j'entends la liberté ou ce qui constitue le noyau intentionnel d'une personne, la source de tous ses actes, qui donne finalement naissance à un comportement objectivable, c'est-à-dire à ses modes extérieurs. En d'autres termes, le but d'une communauté réellement guérissante, d'une commu- /113/ uauté de libertés, doit être de créer une situation

dans laquelle chacun puisse être avec les autres de façon telle que les autres continuent de respecter la solitude de chacun.

De nos jours, nous sommes entièrement conditionnés à accepter l'interférence d'autrui ; nous manquons cruellement des conditions nécessaires au plein développement de notre capacité de solitude. Pour la plupart d'entre nous, la gangrène de l'interférence commence au bureau et ne s'arrête pas avant la tombe. Il faut beaucoup de ruse pour échapper à ce processus, même momentanément. Or, je crois que c'est seulement si nous sommes capables de solitude que nous pouvons trouver le moyen d'être vraiment avec les autres. Il nous faut redécouvrir le sens perdu du principe taoïste du *wu wei*, le principe de la non-interférence, mais d'une non-interférence positive, qui exige un effort sur soi : effort pour se contenir, pour renoncer à intervenir, pour « laisser tranquilles » les autres, et leur donner ainsi une chance, en même temps qu'à soi-même.

Malheureusement, la communauté thérapeutique psychiatrique ne trouve généralement pas son origine dans cette sorte de réaction contre l'interférence. Dans certaines déclarations de principes, on met plutôt l'accent sur l'économie de temps et sur une matrice de la communication implicitement quantifiée : par exemple, la communauté thérapeutique constitue une solution au problème des « vingt-trois autres heures » (ce qu'il reste de la journée après la séance du patient avec le médecin) ; un « effet de retour » (*feed-back*) depuis les transactions périphériques en direction des groupes centraux permet de limiter le gaspillage des communications signifiantes, etc. L'œuvre pionnière de Maxwell Jones (1952), à qui on doit un prototype de communauté thérapeutique, est bien connue, comme celle de Wilmer (1958) et Artiss (1962), par exemple, qui ont constitué, plus ou moins sur ces principes, leurs services d'accueil des cas de crises aiguës dans la marine et l'armée américaines.

La tâche que je me proposais, pour ma part, était le développement d'une unité spécifiquement orientée sur le problème des jeunes récemment étiquetés « schizophrènes » ; une unité où l'approche serait fondée sur une compréhension de la schizophrénie non pas comme entité pathologique, mais comme ensemble plus ou moins spécifiable de schémas interactifs personnels ; non comme événement surgissant dans une personne, mais bien comme se développant entre plusieurs personnes. En fait, nous voulions travailler en évitant ce que Don Jackson a décrit comme « cette malédiction de la psychiatrie moderne : le patient étiqueté comme tel ».

J'avais décidé, à partir d'une expérience antérieure, que les groupes thérapeutiques ne seraient pas des groupes analytiques dans lesquels les mots ou les actes des patients sont interprétés par un procès de réduction, selon la perspective à long terme du « working through » des conflits. Et pas seulement parce que les patients ne devaient rester dans notre unité que quelques mois en moyenne, mais parce qu'aussi je considérais une telle approche comme inadéquate au type de problème que recouvrent les termes de « schizophrénie aiguë ayant entraîné l'hospitalisation ». Cette dernière situation est, en effet, essentiellement caractérisée par une intense mystification touchant pratiquement tout ce qui se passe entre le patient étiqueté et les autres personnes impliquées dans l'épisode où il se trouve pris. Et il est nécessaire de démystifier ce champ avant même de songer à recommander soit une psychothérapie à deux, soit une psychothérapie de groupe, soit encore une psychanalyse.

Bien sûr, un transfert « se produit » dans les groupes du service, non seulement en ce sens que le thérapeute y est traité comme une figure parentale, mais aussi dans le sens d'un transfert global de la famille : le patient répète au sein du groupe thérapeutique (en y faisant appel à la collusion des autres) les types de relations et les schémas d'interaction particuliers à sa famille. Deux personnes, par exemple, se joignent pour former une équipe parentale et en choisissent une troisième comme « enfant ». Elles mettent alors en œuvre /115/ des techniques qui troublent « l'enfant », sapent ses perceptions de lui et d'elles-mêmes, peut-être

au point de déclencher chez lui une « réaction psychotique », si du moins le thérapeute n'intervient pas. En fait, elles reproduisent, afin de clarifier leurs propres positions, des schémas d'interaction qu'elles ne connaissent que trop bien dans leur famille où elles se sont trouvées placées dans le rôle inverse du receveur. La seule façon de traiter ce genre de situation est une intervention qui rendra tout le processus explicite. Une telle intervention constitue, en fait, une métacommunication, une communication à propos du type de communication qui opère dans le sous-groupe à trois : métacommunication que personne dans le sous-groupe n'est capable de constituer de par lui-même et qui peut seule permettre d'échapper à une situation destructrice.

Le transfert et la projection sont, en somme, toujours présents ; mais nous devons rester prudents en ce qui concerne l'interprétation. Que se passe-t-il lorsque nous essayons d'interpréter selon une forme réductrice un fait irréductible en soi ? Il ne faut pas oublier qu'il est bien possible, lorsqu'un patient déclare que sa mère le rend fou, qu'il dise vrai, au moins dans le sens où le fait de se voir attribuer la folie par sa mère peut dominer l'ensemble pseudo-médical de sa position de patient hospitalisé. Certains auteurs psychanalystes, travaillant en situation monadique, et voyant le patient isolé de son environnement humain, semblent s'en tenir (inévitavelmente) à cet aspect des choses. Ainsi Rosenfeld écrit-il (1955, p. 191) :

« Dans certains articles sur la schizophrénie, particulièrement ceux écrits par des auteurs américains, comme Pious et Fromm-Reichmann, l'attitude hostile et « schizophrénogène » de la mère a été soulignée. Il semble, dans ce cas, que la mère ait été inconsciemment hostile au patient et que la maladie du patient ait accru chez elle les sentiments de culpabilité. Mais nous ne devons pas oublier que dans tout /116/ désordre mental, il y a une relation intime entre les facteurs externes jouant comme trauma et les facteurs internes qui sont principalement déterminés par l'hérédité. Dans l'approche psychanalytique, nous savons qu'il est futile et parfois même nuisible au progrès de l'analyse d'accepter sans critique les efforts que fait le patient pour rejeter la faute de sa maladie sur son environnement extérieur. Nous constatons généralement qu'il y a une grande part de distorsion des facteurs externes, du fait de la projection, et nous devons aider le patient à comprendre ses fantasmes et ses réactions face aux situations externes, jusqu'à ce qu'il devienne capable de faire la différence entre ses fantasmes et la réalité extérieure. »

Cette « relation intime » entre facteurs externes et internes risque d'être en fait abordée dans la confusion. En admettant la probabilité évidente d'une distorsion des facteurs externes par le patient du fait de la projection, comment pourrions-nous aider le patient à faire la différence entre ses fantasmes et la « réalité extérieure », si nous n'avons pas la moindre idée de ce qu'est cette dernière réalité ? La réponse est sans doute qu'il nous faut ouvrir les yeux et regarder ; et c'est là que l'observation du groupe familial est non seulement utile mais essentielle. Les réunions du groupe familial — comprenant, outre le thérapeute, le patient et sa famille nucléaire, ou au moins l'un des parents, sinon les deux — devraient faire régulièrement partie du programme thérapeutique.

Le but doit être de comprendre le comportement présent du patient, sa présentation « schizophrénique » de lui-même dans sa double complexité « verticale » et « horizontale ». La complexité verticale renvoie au développement dans la famille, en remontant jusqu'aux origines familiales des parents. La complexité horizontale renvoie aux interactions, ici et maintenant, avec les patients et le personnel du service et avec les parents, quand ils rendent visite au sujet et lorsqu'il rentre chez lui pour le week-end. De cette manière, /117/ nous devons être en mesure de déterminer avec précision quelles formes d'invalidation la personne a subies et par quelles failles dans sa stratégie propre, à l'intérieur de sa vie quotidienne, elle en est devenue la proie. Nous connaissons également l'intensité particulière de son besoin d'une sorte de renouvellement de soi. Si nous pouvions et sentir ce besoin et lui fournir le

contexte humain capable de le satisfaire, le patient serait en état de trouver une justification personnelle à sa présence dans la communauté hospitalière : plutôt que de simplement réagir à cet autre besoin qu'éprouve une société massifiée, de disposer temporairement de lui.

En dépit des immenses difficultés pratiques que je rencontrai à essayer de mettre tout ceci en œuvre, la situation qu'il me semblait nécessaire de créer peut être décrite simplement. Chacun a besoin que latitude lui soit laissée de se désagréger et chacun a besoin qu'on l'aide à se rassembler de nouveau. Je dis « chacun » délibérément, car si certaines personnes se voient imposer la désagrégation par leur entourage, le besoin en est présent en chacun de nous. Nous avons besoin sans cesse de nous renouveler, de renaître des cendres d'une désintégration ou d'une mort provisoire. Je ne parle évidemment pas de naissance et de mort biologiques ; mais je ne parle pas métaphoriquement non plus. Ce à quoi je me réfère, c'est à l'entrée existentielle dans le monde, le monde des autres et le monde des choses, et au départ hors de ce monde, cela en un sens très particulier : j'entends une séparation d'avec mon être au sens de mon être-ici, placé au milieu des autres et semblant partager avec eux la « qualité » d'être. Cette séparation est rendue nécessaire par une certaine prise de conscience, notamment de ce que l'être ne peut jamais être, ou même sembler être, une qualité ou un attribut au sens où on vient de l'indiquer. Dans cette prise de conscience, j'appréhende non plus l'être mais le néant que je suis ; que je suis, puisque mon départ n'est pas sans direction et que *mon* non-être est ce vers quoi j'ai pris départ. Mon non-être est un néant particulier, circonscrit. L'être, /118/ *mon* être, est ce qui borde ce néant. Mais ce néant particulier diffuse, dans le néant général, ou dans le vide : dans l'être-vide.

Il y a une diffusion bipolaire de moi-même : dans la plénitude générale de l'être et dans le néant pur, non-particularisé. Mon existence spécifique et concrète se tient au point infinitésimal de transition entre l'un de ces pôles et l'autre. C'est là un modèle ontologique, non-métaphorique ou relativement non-métaphorique ; mais certains modèles métaphoriques peuvent aider à la communication.

On trouvera un de ces modèles métaphoriques dans le mythe d'Ydragsil, l'arbre-monde de la mythologie de l'Europe du Nord. Ydragsil nous est plus familier, mais l'idée de l'arbre-monde est une image presque universellement présente chez ceux qui essaient de saisir leur réalité spirituelle. Elle est au cœur du chamanisme, qui, bien que géographiquement situé aujourd'hui principalement en Sibérie, en Mongolie et en Mandchourie, s'étendit autrefois à de nombreuses parties du monde et dont nous avons des témoignages très loin dans le temps, jusque dans l'époque préhistorique. Dans certaines tribus chamanistes, les cadavres étaient exposés aux éléments, et, pour ce faire, placés sur des civières au sommet des arbres ; mais on doit surtout noter le rituel de l'ascension lui-même, qui est la véritable essence du chamanisme.

Le chaman était le chef spirituel de ces tribus. Ses attributs étaient ceux du prêtre, du psychothérapeute, du sorcier, du magicien et du fou. Ses pouvoirs spéciaux étaient parfois supposés résulter d'une transmission héréditaire ; plus souvent, le postulant était soumis à un processus d'initiation au cours duquel il était guidé par un certain type d'habitant du monde des esprits, qui s'incarnait pour la circonstance. Durant ces rites préparatoires, le chaman apprenait à avoir des expériences très intenses de son futur cadavre, à éprouver, jusqu'au point extrême de l'agonie, son propre démembrement et sa dissolution corporelle.

/119/ Il est à noter que des rêves au cours desquels nous faisons l'expérience de notre propre démembrement, précèdent dans bien des cas soit une crise psychotique, soit une période de développement spirituel — disons : soit une période de crise, soit une période de création. D'une possibilité à l'autre, la différence tient principalement à l'intervention de certains processus d'invalidation sociale, lesquels peuvent se révéler tout à fait destructeurs. L'expérience psychotique, judicieusement conduite, peut amener à un état d'humanité plus

avancé : mais elle est trop souvent convertie par l'intervention psychiatrique en un état où la personne est bloquée et ridiculisée.

Quand le chaman était complètement équipé pour son rôle spirituel, la tribu se réunissait autour de lui afin de bénéficier, par son intermédiaire, des expériences renouvelées au cours desquelles il avait d'abord été possédé par les esprits des ancêtres et autres créatures de l'au-delà où, ensuite, un moi astral, s'était séparé de son corps. Le moi astral montait dans le monde supérieur, puis revenait animer le corps. Cette *ek-stasis* entraînait l'expérience justement dite d'extase chez le chaman, qui s'aidait en jouant d'un tambour ovale, en portant des andouillers de daim et les emblèmes d'autres animaux, en particulier des oiseaux. A travers leur participation « projective » (et par procuration) à cette expérience, les autres membres de la tribu bénéficiaient d'une *therapeusis*. Ils atteignaient, par reflet, l'expérience du chaman : la possession, la mort existentielle, la dissolution, l'*ek-stasis* et l'ascension, la descente et l'*en-stasis*. La *therapeusis* signifiait ainsi le renouvellement de chaque personne à travers la mort et la re-naissance, réalisées dans la brève durée d'une vie par des moyens miraculeux.

Dans la communauté de sujets officiellement « psychotiques » que je décrirai plus bas, ce type de renouvellement était mis en œuvre à plusieurs reprises, bien que généralement sur une échelle moins étendue formellement qu'à l'intérieur du rite chamaniste.

/120/ Les besoins personnels varient considérablement. Certains sont élevés dans des familles qui fonctionnent antidialectiquement, en ce sens qu'elles ne peuvent rien qu'*élever* leurs enfants, incapables qu'elles sont d'atteindre une position dans laquelle les enfants, en même temps qu'ils sont *élevés*, *s'élèvent* eux-mêmes, avec l'acte décisif de séparation que cela implique. Dans de telles familles, on constate qu'un ou plusieurs enfants sont peu à peu conduits à une situation ultime, extrême ; situation dans laquelle ces enfants (qui peuvent, bien entendu, être déjà adultes) doivent soit se soumettre à un processus par lequel ils sont institutionnalisés à l'intérieur de l'ensemble familial ²⁸, soit accepter une hospitalisation psychiatrique périodique, ce qui revient à peu près au même. La seule issue à une telle situation est une mort complète suivie d'une renaissance complète (si du moins les circonstances humaines le permettent), dans une identité nouvelle et plus adéquate.

D'autres, cependant, ne peuvent connaître que des morts partielles, temporaires, suivies de phases de renouvellement. De tels sujets peuvent atteindre à leurs fins par une folie /121/ momentanée (se reprenant ainsi en main avant que l'invalidation n'intervienne), ou encore par l'aide lysergique diéthylamide, la mescaline, la marijuana, voire simplement en s'enivrant, en écoutant de la musique ou en regardant un film qui ébranlent l'ordre intime pré-établi en eux et déclenchent ou provoquent chez eux un effort de rassemblement autonome. Toute expérience esthétique se ramène à ce genre d'aventure. Le premier mouvement de la sonate classique établit un ordre par l'exposition des thèmes, et procède ensuite de manière hautement disciplinée à la désintégration de cet ordre en son développement. Le développement (comme tout développement humain qui transcende la croissance des muscles et du squelette) est le temps d'une souffrance autour du point critique de la désintégration-

²⁸ Tout le monde a connu de ces familles où les parents jouent le rôle d'infirmières ou de psychiatres bénévoles. Ces parents-là préparent quotidiennement, hebdomadairement, mensuellement et annuellement des rapports sur leur progéniture. Ils emploient volontiers le jargon familial aux psychiatres : « Il était très impulsif et non-coopératif, ce matin, nous avons téléphoné à ses employeurs, mais nous n'avons pu le faire aller au travail — il a probablement besoin de prendre plus de stelazine. » Ou : « Hier soir, il a dit à sa mère qu'il la haïssait, qu'il n'était pas encore né, qu'il voulait lui tirer les boyaux à la lumière du jour, il était confus, il délirait et entendait des voix lui disant qu'il était méchant, mauvais... Je suis sûr qu'il doit retourner à l'hôpital. » Un autre père notait le nombre de pilules de barbituriques qu'il administrait à son fils, par jour, par semaine et par an ; et, chaque mois, cette somme énigmatique était scrupuleusement envoyée au médecin par la poste. Il y a en vérité bien des remèdes à la culpabilité.

réintégration. La récapitulation établit pour finir le premier et le second thème sous leur forme renouvelée.

Ce que l'on doit noter ici est l'invention d'une discipline de la désintégration. A ceux qui sont brisés, désagrégés, la psychiatrie devrait fournir les moyens d'inventer personnellement une discipline aussi essentielle : ce n'est certes pas ainsi qu'il en va pour l'instant. Au contraire, le patient rencontre des techniques de « traitement physique » appliquées mécaniquement et qui ne sont le plus souvent qu'une réaction de panique pour effacer son intolérable expérience de la réalité ; ou bien, s'il a un peu plus de chance, il entre dans un réseau littéralement fantastique de réunions de groupe avec toutes les combinaisons possibles entre patients et soignants (où la hiérarchie est oubliée pour la forme) unis dans leur fureur de le classer et de le faire entrer de force dans n'importe quelle case, excepté dans la sienne.

La faible, mais importante, minorité de ceux qui entrent en hôpital psychiatrique et qui sont réellement fous (désintégrés), a besoin de psychiatres et d'infirmières ayant suffisamment dépassé leur peur, devenus relativement honnêtes à l'égard de leur propre folie, et capables de santé parce /122/ qu'ils savent la préférer à la normalité. Ce dont j'avais besoin en inaugurant un nouveau type de situation psychiatrique, ce n'était pas de techniques, ni de programme : mais de personnalités adéquates.

/123/

5

Pavillon 21

Une expérience d'anti-psychiatrie

/125/ C'est dans cette perspective que j'entrepris de diriger un service à l'intérieur d'un vaste hôpital psychiatrique (2 000 lits) situé au nord-ouest de Londres, selon des principes qui ne pouvaient que différer des normes traditionnelles. Mon expérience des services psychiatriques classiques me les avait fait connaître comme des lieux où régnaient l'aliénation, l'étrangeté et une subtile violence. Les patients subissaient dans de tels services un renforcement massif du processus d'invalidation commencé avant leur admission. C'était dans le service d'admission que s'achevait généralement le rituel d'initiation à la « carrière » de malade mental : il était peut-être possible d'en faire, au contraire, l'issue finale de ce processus.

En installant l'unité dans le Pavillon 21 en janvier 1962, mon principal souci fut de satisfaire à trois nécessités majeures que j'avais rencontrées dans la situation réelle des hôpitaux psychiatriques où j'avais travaillé.

En premier lieu, des problèmes d'organisation pratique : il ne me semblait pas satisfaisant que des adolescents, qui présentaient des troubles d' « acting out », et aussi de jeunes schizophrènes plongés ²⁹ dans leur première crise aiguë, soient /126/ traités dans des services dont les patients en leur majorité se trouvaient depuis longtemps engagés dans une série de crises psychotiques récurrentes qui acquièrent un caractère presque rituel à travers les internements renouvelés. Parfois de jeunes patients étaient même placés dans des services de traitement de longue durée ou avec des cas très graves. Il nous semblait tout à fait nécessaire de créer une unité à part, où la structuration des rôles serait moins rituelle et moins rigide, où les patients pourraient se trouver eux-mêmes à travers leurs relations à autrui et auraient plus de chance de trouver une solution à leurs conflits, au lieu de recourir à la solution facile qu'offre une autodéfinition étroitement stéréotypée, qui n'est qu'une monnaie trop courante dans les services traditionnels.

Je sentais aussi, de manière plus vague, que l'anxiété du personnel face à l' « acting-out » sexuel et agressif des adolescents risquerait moins facilement d'amener des mesures répressives désastreuses et aveugles, si cet « acting-out » était plus localisé géographiquement à l'intérieur de l'institution. J'étais, toutefois, très conscient du risque de voir l'unité servir en quelque sorte de bouc émissaire, porteur de tout le « mal » de l'hôpital (avec ce que cela pourrait entraîner comme conflit administratif), bien loin qu'elle devienne le couronnement de l'institution tout entière.

En second lieu, il y avait les besoins de la recherche. En particulier, il fallait créer une situation de travail convenant à une recherche sur la schizophrénie et, de manière générale, sur les troubles de l'adolescence à travers l'étude des groupes et de l'interaction familiale. Les observations sur cette interaction s'étaient révélées difficiles dans l'atmosphère fiévreuse du service d'admission générale, compte tenu de l'extrême hétérogénéité des problèmes

²⁹ Dans les pages qui suivent j'utiliserai des termes tels que « schizophrènes », « patients », « traitement » avec des guillemets sous-entendus. J'ai déjà montré, et continuerai de le faire dans cet ouvrage, combien douteuse est la validité de ces étiquettes ; mais pour l'instant, je me bornerai à constater qu'elles sont utilisées et je suivrai l'usage. Je dois dire également que, bien que j'emploie souvent le présent, j'ai quitté, en fait, le Pavillon 21 en avril 1966.

personnels qu'on y rencontre. On avait également besoin de données sur l'interaction qui soient comparables dans les familles et dans les groupes thérapeutiques spécialisés.

Enfin, il fallait établir un prototype viable de petite unité /127/ autonome qui puisse fonctionner dans un grand pavillon au sein de la communauté, en dehors du contexte psychiatrique institutionnel. J'étais convaincu que de telles unités pourraient constituer le milieu thérapeutique optimal pour le type de patients qui nous intéressait, dans la mesure où elles permettraient une plus grande liberté de mouvements, et nous délivreraient des rôles hautement artificiels de patient et d'infirmier imposés par la psychiatrie traditionnelle. Mais, tout d'abord, il fallait explorer les limites du changement possible à l'intérieur du grand hôpital, noter les difficultés et les contradictions qui surgiraient, et fonder nos plans futurs sur la base d'une telle appréciation.

Le service consacré au traitement par le coma insulinique devint disponible pour notre unité, avec la disparition progressive de cette méthode. Il comprenait dix-neuf lits à l'étage (un dortoir et quatre chambres) et au rez-de-chaussée un logement comprenant un salon, une salle à manger, une salle pour le personnel, un vestiaire, plus deux petites pièces, dont l'une était utilisée pour des réunions de groupes restreints et l'autre comme chambre de repos. Il y avait des toilettes en bas, des toilettes et une salle de bains (une baignoire) en haut. Le couloir principal séparait la salle du personnel et les toilettes d'un côté, des chambres des patients de l'autre.

Les patients étaient des hommes dont l'âge variait entre quinze ans et près de trente ans. Plus des deux tiers d'entre eux avaient été diagnostiqués à l'extérieur comme schizo-phrènes, les autres portaient des étiquettes du genre : crise émotive adolescente ou désordre de la personnalité. Au début, nous reçûmes des patients de ces deux catégories venant d'autres services de l'hôpital, certains d'entre eux ayant déjà plusieurs années d'hospitalisation derrière eux. Progressivement, après quelques mois, ces patients déménagèrent et nous reçûmes seulement des sujets qui en étaient à leur première ou seconde crise psychotique et n'avaient qu'une courte expérience de l'institutionnalisation.

La sélection du personnel dura une année, avant l'ouverture /128/ du service comme « unité traitante ». Elle entraîna de nombreuses discussions, à deux ou collectives. Le processus de sélection retint les infirmières les plus jeunes, dont l'attitude envers leur travail semblait moins susceptible d'être déformée par l'institution et qui paraissaient les mieux capables de tolérer les angoisses inévitables d'une thérapie de groupe. Un garde-malade et un infirmier furent finalement choisis pour assurer, à tour de rôle, chacun des deux tours de services de la journée. De plus, il était prévu qu'un infirmier stagiaire assisterait à chaque tour, mais il devrait changer de service tous les deux ou quatre mois pour diversifier son expérience, comme l'exigeait son programme de formation.

Une demande spéciale fut faite auprès de l'office d'infirmier pour qu'on évite au maximum de changer l'infirmier de nuit, cela ayant souvent semblé troubler les patients psychotiques. Une ergothérapeute à plein temps fut sélectionnée pour le service et une assistante sociale de psychiatrie accepta son rôle professionnel normal dans l'unité, en plus de ses responsabilités dans d'autres services.

Initialement, trois médecins travaillaient dans l'unité — chacun avec un groupe thérapeutique quotidien de cinq à sept patients. A cette époque, les réunions de la communauté (tous les patients et tous les soignants) ne se tenaient que deux fois par semaine. Après quelques mois, en partie en raison du besoin ressenti de réunions communautaires plus régulières, et en partie à cause d'une réorganisation des horaires de travail des médecins, il fut décidé que des réunions communautaires se tiendraient quotidiennement de 9 h 45 à 10 h 15 du matin, suivies de deux « réunions avec le médecin » de 10 h 30 à 11 h 30 du matin. L'un des médecins (l'auteur) était ainsi en mesure de consacrer la plus grande partie de son temps à la thérapie et à la recherche dans l'unité (bien que ses autres travaux comprissent le soin de

cent vingt patients en traitement de longue durée et six à dix heures de consultation hebdomadaire). Un autre médecin, qui officiellement était employé à temps partiel, dépassa en fait largement ces limites : bien qu'elle passât la majeure partie de son temps dans l'unité, elle s'occupait également, avec un autre médecin, de deux cents patients en traitement de longue durée ou « récalcitrants », et donnait des consultations hebdomadaires dans une clinique. Cet état de choses reflétait le problème général du manque de personnel à tous les échelons, mais il était néanmoins possible d'obtenir une présence minimum des psychiatres travaillant dans l'unité.

Le programme original de l'unité était volontairement très structuré, tout comme dans une communauté thérapeutique « classique ». Ce n'est pas que j'entretinsse de grandes illusions sur les limites d'un tel modèle ; mais il me semblait stratégiquement nécessaire de partir d'un point qui ne soit pas trop « avancé ».

Dans ce programme original les groupes étaient soit « organisés », soit « spontanés »

30

Les groupes organisés étaient composés de :

a. *La réunion communautaire quotidienne*, qui se tenait de 9 h 45 à 10 h 15 ou 10 h 30 (avant 9 h 45, les médecins et les assistants sociaux participaient à la réunion divisionnaire des médecins pour la partie de l'hôpital réservée aux hommes). Cette réunion, à laquelle assistaient tous les patients et le personnel du service, tournait autour des problèmes concernant l'ensemble du service — généralement un « acting-out » perturbant venu d'un individu ou d'un sous-groupe, ou encore les récriminations du personnel ou des patients, ou des arrangements pratiques pour le travail et les activités récréatives.

b. *Les deux groupes thérapeutiques* plus formels, qui réunissaient en chacun la moitié des patients, de 10 h 30 à 11 h 30 du matin, avec l'un des médecins et soit la garde-malade, soit l'infirmière qui assistait constamment ce groupe particulier : la nature de ces groupes sera longuement décrite plus loin.

c. *Les groupes de travail* : deux groupes, qui se réunissaient de 2 heures à 4 h 30 chaque après-midi, un groupe avec l'ergothérapeute, un autre avec un infirmier ; chaque groupe avait sa propre tâche, les deux projets les plus longs, pour la première année, étant une décoration de l'intérieur et une fabrication de jouets.

d. *Les réunions du personnel* : le personnel se réunissait quotidiennement, brièvement et de manière informelle, avant et après la réunion communautaire et de nouveau, parfois assez tard, dans l'après-midi ; il y avait aussi une réunion de « permutation » chaque semaine, au cours de laquelle les deux équipes d'infirmiers rencontraient les médecins et l'ergothérapeute pour discuter, en particulier pour unifier leurs « politiques », ce en vue de quoi la continuité du croisement des équipes était essentielle ; une fois par semaine, il y avait une réunion complète du personnel, pendant une heure, à laquelle assistait, avec le personnel du service, l'assistant social de psychiatrie et souvent un représentant de l'office administratif de l'infirmierie ainsi que le chef du département d'ergothérapie.

Des groupes « spontanés » se constituaient à n'importe quelle heure du jour et de la nuit sur un sujet particulier — pouvant aller de la discussion d'un programme de télévision à celle d'un « acting out » perturbant d'un patient. Un membre du personnel était présent dans la plupart de ces groupes mais, de par la structure même de l'unité, on espérait que, de toute

³⁰ Je me sens ici obligé de rappeler au lecteur mes guillemets ironiques.

façon, quelqu'un communiquerait toujours tout l'événement significatif survenu dans ces groupes spontanés, lors des réunions communautaires.

En établissant ainsi mon unité, j'étais animé par la conviction centrale, acquise au cours d'expériences malheureuses renouvelées dans des services traditionnels, qu'avant d'avoir une chance de comprendre ce qui se passait chez le patient, il nous fallait au moins avoir conscience de manière élémentaire de ce qui se passait chez les soignants. Nous décidâmes donc d'explorer, dans notre travail de tous les jours la série complète des idées toutes faites, des préjugés et des fantasmes que nourrissent les soignants à propos et d'eux-mêmes et des patients.

C'est sans aucun doute une tâche essentielle. L'institution psychiatrique, au cours de son histoire, a trouvé nécessaire de se défendre elle-même contre la folie qu'elle est supposée contenir — contre le trouble, la désintégration, la violence, la contamination. Ces défenses du personnel, dans la mesure où elles sont dirigées contre des dangers plus illusoire que réels, je les regrouperai sous le vocable *d'irrationalité institutionnelle*. Et dès maintenant la question se pose : quelle est la réalité de la folie dans l'hôpital psychiatrique et où est l'illusion ? Quelles sont les limites qui définissent l'irrationalité institutionnelle ? Je m'efforcerai au cours de ce chapitre d'esquisser quelques-unes au moins de ces limites.

Il est reconnu depuis longtemps qu'une bonne partie du comportement violent des patients mentaux est une réaction directe à la contrainte physique dont ils sont les victimes. Si le lecteur se voyait empoigné par plusieurs solides gaillards, fourré dans une camisole de force pour des raisons tout à fait obscures, et qu'il constate que ses efforts pour obtenir des explications se trouvent sans réponse, sa réaction naturelle serait de se débattre. Nous ne sommes plus à l'époque des camisoles et les chambres matelassées sont en voie de disparition, mais il n'y a pas si longtemps que l'auteur a vu un patient, hurlant et jetant des coups de pieds, que plusieurs policiers amenaient dans une camisole de force en service d'observation : il a suffi de renvoyer les policiers et de retirer la camisole pour mettre fin aux réactions violentes du patient.

Aujourd'hui de nombreux psychiatres ont recours à la « contrainte chimique » — les sédatifs et les tranquillisants — ainsi qu'aux électrochocs et au lit forcé. Les effets de ces mesures apparemment moins cruelles sont cependant très semblables à ceux des moyens les plus violents, pour peu qu'elles soient mises en œuvre (comme c'est souvent le cas) sans explication raisonnable. Quand on donne une large dose de tranquillisant à un patient, c'est qu'on prévoit un danger en lui, et qui doit être contrôlé. Les patients qui sont très sensibles à ce genre de prévision, la rendent souvent inévitable par un recours propre à la violence — au moins jusqu'à ce qu'ils soient soumis par une dose plus grande du même « traitement ». Ce n'est pas à dire que certains patients agités ne devraient jamais recevoir de tranquillisants, mais simplement qu'il devrait y avoir chez le médecin et chez le patient une idée claire de ce qui est en train de se faire. C'est rarement le cas. La signification de cette situation se perd trop souvent dans la mystique quasi médicale de la « maladie » et du « traitement ». Pourquoi ne pas dire au patient, par exemple : « Je vous donne ce truc appelé Largactil pour vous calmer un peu, afin que nous puissions nous occuper de choses plus pressantes sans nous sentir trop inquiets à propos de ce que vous allez encore inventer ! »

Un des fantasmes les plus répandus parmi le personnel des hôpitaux psychiatriques est que, si les patients ne sont pas contraints verbalement ou physiquement à sortir du lit le matin à une certaine heure, ils y resteront jusqu'à y déperir. Derrière cela se cache l'angoisse des soignants de ne pas voir respecter leur horaire et de perdre le contrôle général de leur propre vie. Le patient est cet aspect effrayant d'eux-mêmes qui parfois ne veut pas se lever le matin pour aller travailler. Il est bien évident que s'ils succombaient à cette tentation, ils perdraient leur travail. Il est également vrai que de jeunes patients schizophrènes pourront quitter éventuellement l'hôpital et prendre un travail auquel il leur faudra se présenter

ponctuellement. Mais tout cela est ignorer signification historiquement vécue du problème « rester au /133/ lit ». Dans le passé, le patient a probablement dépendu entièrement de sa mère pour se lever le matin. Peu avant son internement, il s'est rebellé contre cette dépendance forcée, de la seule manière qui, pour diverses raisons, lui ait été possible, c'est-à-dire en restant au lit malgré les efforts de sa mère pour le faire lever. Ce « retrait » est souvent l'un des « symptômes apparents » de la schizophrénie.

A l'hôpital, on peut répéter le schéma familial, c'est-à-dire satisfaire les besoins de dépendance du patient en le levant ; mais c'est en fait se lever à *sa place*. Ou bien l'on peut assurer le « risque » de lui laisser prendre la décision, en espérant qu'un jour il se lèvera *de lui-même*.

En fait, après de nombreuses discussions fiévreuses dans notre unité, sur ce sujet et à travers une grande différence de politique entre les équipes d'infirmiers, on constata que si l'on laissait les patients à eux-mêmes, ils se levaient invariablement, même si dans certains cas ils passaient la plus grande partie de la journée au lit pendant plusieurs semaines. Finalement, aucun d'entre eux ne déperit et le gain en autonomie personnelle nous sembla très appréciable.

Au cours des réunions communautaires, le personnel d'abord, les patients ensuite, commentèrent ce problème du lever et l'analysèrent en termes de besoins de dépendance, mais on revint également sur la question de manière plus active. Une fois, les occupants d'un dortoir de six lits, se rebellèrent contre la réunion communautaire en restant au lit jusqu'après onze heures. Frank, l'un des garde-malades, monta voir ce qui se passait. L'un des patients se leva pour aller aux toilettes et Frank en profita pour ôter sa blouse blanche³¹ et se mettre dans le lit vacant. Le patient, de retour, appréciant l'ironie de la situation n'eut pas grand-chose d'autre /134/ à faire que de prendre le « rôle d'infirmier » laissé vacant, mettre la blouse blanche et faire lever les autres.

Un autre fantasme qui prévaut dans les hôpitaux psychiatriques, concerne le travail des patients. On soutient implicitement, et on déclare parfois, que si les patients ne sont pas complètement occupés à des travaux domestiques dans le service et à divers projets d'ergothérapie, ou qu'ils n'aident pas le département d'entretien de l'hôpital, ils deviendront « sans contacts », « institutionnalisés », « malades chroniques ». L'amère vérité est que c'est en accomplissant docilement toutes ces tâches qu'ils deviennent ce que ces étiquettes désignent plus ou moins bien. Si l'on souhaite rencontrer le dernier degré de l'institutionnalisation chronique privée de contacts, il suffit de visiter l'une des plus « actives » et productives « manufactures hospitalières » ou l'un des « départements industriels d'ergothérapie ». Il y a, relativement parlant, quelque chose de remarquablement sain chez le schizophrène chronique, préoccupé par son monde intérieur, passant sa journée penché sur le chauffage central dans une arrière-salle décrépie : s'il n'a pas la solution à l'énigme de la vie, au moins se fait-il moins d'illusions.

Dans l'unité, nous eûmes quelques affrontements désespérés à ce sujet. Les patients refusaient les projets d'ergothérapie conventionnels. Nous avons commencé à douter du vieux mythe qui veut que Satan inventa le travail pour les mains oisives et de la règle qui dit « jouez ou travaillez, mais ne vous masturbez pas », seulement nous ne savions pas où aller à partir de là. Des projets de travail auraient au moins constitué un groupe, une famille heureuse dans le service. Mais peut-être les patients étaient-ils venus à l'hôpital pour échapper aux « familles heureuses ». Ou plutôt les avait-on envoyés à l'hôpital pour que la famille reste heureuse. Nous essayâmes un certain nombre de travaux virils et destructeurs, comme d'abattre un abri anti-aérien, ou de casser un moteur d'avion : ces travaux, pensaient certains d'entre nous, seraient des « exutoires sûrs » pour les « impulsions agressives dange- /135/ reuses ». Cependant ils étaient faits sans enthousiasme et nous comprîmes bientôt qu'ils n'avaient aucun

³¹ Les infirmiers de l'unité portaient parfois leur blouse blanche, non comme uniforme, mais pour se protéger pendant certains travaux salissants comme le lavage.

rapport avec le vrai problème de la colère. Les patients avaient des raisons réelles d'être en colère contre des personnes réelles existantes, à la maison et à l'hôpital (et on ne pouvait ramener tout à fait cela à une projection). Le moteur d'avion était un partenaire innocent.

Nos inquiétudes nous amenèrent à proposer, à considérer et à rejeter un certain nombre d'autres projets proposés par l'hôpital, ridiculement triviaux, comme l'assemblage d'éléments préfabriqués de jouets : par exemple (ô ironie !) « la trousse du docteur ». Les patients réagissaient avec mépris devant ces travaux et nous en vîmes à partager leurs sentiments. La plupart d'entre eux étaient de jeunes hommes possédant au moins une intelligence moyenne, tout à fait capables de reconnaître l'incongruité des projets qu'on leur proposait. Nous visitâmes des usines locales afin de trouver des travaux plus « réalistes » qui seraient faits sur commande de ces entreprises, mais rien n'aboutit. Rétrospectivement, ce n'était guère surprenant. Nous en concluâmes que les seuls travaux réalistes pour les jeunes gens qui étaient venus à nous, étaient des travaux *en dehors* de l'hôpital.

Ce n'est qu'après la première année de fonctionnement de l'unité que le personnel, y compris la jeune ergothérapeute de service, fut capable de tolérer une situation dans laquelle aucun projet organisé de travail n'était offert à la communauté. Quel que fût le projet proposé, il se désagrégeait après quelques semaines quand les patients le quittaient pour des activités privées, que ce fût dans l'hôpital ou en dehors. Les sanctions applicables sous la forme d'une réduction de l'argent de poche³² n'affectaient le résultat d'aucune manière. Mais, qu'est-ce qui nous inquiétait tant, et qu'étions-nous donc en train d'essayer de faire ?

/136/ L'ergothérapeute, qui avait déjà abandonné son uniforme vert, se trouva elle-même graviter autour d'un rôle qui semblait plus proche de celui d'une infirmière. Elle songeait même à démissionner et à rejoindre le personnel comme infirmière assistante. C'est à cette époque que nous devîmes particulièrement conscients de la diffusion des rôles, de la chute des frontières entre ceux-ci : ce qui était une étape nécessaire et pour le personnel et pour les patients sur la voie d'une définition d'eux-mêmes ainsi que de leurs relations, non plus à partir d'un système d'étiquettes imposées et abstraites, reflétant quelques fonctions techniques ou quasi techniques, mais selon la réalité personnelle de chaque membre de la communauté.

Il y eut un brouillage progressif des rôles entre les infirmières, le médecin, l'ergothérapeute et les patients. J'ai déjà examiné quelques-unes de ces ambiguïtés entourant le processus par lequel on « devient un patient ». J'essaierai à présent de mettre en lumière un certain nombre de questions gênantes et apparemment paradoxales : par exemple, les patients peuvent-ils « soigner » d'autres patients, et peuvent-ils même traiter les soignants ? Les soignants peuvent-ils prendre conscience et reconnaître franchement dans la communauté leurs propres zones d'incapacité et de « maladie », et leur besoin d'un « traitement » ? Si oui, qu'arriverait-il, et sous le contrôle de qui ? Finalement, ces catégories de « maladie » et de « traitement » n'étaient-elles pas elles-mêmes suspectes ?

C'est à ce point que notre séparation la plus radicale d'avec le travail psychiatrique traditionnel fut inaugurée. Si les soignants rejetaient les idées toutes faites relatives à leurs fonctions et s'ils ne savaient plus du tout que faire désormais, pourquoi faire quelque chose ? Pourquoi ne pas se retirer du champ de cette attente globale pesant sur le personnel hospitalier et les patients, qui voulait qu'on organisât les activités des patients, qu'on supervisât le travail intérieur du service, et de manière générale, qu'on « traitât les patients » ? Le groupe des soignants décida de borner ses fonctions au /137/ contrôle de l'armoire à pharmacie, comme il était légalement prescrit (quelques-uns des patients les plus « agités et impulsifs » étant sous tranquilisant Largactil), et à la solution par téléphone des questions administratives du service qui impliquaient les autres départements de l'hôpital.

³² Jusqu'à 13 f 50 par semaine pour les patients qui travaillaient à l'hôpital.

Un prélude nécessaire à ce changement majeur de politique était de fournir des explications à l'office de l'infirmier et aux autres départements de l'hôpital. On informa, par exemple, le personnel des cuisines que si les récipients d'aluminium pour la nourriture leur étaient retournés sans être lavés, ils devraient les laisser ainsi jusqu'à ce qu'ils soient nettoyés, plutôt que de nous téléphoner pour se plaindre que le personnel ne faisait pas son travail. Si les gens voulaient manger, ils devraient nettoyer leurs récipients. Ces décisions furent clairement exprimées à chacun lors des réunions communautaires.

En dépit de ces explications et de leur acceptation superficielle, les événements qui suivirent furent dramatiques. Pendant une première phase, les détritres s'accumulèrent de plus en plus dans les couloirs. Les tables de la salle à manger étaient couvertes par les assiettes sales des jours précédents. Les infirmiers en visite montraient des signes d'horreur, en particulier les officiers infirmiers, lors de leurs rondes biquotidiennes. Les patients décidaient eux-mêmes de leur période de congé, de leur lever du lit, de leur assistance aux réunions. Les soignants se montraient perpétuellement anxieux, surtout parce qu'aucun patient ne semblait disposé à s'organiser de lui-même pour s'occuper de ces choses. Un infirmier de nuit, qui avait travaillé auparavant comme infirmier de jour dans l'unité, en vint à un point d'exaspération tel qu'il fit un rapport officiel au surveillant de nuit sur l'état malpropre du service. L'infirmier en chef fut averti et les officiers infirmiers visitèrent le service, à la seule fin d'exprimer leur dégoût de cet état de choses. La colère de l'infirmier de nuit était, il faut l'avouer, un peu notre faute : la communication entre les équipes de jour et /138/ de nuit était nettement inadéquate (ce n'est qu'au prix de difficultés considérables que nous étions parvenus à inaugurer des réunions régulières d'équipes croisées et entre les deux équipes de jour seulement — arrangement qui fut remplacé plus tard par un système dans lequel la plupart du personnel travaillait en équipes croisées).

Les pressions administratives extérieures sur le personnel augmentèrent rapidement. Les réactions des patients étaient partagées. Certains commençaient à demander plus d'attention de la part des infirmiers et du médecin. Ceux qui étaient dans un état moins gravement dépendant exprimaient quelque mécontentement mais en même temps montraient clairement qu'ils appréciaient les éléments plus authentiques apportés par ce changement de politique.

Pour comprendre les événements qui suivent, il faut bien se rendre compte que, dans l'administration d'un hôpital psychiatrique, tous les problèmes se trouvent concentrés sur le médecin. Dans les services traditionnels, toutes les décisions, excepté les moins importantes, doivent être prises, ou approuvées, par le médecin. Le médecin est investi, et s'investit parfois lui-même, de pouvoirs magiques de compréhension et de guérison. Que la formation formelle des psychiatres comprenne des aptitudes à l'omnipotence magique n'est peut-être pas démontré, mais l'image en est renforcée et perpétuée de bien des manières. La même personne qui est supposée avoir une relation psychothérapeutique avec les patients, joue un rôle de praticien général pour soigner leurs petites maladies physiques. De plus, les psychiatres servent à l'infirmier du personnel et veillent à la bonne santé physique des infirmières avec lesquelles ils travaillent. Il en résulte un mélange de frustration contrôlée et de reconnaissance massive que l'on imagine aisément.

Si la blouse blanche et le stéthoscope constituent pour le psychiatre un moyen de se défendre contre les patients, c'est-à-dire contre la projection de son propre trouble, il en va de même de la formule imprimée. Les médecins ont /139/ accepté, trop volontiers dans bien des cas, une masse de responsabilités légales et administratives qui les empêche de se rapprocher de leurs patients et qui, dans une mesure bien plus grande qu'il n'est couramment admis, pourrait être laissée à des administrateurs non-médecins, efficaces et convenablement formés. Reste que, dans l'état actuel des choses, le médecin en visite dans le service doit emporter une pile de formules officielles et de certificats dans son attirail (souvent contre son gré), formules

qui structurent ses relations avec le personnel et les patients, avant même que ceux-ci, ou que lui-même, aient pu faire quoi que ce soit

Outre cette préstructuration médicale, légale et administrative du rôle de psychiatre, d'autres facteurs plus réalistes concourent éventuellement à lui donner une position centrale dans le service, notamment sa formation et son expérience en psychothérapie et en sociologie des petits groupes. Ces talents, cependant, ne sont pas universellement répandus parmi les psychiatres et sont visiblement laissés à l'arrière-plan, sinon carrément omis, dans les cours de préparation aux diplômes de psychiatrie. Quelques membres des comités de sélection sont hostiles à la formation psychanalytique formelle, et de toute façon une telle formation dépasse les ressources de la plupart des jeunes psychiatres mariés, qui ne bénéficient d'aucune exonération sur leurs impôts pour ce qui coûte à peu près 500 livres par an pendant quatre ou cinq ans.

C'est pour ces raisons, et pour d'autres, que le personnel et les malades du service attendent du médecin qu'il prenne le rôle de chef. Dans les groupes du personnel, le niveau de dépendance envers le médecin n'est pas très différent de celui qui règne dans les groupes personnel-patients. Le problème, pour les infirmiers, est de passer d'une position où ils servent de médiation au médecin-pour-le-patient et au patient-pour-le-médecin, à une position où, franchement et « légitimement », ils s'engagent eux-mêmes dans leurs relations, sans tiers médiateur. Dans un hôpital psychiatrique /140/ chaque transaction entre personnes doit ou lutter envers et contre tout pour se libérer de la déformation pseudo-médicale, ou se voir réduite à une manœuvre formelle et inauthentique. Ce déplacement des positions est incroyablement difficile à opérer. Après avoir travaillé pendant trois ans, en nous attachant largement à ce point, nous avons à peine déplacé nos positions dans l'unité ; mais nous les avons déplacées un peu quand même.

Ce fut pendant la phase « expérimentale » de retrait du personnel que celui-ci fut à même de faire quelques progrès. L'auteur était parti en vacances pour un mois en Europe de l'Est. Les pressions officielles exercées sur l'unité pour y réintroduire les contrôles traditionnels étaient à leur comble. L'anxiété était considérable parmi le personnel et un facteur supplémentaire de conflit avait surgi entre les deux équipes d'infirmiers (de 7 h à 14 h et de 14 h à 21 h). Ce dernier conflit reposait principalement sur l'attribution erronée d'intentions précises au médecin : en fait, la suggestion selon laquelle le personnel devrait se retirer de son rôle de surveillance et de direction, tout en informant les patients de la façon dont cela allait se passer, venait d'une des équipes d'infirmiers. Cela fut peu à peu confirmé par le médecin (l'auteur) et sembla accepté, à quelques rares et négligeables réserves près, par tout le groupe du personnel. Deux infirmiers de l'autre équipe, cependant, nourrissaient une opposition non déclarée envers ce changement. Du fait d'événements survenus antérieurement dans notre service, qui avaient répandu parmi le personnel de l'hôpital l'idée que le médecin de l'unité avait des idées nouvelles « ultra-libertaires », la décision du personnel fut regardée comme étant au fond « la politique du médecin » — et cela pouvait être passablement dingue, mais si c'était né dans la tête d'un médecin supérieur, ce n'était pas à discuter.

Le progrès opéré par le groupe du personnel fut de reconnaître franchement que son angoisse était intolérable et d'arriver, en l'absence du médecin, à une « décision de /141/ groupe » visant à réimposer un certain contrôle sur ce qui se passait dans le service. On décida de surveiller les dispositions relatives aux repas et au ménage, d'insister sur l'assistance aux réunions communautaires et sur le respect de la règle qui fixait le congé hebdomadaire du samedi matin (après la réunion communautaire) au dimanche soir exclusivement. Il fut décidé que ceux qui persisteraient à enfreindre ces règles devraient choisir soit de s'y conformer, soit de quitter l'unité. A mon retour, j'approuvai ces décisions et, de fait, deux patients furent renvoyés pour un court laps de temps (dans les deux cas, cette confrontation avec une réalité de groupe conduisit à des résultats favorables).

Au fond, le problème est de distinguer entre une autorité authentique et une autorité inauthentique. La pratique effective d'une grande partie de la psychiatrie dans ce pays, quelle que soit l'apparence progressiste qu'elle revête, vise à renforcer la conformation aux ordres rigides et stéréotypés des personnes détentrices de l'autorité. De telles personnes condensent par une sorte de réfraction sur le patient diverses attentes sociales et injonctions cachées touchant ce qu'il doit être. Ces attentes et ces injonctions sont souvent tout à fait étrangères aux besoins individuels et à la réalité individuelle du patient. L'autorité est conférée à son détenteur par une définition sociale arbitraire plutôt que sur la base d'une quelconque compétence réelle. Si les soignants ont le courage de quitter d'eux-mêmes cette position fautive, ils peuvent découvrir en eux-mêmes des sources d'autorité réelle. Ils peuvent également découvrir ces sources chez ceux qui sont définis comme leurs patients. Et cela devient gênant — particulièrement quand il se trouve que les patients en question sont les plus psychotiques du service. Une des réunions collectives les plus mémorables de l'unité fut animée par un patient extrêmement fragmenté qui commençait tout juste à amorcer un lent processus de réintégration. Le personnel et les patients étaient tous assoupis et somnolaient, fascinés par son récit d'un tour du monde imaginaire et /142/ fantastique. Nous devînmes une sorte d'enfant collectif suspendu au sein de la mère-narratrice. Je fis un commentaire formel en ce sens, mais l'interprétation n'était pas nécessaire. A un certain moment, indiqué par le narrateur, chacun s'éveilla du fantasme pour se retrouver à un niveau de réalité de groupe plus intégré. Et il n'y avait aucun doute à avoir sur qui nous avait conduits là.

La caractéristique principale du commandement authentique est peut-être le renoncement à la tendance de domination sur autrui. La domination signifie ici le contrôle du comportement d'autrui, quand ce comportement représente pour le chef la projection de certains aspects de sa propre expérience. En dominant les autres, le chef se donne à lui-même l'illusion que son organisation interne propre est de plus en plus parfaitement ordonnée. Le prototype mythique du chef inauthentique est l'Urizen de William Blake, l'homme de l'horizon, des limites, du contrôle, de l'ordre, imposés par la terreur de son propre champ libre de possibilités. Certains chefs osent voir le monde avec des yeux décillés ; d'autres préfèrent en avoir une vision à travers leur anus. Les camps d'extermination nazis étaient un produit de ce Rêve de Perfection. L'hôpital psychiatrique, ainsi que bien d'autres institutions de notre société, en est un autre. Dans le camp, les existences physiques étaient systématiquement annihilées, puisque chaque corps, dans la logique du fantasme, contenait la projection de la méchanceté, de l'anomalie sexuelle, de l'absurdité des fonctionnaires du camp et de la société qu'ils représentaient. Le meurtre était toujours un meurtre rituel visant à la purification du meurtrier, et comme c'était essentiellement une façon d'échapper à la culpabilité, comment pourrait-on supposer que les meurtriers eussent dû se sentir coupables à cause de cela ? A l'hôpital psychiatrique, on soigne attentivement les corps, mais on assassine les personnalités individuelles. Le système qui sert de modèle à l'infirmier de psychiatrie et au psychiatre traditionnels, c'est le paysage délicieux du carré de choux. De /143/ même que les choux ont une existence assez confortable, au moins jusqu'au moment où ils vont dans la soupe, de même de nombreux patients choisissent-ils de s'entendre avec les illusions de leurs gardiens, et ce jeu combiné de l'illusion et de la collusion constitue le système fantasmagorique social de base sur lequel est érigée la structure de l'hôpital psychiatrique. C'est à l'évidence une structure totalement aliénée.

Bien que le personnel de l'unité ait été capable de découvrir en lui-même quelques éléments d'autorité authentique, la situation où il fonctionne généralement est remplie de contradictions. La plupart des infirmiers vivent dans des logements à l'intérieur de l'hôpital (au foyer des infirmiers ou dans des maisons séparées sur le domaine de l'hôpital). Les infirmiers stagiaires et parfois les infirmiers titularisés doivent nous quitter pour aller travailler dans d'autres services ; tous dépendent, pour leur promotion, de l'administration

centrale des infirmiers. En dehors de l'unité, ils sont sujets à de très fortes pressions, socialement directes et financièrement indirectes, pour les faire rentrer dans le rang et, inévitablement, cette pression se transmet au sein de l'unité. Le « foyer » du personnel et les cafés du village renforcent cet endoctrinement subtil. Mais rentrer dans le rang signifie, dans ce contexte, retourner aux attitudes primitives et ritualisées qui prévalent et vont à l'encontre de la culture qui s'est développée dans l'unité ; les infirmiers doivent choisir entre la soumission aux pressions extérieures d'un côté, et de l'autre l'adhésion aux principes de notre unité. Jusqu'à ce qu'ils choisissent réellement, leur existence est inévitablement et douloureusement confuse. La mesure dans laquelle le groupe du personnel de l'unité peut les aider est forcément limitée par la réalité du dilemme et la nécessité de s'engager d'un côté ou de l'autre.

Il nous faut réfléchir un instant à l'amplitude de l'angoisse ainsi provoquée. Pour les infirmiers de l'unité, ces attaques allaient littéralement « droit au but » — à leurs familles, concernées par la vie sociale et la lutte pour l'avancement /144/ au sein de l'hôpital dans son ensemble. Quand ils refusaient d'abandonner leurs convictions idéologiques ils paraissaient ridicules, s'attirant parfois même le soupçon, à peine dissimulé, de folie. D'un autre côté, pour quelques infirmiers plus âgés travaillant en dehors de l'unité, l'exigence de rétablir un contrôle et de « mettre de l'ordre » dans les choses prenait la dimension d'un combat désespéré entre la vie et la mort, la santé et la folie. Ils étaient profondément effrayés par tout ce qui, dans notre unité, violait la ligne de séparation soignants/patients, par exemple le fait que les patients appelaient les infirmiers par leurs prénoms, que les soignants et les patients prenaient leur thé ensemble ; les effrayait aussi la proposition d'employer d'ex-patients comme infirmiers (puisque'il y avait une grave pénurie d'infirmiers et que nous sentions que leurs qualités personnelles et leur expérience de la crise et de la guérison les rendraient particulièrement utiles dans le groupe du personnel). Ces faits, et de nombreux autres, défiaient l'idée qu'ils se faisaient d'eux-mêmes : des personnes saines en relation avec des fous. La gravité de ces angoisses était parfois masquée par le caractère grotesquement futile des incidents qui déclenchaient les crises. Une fois, par exemple, un officier infirmier, dans sa ronde fit un rapport accusant le personnel du service d'avoir manqué à son devoir de surveillance, parce qu'il avait vu un patient verser du lait dans son thé, directement de la bouteille, sans utiliser le pot à lait réglementaire qui se trouvait dans le buffet. Quand un membre du personnel lui eut répondu qu'il en faisait souvent autant chez lui, la situation n'en fut guère arrangée.

Nulle part les angoisses n'apparaissaient avec plus d'évidence que dans des distorsions très significatives qui intervenaient à l'intérieur du processus de communications de l'hôpital. Les rapports sont habituellement soumis à l'office des infirmiers par l'infirmier de service lors de chaque changement d'équipe. Parfois ces rapports passent par le surveillant de nuit, pour aboutir aux infirmiers administrateurs de /145/ l'équipe de jour. A chaque changement de main, les rapports sont rédigés, les événements « significatifs » de chaque service étant sélectionnés pour être présentés dans la version finale fournie à la réunion quotidienne des médecins, des assistants sociaux et des officiers infirmiers de la division ³³. Un incident typique créé par ce système de communication fut le suivant : un jeune homme de l'unité avait une amie dans le service des femmes ; une nuit, elle fit une crise d'hystérie à propos d'un événement en relation avec son service et son traitement, et il vint avec un camarade pour essayer de la consoler et de la ramener dans son service ; elle résista bruyamment et un membre du personnel de la conciergerie qui assistait à l'incident appela une infirmière qui la ramena à son service. Le concierge informa l'infirmier surveillant de nuit, qui informa à son tour son unité et fit un rapport à l'administration de l'infirmerie de jour, qui enfin fit un rapport à la réunion divisionnaire. La version finale disait que deux patients de sexe masculin apparte-

³³ L'hôpital de 2 100 patients était divisé en trois divisions plus ou moins autonomes, chacune dirigée par un psychiatre consultant.

nant à notre unité avaient attaqué une patiente et laissait entendre qu'ils essayaient de l'emmener pour abuser d'elle. Le fantasme répandu chez beaucoup de membres extérieurs à notre unité était que le rapt, les orgies sexuelles et le meurtre y étaient les occupations quotidiennes — et ce n'est pas là une exagération rhétorique de ma part. En réalité, durant les deux dernières années, il n'y eut pas dans l'unité un seul préjudice notable causé par la violence d'un patient et pas une seule grossesse parmi les jeunes patientes qui rendaient fréquemment visite à leurs amis dans l'unité et sortaient avec eux.

Les crises naissent puis s'apaisent : mais elles ne peuvent pas être indéfiniment « arrangées ». L'hôpital psychiatrique, comme système social, se définit par certaines limites à l'intérieur desquelles le changement est possible, mais au-delà desquelles on ne peut s'aventurer sans menacer la stabilité de la structure de tout l'édifice. Cette structure, telle qu'elle s'est développée historiquement, est frappée de sclérose institutionnelle. Cela est prouvé à l'envi par l'expérience de désintégration qui se développe dans l'ensemble du monde institutionnel de relations et de non-relations, dès que l'on pousse assez fort sur la structure en ses formes limites.

On peut résumer le niveau de développement atteint par l'unité de la manière suivante : pendant ses quatre ans de vie, nous avons progressivement réussi à en éliminer de nombreux aspects destructeurs de la vie psychiatrique institutionnelle. Nous avons éliminé la hiérarchisation formelle à un point au-delà duquel aucune expérience semblable n'était, à notre connaissance, parvenue dans ce domaine — du moins avec des patients diagnostiqués comme schizophrènes. Nous nous sommes ainsi débarrassés de la classification rigide des pensionnaires en patients et soignants (les soignants à leur tour sous-divisés en une hiérarchie indéfiniment extensible d'infirmier étudiant, d'infirmier, d'infirmier de garde, d'infirmier officier, de docteur de service, d'administrateurs de divers rangs, de consultants, etc.).

Une certaine base d'ordre matériel continue d'organiser la situation : le personnel est payé pour être là, les patients ne le sont pas. Les soignants sont payés selon leur rôle et leur rang officiels. Il est clair, cependant, qu'un infirmier assistant « non-formé », ou un patient, peut montrer une plus grande aptitude à guérir qu'un membre du personnel de haut rang. Il y a de nombreux aspects de la formation des infirmiers de psychiatrie et des psychiatres qui ne font que rendre pour eux plus obscure la vision des réalités qu'ils ont dans leur champ de travail pendant leur formation. Une telle formation consiste largement en un apprentissage des tactiques de défense utilisables par les soignants contre les patients. Les vieilles barbes vous rappellent leurs années « d'expérience » et protestent en disant que ce n'est pas à grand-mère qu'on apprend à gober les œufs. Mais, bien entendu, des années passées dans un hôpital psychiatrique n'impliquent pas forcément qu'on acquière une expérience quelconque, et elles peuvent très bien n'être que des années de servilité complaisante. Comme un jeune membre du personnel le fit remarquer, si grand-mère n'a pas encore appris à gober les œufs, il faudra bien qu'elle l'apprenne.

Nous avons refusé de considérer le membre hospitalisé d'une famille, isolément, comme étant « le malade », et nous avons cherché dans bien des cas à décrire son rôle, concrètement aussi bien que théoriquement, comme celui de la victime, de celui qui sacrifie son existence personnelle autonome, afin que les autres membres du monde familial puissent vivre, relativement libres de culpabilité. Nous avons observé et confirmé, dans notre rencontre avec lui, la réalisation qu'il y a chez lui, bien que partielle et déformée, de l'archétype christique. Sans l'élever au statut à bon marché du « Schizophrène comme Héros de la culture », nous avons au moins partiellement éliminé la distance entre lui (« le fou ») et nous (« les soignants »), les représentants de la société saine, et avons trouvé, ensemble avec lui, un moyen de garder comme un trésor ce qu'on appelle sa folie, bien que cela n'ait pas été sans une énorme jalousie et de perpétuelles reculades de la part du personnel.

Nous l'avons également aidé, avec un très faible support d'organisation, à trouver des solutions raisonnables pour une vie indépendante après son départ de l'hôpital. Ces arrangements ont très souvent échoué et le patient a dû par la suite avoir recours à l'unité, éventuellement comme endroit où rester pour un week-end ou parfois quelques semaines. Mais cela, pour des raisons que j'expliquerai, nous a semblé être dû à des circonstances qui dépassent notre contrôle immédiat et devraient être organisées par la communauté — à la fois sur le plan légal (Mental Health Act, 1959) et avec l'appui d'une « conviction morale ». Faute d'une telle organisation communautaire, nous nous sommes arrangés par /148/ des contacts personnels pour que des patients libérés puissent vivre avec des gens sûrs (c'est-à-dire non-mystificateurs et aussi peu angoissés que possible) en petits groupes dans des maisons au sein de la communauté. Ces projets (qui seront décrits dans des publications ultérieures) représentent la meilleure et la plus créatrice alternative à la position dégradante et même intenable qui est faite au patient dans sa famille et dans l'institution.

Dans les discussions entre membres du personnel et également dans des discussions avec des visiteurs de l'unité, nous avons beaucoup appris sur la distinction qui existe entre la situation épurée de l'analyse de groupe formelle et une communauté réelle. Dans la situation d'analyse de groupe, on évite rigoureusement certaines expériences collectives que, dans la communauté, nous considérerions comme essentielles. On les évite au nom d'une sorte de démystification — c'est-à-dire que les sujets en analyse sont démystifiés de leurs espoirs fantasmatiques de gratification de la part du thérapeute vu comme figure parentale. Mais d'un autre côté, à l'intérieur de l'unité, quelques-uns d'entre nous, y compris l'auteur, sentaient que dans l'atmosphère réelle du groupe, il y avait un manque terrible, quelque chose qui manquait du monde total de notre expérience, qui ne pouvait être réduit à une interprétation de « transfert de groupe ». Ce que j'espère que nous avons appris à éviter, c'est de considérer ce manque comme un quelconque et hypothétique système « schizophrène » de besoins : dans la mesure où l'on peut ici parler en termes de besoins, ce sont des besoins de chacun d'entre nous qu'il s'agit et ce sont eux qu'il faut examiner.

A une époque, et ce fut en fait un leitmotiv des réunions communautaires, l'opinion fut exprimée que la principale différence entre les soignants et les patients était que les soignants pouvaient quitter l'unité à la fin de leur service, rentrer chez eux, retrouver leur femme ou leur petite amie et avoir des relations sexuelles : au contraire, les patients ne quittaient jamais l'unité, sauf, dans certains cas, pour passer /149/ le week-end chez eux avec leurs parents et vivaient dans une situation de frustration sexuelle totale ne pouvant que se masturber de temps à autre dans les toilettes. Au-delà de l'aspect littéral de cette « conversation sur le sexe », il y avait une notion plus profonde d'échec. Le mot « baiser » signifiait plus ou moins, pour les gens de l'unité, un contact réel avec autrui. Il signifiait réunion, rencontre et cette extension du sens littéral fut clairement et fréquemment exprimée lors des réunions communautaires. De fait, en se promenant dans une réunion communautaire, on rencontrait parfois, dans les premiers temps, un groupe de soignants assis comme des spécimens zoologiques empaillés, qui possédaient certainement une signification classificatoire, mais qui ne savaient pas très bien comment leur réalité humaine entrait en relation avec celle de « leurs patients ». Le personnel était en fait très soigneusement choisi parmi les infirmiers de l'hôpital et c'étaient les meilleurs que nous puissions trouver, mais leurs difficultés, comme je l'ai dit, étaient immenses.

Cela exprime bien l'état où l'unité se trouvait généralement. Les soignants ne pouvaient avancer dans la réalité de ce qu'est une communauté qu'en sacrifiant leurs moyens d'existence ou au moins en les compromettant de façon très sérieuse. Nous avons navigué dans cette zone frontière menaçante entre patients et soignants, folie et santé. Quand nous suggérâmes que les patients libérés de l'unité pourraient être en fait les meilleurs infirmiers qui soient, au moins dans un des aspects de ce travail, la réponse officielle fut loin d'être

prometteuse. En réalité, la possibilité d'employer ces gens était écartée par principe. Parmi les arguments favoris de ce refus, on exprimait l'opinion que ces gens ne seraient pas suffisamment « stables » pour lutter contre les « tensions » du métier d'infirmier en psychiatrie. Bien que j'aie mis ces tensions entre guillemets, elles sont réelles, mais pas dans le sens où les infirmiers et les médecins traditionnels croient qu'elles le sont. Ce n'est pas un problème de conflit entre un certain nombre de paquets de muscles déterminés /150/ et il ne s'agit certainement pas non plus de l'aptitude des infirmiers à se poser comme tels et ensuite à classer les patients, c'est-à-dire à les ordonner selon un quelconque schéma métaphysiquement, sinon physiquement, violent. La vraie difficulté pour les membres du personnel est de se confronter avec eux-mêmes, de faire face à leurs propres problèmes, leurs troubles, leur folie. Chacun d'eux risque de rencontrer le fou en lui-même. L'équilibre conventionnel établi par l'extériorisation de la violence des psychiatres et des infirmiers (qui agissent par délégation du « public ») sur les patients ne peut plus rester à l'abri des critiques par cela seul qu'il est passé sous silence. Il fait naître le problème social majeur de l'hôpital psychiatrique, en établissant une subtile et complexe collusion avec la famille du patient et, à travers cette dernière, avec l'ensemble des autorités de la santé mentale.

Aujourd'hui les jeunes psychiatres et les jeunes infirmiers commencent à être irrités de ce rôle qu'on leur impose, où ils jouent les policiers pour le reste de la société. Mais parmi ces jeunes, très peu ont en fait assimilé complètement la leçon de l'autocritique. Ils trouvent généralement une issue dans un ajustement, une semi-compromission avec les besoins sociaux. La formation psychanalytique introduit un élément de rigueur mais juste assez pour satisfaire les besoins de la situation, qui sont de fait très grands.

Les hôpitaux psychiatriques ont été inventés pour « surveiller » ou (dans ces moments de plus grande imprudence) pour « guérir » les malades. Si la « maladie » est remise en question et si le principe qui consiste à isoler un patient d'un système familial tout à fait malade en son ensemble est dénoncé comme une illusion, nous entrons dans une période de doute radical.

« L'expérience » de l'unité a eu un « résultat » et une « conclusion » certains. Le résultat, c'est l'établissement des limites du changement institutionnel, limites qui se révèlent être très rapidement atteintes en vérité — même dans un /151/ hôpital progressiste. La conclusion est que si une telle unité doit se développer plus avant, ce développement doit se faire hors du cadre de la grande institution — qui a été physiquement repoussée hors de la communauté, matrice des mondes familiaux où naissent ses vrais problèmes et où repose leur réponse. Précisément, le personnel qui travaille dans l'unité doit être libéré du système hiérarchisé, paternaliste, de domination par catégorisation. L'unité doit en dernier ressort devenir un endroit où les gens choisissent de venir afin d'échapper, avec une aide authentique, à l'inexorable processus d'invalidation qui les écrase « au-dehors ». Elle doit devenir cela plutôt qu'un endroit au moyen duquel « les autres » se débarrassent de façon détournée de leur propre violence à peine entrevue, par un sacrifice humain, médicalement certifié, aux dieux d'une société apparemment déterminée à se laisser couler et à se noyer dans la boue de ses illusions.

Nous avons nourri de nombreux rêves à propos de la communauté psychiatrique, ou plutôt anti-psychiatrique idéale, mais je crois que nous avons maintenant suffisamment décrit par un processus de démythification, la vraie nature de la folie psychiatrique et suffisamment étudié nos besoins pratiques, pour faire un pas en avant.

Et un pas en avant signifie, en fin de compte, un pas en dehors de l'hôpital psychiatrique, un pas vers la communauté.

/153/

6

En outre

/155/ Geoffrey H, récemment diplômé de Cambridge, vint me rendre visite à l'hôpital. Après quelques heures, il trouva le chemin du « foyer » où des patients de tous les services se réunissaient pour participer à des jeux organisés et pour danser. Comme cela ne pouvait manquer d'arriver, un patient en traitement de longue durée s'approcha de lui et lui posa cette question remarquable : « Hello, êtes-vous ici ? » La signification de cette question repose dans la perception qu'a le patient de la différence entre soignants et patients. Les patients sont « ici », à l'intérieur ; les soignants ne sont pas ici : ils vont et viennent mais, même s'ils vivent dans l'enceinte de l'hôpital et passent la majeure partie de leurs loisirs au foyer du personnel, ils sont essentiellement des gens de l'extérieur. Qu'on apprécie cette question avec la violence qu'elle fait au sens ordinaire : « êtes vous ici ? », et qu'on médite la dialectique particulière entre « ici » et « là ». Celui qui est ici n'a pas toute sa raison³⁴. Réciproquement, celui qui n'est pas ici est quelqu'un qui l'a, c'est-à-dire qui n'est pas ici, qui n'existe pas dans les circonstances effectives précédentes. Geoffrey me rapporta ses impressions d'un hôpital psychiatrique en ces termes : des masses compactes mais amorphes de patients dérivant dans le parc, faisant /156/ des mimiques, gesticulant, lançant des injures et des appels — dans le vide —, des soignants passant comme des ombres, engagés, si l'on peut employer un terme aussi concret, dans des conversations joyeuses ou des discussions sérieuses avec des patients et leurs collègues du personnel : cet homme donne à un autre une claque dans le dos, mais le dos n'est pas là, ni la main.

Si la réification des personnes, l'opération très commode par laquelle des personnes se transforment en les objets qui les entourent ou qui s'opposent à eux, est poussée au-delà d'un certain point critique, nous constatons que tout ce qui reste est un étalage d'objets perfectibles à l'infini et d'absences humaines. Un infirmier chef avec lequel j'ai récemment parlé, dans un autre hôpital, était préoccupé par « l'amélioration » de ses services. En poursuivant la conversation, je découvris que l'aspect humain de ses services et ce que les gens faisaient les uns avec les autres était loin d'être au centre de son anxiété. Il se tracassait à propos des lits, de leur espacement, de la disposition des couvre-pieds, de la qualité de la nourriture (son idéal, assez raisonnablement, étant des côtelettes de mouton grillées avec de la sauce Worcester et des chips), mais, par-dessus tout, il se souciait de l'état des cabinets. Cet homme qui avait réalisé une vision idéale du monde à travers son anus, une vision excrémentielle parfaite, systématiquement épurée, avait décidé que des cuvettes chromées et le chauffage central seraient installés dans les W.C. de l'un des services les plus encombrés consacrés aux traitements de longue durée. Des miroirs en angle permettraient aux utilisateurs de l'endroit de se voir et de contrôler, en particulier, la fermeture de leur braguette à travers les yeux d'un autrui parfaitement désincarné.

Cet infirmier chef n'était en rien moins heureux que d'autres, qui sont engagés dans la hiérarchie ambiguë de la division psychiatrique du ministère de la Santé publique. Le bon ordre par la force est le mot clé qu'on ne prononce jamais en vain. Le surveillant d'un autre hôpital, possédant un /157/ taux impressionnant de libération de patients schizophrènes, me dit récemment qu'il administrait à tous les schizophrènes récemment admis dix ou vingt

³⁴ Jeu de mots intraduisible en français. *To be not all there* veut dire littéralement « n'être pas ici » et, en langage familier, correspond à « avoir un grain, être cinglé ». D'où l'ambiguïté de l'opposition entre « être ici » et « ne pas être ici ».

électrochocs de routine, parce qu'autrement son personnel aurait été incapable de lutter à armes égales contre un comportement aussi dérangé ; surtout, il aurait perdu confiance en sa capacité d'aider au traitement des patients. Il avait obtenu par ce moyen des personnages très présentables pour une libération anticipée, et moins fréquemment soumis à réadmission (ce qui arrivait effectivement à ses malades pendant leurs admissions et entre elles, était tout simplement considéré comme une question incongrue, peut-être même déplacée). Encore cet homme ne peut-il se comparer à un autre surveillant médical, d'un autre pays du Commonwealth, qui venait à l'hôpital en pyjama et robe de chambre tous les jours avant 8 heures du matin pour administrer un traitement électro-convulsif à trente ou quarante patients et prendre ainsi un bon départ pour la journée. Il revint même une fois de ses vacances en Suède pour donner une vingtaine de chocs rapides à des patients sélectionnés, avant de reprendre l'avion pour achever ses vacances avec la conscience tranquille. Et cet autre infirmier chef, qui conjurait les médecins d' « attaquer » (le terme est de lui) les patients par le traitement, n'avait dans son expérience rien de comparable avec le psychiatre qui prescrivait, dans un style fleuri, une seconde, troisième, ou même quatrième lobotomie (découpage d'une tranche de cerveau) pour débarrasser son patient de la maladie qu'il sentait en lui. Certains psychiatres possèdent des appareils à électrochocs pour enfants, avec des électrodes miniatures, et aux Etats-Unis on a même réalisé des lobotomies sur des bébés qui criaient trop — ou pas assez. Le besoin d'uniformité semblerait illimité, n'était ce fait remarquable que la psychiatrie « avancée » (ou plutôt néolithique) peut même produire une uniforme non-uniformité et cela jusqu'au enième degré du méta-jeu.

Je crois que la difficulté principale se trouve dans l'idée qu'il faut « traiter » les patients. Traiter est un terme si /158/ ambigu : on traite du pétrole brut, des cuirs, des aciers ou des patients. On parle généralement de traiter chimiquement des matériaux bruts afin qu'ils aient meilleur goût, qu'ils soient plus utiles ou qu'ils durent plus longtemps. Traiter est essentiellement une perversion mécanique des idéaux médicaux, qui s'oppose de bien des manières à la tradition authentique de la guérison.

En psychiatrie, le fétichisme du Traitement a eu de graves conséquences destructrices. Des articles sont publiés dans la presse médicale, proclamant les bons résultats obtenus par des traitements qui jouissent d'un succès de mode passager. Des psychiatres annoncent à la télévision que des crises de schizophrénie peuvent être traitées en tant de semaines, mais le critère de l'amélioration reste tout à fait obscur. Pour certains, le simple fait qu'un patient soit libéré de l'hôpital ou qu'il n'y soit pas réadmis dans l'année qui suit sa libération semblerait indiquer au moins un degré de guérison. Ou encore la capacité à conserver un travail hors de l'hôpital. Ou un changement dans le patient, tel que le psychiatre ne détecte plus en lui ses premiers « symptômes ». J'ai essayé de montrer dans les chapitres précédents que ces prétendus symptômes sont généralement des formes intelligibles de comportement, et j'ai bien peur que la simple suppression des symptômes à l'aide de drogues et d'électrochocs ne produise souvent, en réalité, rien d'autre qu'une situation de moindre intelligibilité et de moindre vitalité dans l'existence du patient.

Traiter, c'est être intéressé à rendre le patient plus acceptable pour les autres, afin que ceux-ci (y compris les médecins et les infirmiers) soient moins anxieux à son propos, et à lui faire manifester de moindre façon sa détresse. Guérir au contraire, c'est essayer d'aider les personnes qui, dans une mesure variable, sont fragmentées, à retrouver leur unité. Pour certains moments, dans certaines situations de la vie, se fragmenter peut être une précondition nécessaire à un processus de renouvellement. La détresse et l'angoisse aussi peuvent être nécessaires à la croissance personnelle. Une intervention pré- /159/ maturée par un traitement psychiatrique peut arrêter ou distordre ces processus. Il est, à mon avis, indéfendable de recourir à des arguments économiques en réduisant le nombre de lits d'hôpitaux pour justifier cette forme de rudesse thérapeutique. La « schizophrénie » engage toute la vie d'un individu,

ce n'est pas une « attaque » ou une « dose » de quelque chose de nocif. Notre tâche de psychiatres est d'abord d'autoriser, et ensuite d'aider, le patient à renaître à la vie comme individu à travers le processus de déstructuration et de restructuration de son monde intérieur.

Nous avons vu des personnes, dans une situation de non-intervention, connaître une désintégration progressive pendant des semaines et des mois et ensuite se réunifier graduellement. Nous avons également vu les effets désastreux de traitements physiques administrés inconsidérément et de l'intervention bureaucratique, par exemple le transfert forcé de patients très troublés, d'un service ouvert en un service fermé, à des moments critiques où la continuité de l'environnement humain est essentielle. De telles ruptures ont souvent conduit les patients à s'arrêter à un certain « niveau de régression » : et pendant que le malade est ainsi fixé, on fait des efforts pour le socialiser à ce niveau, pour produire en lui une conformité non gênante au maximum.

Une chose que j'ai sans cesse constatée au Pavillon 21, est l'étonnante *réalité* des jeunes patients schizophrènes. Passer d'une réunion de comité formelle à un groupe de notre service, c'est passer d'un monde où les participants sont totalement éloignés de leurs propres systèmes de fantasmes et de réalités intérieures, un monde de réalité rétrécie, à un monde plein de surprises, plein des secousses de la venue au monde. Peu de sujets dans le Pavillon avaient un talent fort et organisé, mais il y avait une sorte de génie diffus et fragmenté, quelque chose situé peut-être plus *entre* les gens qu'*en* eux.

Un jeune homme créa un incident dans l'église de l'hôpital. Il avait été obsédé pendant deux ans par la signification du péché contre le Saint-Esprit : il décida un jour de pousser /160/ ses recherches dans ce qui lui semblait être l'endroit le plus indiqué. Ce jeune homme barbu, à l'aspect sauvage, se cacha derrière l'autel, et quand les fidèles furent installés pour la routine du culte, il bondit hors de sa cachette en poussant un cri de terreur à vous glacer le sang. Ce qui aurait pu être une expérience spirituelle rare se termina entre deux larges infirmiers qui le reconduisirent dans le service et le couchèrent. Ou encore David — qui était allé à un match de football. Le lendemain, je lui demandai s'il y était allé seul ou accompagné : « Oh non, j'y suis allé tout seul, avec quelques amis. » Ou Henry — qui avait eu des visions de l'union mystérieuse des roses rouges et des roses roses et qui avait pensé que le temps s'était arrêté et qu'ensuite les aiguilles des montres s'étaient mises à tourner à l'envers jusqu'à ce qu'il se trouve en train de se noyer dans le limon préhistorique ; ce parfait idiot dostoïevskien de seize ans dit un jour à une infirmière : « Je ne me soucie jamais qu'on me tourne en ridicule, tant qu'un enfant ne rit pas de moi. » Je me souviens d'avoir pensé que les schizophrènes étaient les poètes étranglés de notre époque. Il est peut-être temps que nous, qui devrions les guérir, retirions nos mains de leur gorge.

J'ai mentionné ces exemples de ce qui se passe dans un hôpital psychiatrique pour illustrer un problème qui se pose à nous dès que nous envisageons des développements futurs. A présent, on fait de grands efforts de planification dans les services psychiatriques. Cette planification s'appuie sur des statistiques (souvent démenties) concernant, par exemple, la durée du séjour des patients à l'hôpital et le passage d'un type de traitement effectué dans de grands hôpitaux psychiatriques à un type de traitement réalisé dans de petites unités insérées dans des hôpitaux généraux. Ce dont on manque, c'est d'une compréhension concrète du problème, d'une intelli- /161/ gence de ce qui se passe réellement chez les patients. Ainsi, dans le cas de jeunes patients schizophrènes, le traitement en des unités au sein d'hôpitaux généraux tendrait simplement à renforcer le modèle médical, avec son inévitable mystification et son invalidation du patient : « Vous ne pouvez pas réellement vous sentir ainsi, vous êtes simplement malade. » Le voisinage d'infirmiers aux attitudes hautement ritualisées ne pourrait également que rendre plus difficile le travail de ceux qui ne souhaitent pas se réfugier dans le rituel.

D'un autre côté, se rencontre la difficulté de faire valider dans les formes officielles le travail fait dans une unité comme celle que j'ai décrite dans ce livre. Toute obstination à faire travailler les patients, à les faire sortir de l'hôpital et à les faire rester au-dehors aussi longtemps que possible — par tous les moyens — pour le simple plaisir de les faire rester au-dehors de l'hôpital, va à l'encontre de tous les efforts que l'on fait pour comprendre ce qui se passe. Il faut du temps pour comprendre et les patients ont certainement besoin de temps pour apprendre à vivre avec les fruits de leur compréhension.

Il n'y a jusqu'ici pas de méthodologie acceptée par les sources officielles du pouvoir et les responsables des publications médicales, selon laquelle on puisse simplement, mais soigneusement et avec un maximum de clarté, décrire et évaluer les transformations survenues dans l'expérience et le comportement d'une personne ou d'un groupe. La demande porte toujours sur la quantification, même falsifiée, trompeuse et hors de propos. Je prétends — et j'ai donné mes raisons dans l'Introduction — que la nature d'événements tels que ceux que j'ai décrits ici ne peut entrer de force dans ce faux cadre.

Il faut tout d'abord une situation de plus grande autonomie, dans laquelle un personnel qui est préparé, à la fois au sens actif et au sens passif du terme, peut mener à bien son travail. J'ai montré quelques-unes des difficultés qu'il y a à travailler dans un contexte traditionnel. Je ne pense pas que la solution /162/ tienne simplement dans une séparation géographique d'avec l'environnement hospitalier plus traditionnel — en fait, cela n'est absolument pas essentiel. Ce dont nous avons besoin, toutefois, c'est d'un degré d'indépendance suffisant, puisque ce n'est que sur cette base que les patients, avec notre assistance ³⁵, peuvent se renouveler eux-mêmes pour parvenir à un état de plus grande plénitude et par conséquent de plus grande autonomie.

J'ai abordé ces problèmes de l'autonomie en usant de certains moyens nécessairement artificiels : par exemple, en ayant deux sortes d'infirmiers. D'un côté, des infirmiers formés dans l'esprit traditionnel, qui, en dehors de leur courage et de leur intégrité, étaient qualifiés pour notre unité parce qu'ils possédaient à un très haut degré une conscience instinctive des exigences de la confrontation physique. C'était parfois des personnes issues de la classe ouvrière de Glasgow ou de Liverpool et qui avaient appris dès leurs premières années à manipuler l'agression, à ne pas intervenir prématurément dans la panique, mais également à maîtriser au bon moment quelqu'un de violemment agité sans le blesser. D'un autre côté, j'introduisais comme thérapeutes sociaux (payés comme infirmiers assistants) de jeunes hommes sensibles, souvent sortis de l'université (et souvent considérés par le personnel régulier comme un peu fous, sinon tout à fait vicieux), qui pourraient, sans avoir à se soucier de leur avenir d'infirmiers, se permettre d'approcher de très près l'expérience des patients désintégrés. Si, toutefois, nous visions à réaliser un état de plénitude chez tous, cette sorte de morcellement subtil des rôles ne saurait être souhaitable.

Je crois que ceux qui s'engagent dans notre voie en abandonnant délibérément la plupart des défenses du personnel traditionnel sont de courageux pionniers. La société est peut-être tout juste prête à accepter et même à aider une telle innovation, mais il y a des présages qui vont dans ce sens. /163/ Nous ne sommes plus à l'époque où un bon sens simpliste semblait adéquat aux paradoxes contournés du voyage intérieur d'un homme. Je laisserai le lecteur méditer la dense ironie de Pascal : « Trop de lumière obscurcit l'esprit ³⁶. »

³⁵ Ou, bien sûr, « nous », avec « leur » assistance.

³⁶ Phrase modifiée ultérieurement, par une faiblesse inhabituelle, en : « Trop de lumière éblouit l'esprit » (édition Brunschvicg des *Pensées et Opuscules*, section II, p. 353, note 6).

/165/

La question des résultats
Addendum ironique

/167/ Lorsqu'on essaie d'apprécier les « résultats » d'une expérience comme celle du Pavillon 21, on peut suivre deux méthodes. La première — et c'est la méthode traditionnelle — aboutit à une série de propositions exprimant des relations quantitatives, dont la présentation statistique est impressionnante, mais qui se révèlent soit dépourvues de sens, soit trompeuses, quand on considère ce qui est réellement arrivé aux personnes concernées. La seconde méthode est un essai de description phénoménologique des changements intervenus dans la complexité des mondes intérieurs et extérieurs des personnes, ces changements étant comparés avec d'autres changements possibles, définis préalablement comme désirables ou indésirables. Le point important étant qu'ici on se préoccupe de l'expérience réelle de personnes réelles et des champs individuels de possibilités.

L'approche phénoménologique ne signifie pas qu'on ne peut pas atteindre le niveau de la généralisation ; mais bien qu'il est nécessaire de commencer par le particulier et le concret avant d'aborder l'abstrait et le général. Cette approche, toutefois, ne rencontre pas une approbation unanime dans les journaux médicaux et scientifiques (voir les remarques de notre Introduction). De nombreuses « autorités », parmi les chercheurs en sciences humaines, semblent victimes d'un besoin obsessionnel de réduire la réalité des transactions entre personnes à des abstractions globales qui cachent plus qu'elles ne dévoilent.

En dépit de cela, il y a, me semble-t-il, des raisons, straté- /168/ giques, d'évaluer le travail jet selon l'un des critères « d'amélioration » les moins douteux en psychiatrie, à savoir la tendance chez les patients à n'être pas réinternés dans l'intervalle d'un an après leur sortie. C'est pourquoi j'ai placé dans l'appendice qui suit un tableau des résultats obtenus avec des schizophrènes par l'application d'une thérapie orientée sur la famille, tableau établi en collaboration avec le Dr A. Esterson et le Dr R. D. Laing. Je ferai cependant remarquer que ces résultats se réfèrent ³⁷ à une série de patients schizophrènes admis consécutivement en 1962. Ils ne donnent pas une image complète du Pavillon 21. Cela, pour une part, parce que près d'un tiers des patients du Pavillon n'étaient pas diagnostiqués schizophrènes : c'était tout banalement des « troubles émotifs de l'adolescence » ou « un comportement perturbé ». De plus, pendant les deux dernières années, les patients sortis furent activement encouragés à éviter d'avoir à l'extérieur des crises qui pourraient les faire invalider et, pour cela, à demander une réadmission informelle dans l'unité, souvent pour un jour ou deux seulement.

RÉSULTATS D'UNE THÉRAPIE
ORIENTÉE SUR LA FAMILLE, DANS LE CAS
DE SCHIZOPHRÈNES HOSPITALISÉS

Ce rapport présente des résultats d'une thérapie orientée à la fois sur la famille et sur le milieu, appliquée à des schizophrènes hospitalisés dans deux hôpitaux psychiatriques /169/ de la banlieue londonienne. Durant les dix dernières années, le milieu familial des schizophrènes a été activement étudié, aux Etats-Unis (par exemple, Bateson *et al.*, 1956 ; Lidz *et al.*, 1958 ; Wynne *et al.*, 1958), et par nous-mêmes (Laing et Esterson, 1964). Ces études, qui ont montré

³⁷ Au moins en ce qui concerne les patients hommes dans cet échantillon — les femmes n'étaient pas au Pavillon 21, mais dans un autre hôpital.

comment la personne diagnostiquée schizophrène était prisonnière de schémas de communications gravement perturbés et perturbants, ont des conséquences importantes sur le plan de la prévention, du traitement et des soins ultérieurs.

Un des résultats de ce travail, ainsi que des travaux de psychothérapeutes ayant eu l'expérience de relations prolongées avec des schizophrènes, a été de jeter un doute croissant sur la conception qui veut que la schizophrénie soit un syndrome médical ou une entité, en quelque sens qu'on entende couramment ce terme dans la pratique médicale ordinaire. Ce travail a également rationalisé une forme de thérapie qui ne met pas l'accent sur le patient individuel, mais sur le groupe ou sur le système de communications auquel il appartient, que ce soit dans sa famille ou à l'hôpital psychiatrique.

Principes méthodologiques

Les détails de notre méthode d'étude et de traitement des familles ou des groupes auxquels appartiennent les personnes diagnostiquées schizophrènes, seront décrits dans des publications ultérieures.

Voici, brièvement, les principes que nous avons suivis :

1. Mise en lumière et dénouement systématiques des schémas de communications considérés comme « schizogènes » au sein de la famille.
2. Mise en lumière et dénouement des mêmes schémas /170/ de communications tant entre patients qu'entre soignants et patients.
3. Continuité du personnel en relation avec la famille pendant et après le séjour du patient à l'hôpital.
4. Nous n'avons eu recours à aucun des prétendus traitements de choc, pas plus qu'à la lobotomie. Les patients ont reçu des doses de tranquillisants relativement faibles. Ainsi, aucun patient homme n'a reçu plus que l'équivalent de 300 mg de chlorpromazine et 25 % des patients n'ont reçu aucun tranquillisant. Moins de 50 % des femmes et 15 % des hommes ont reçu des tranquillisants pendant la période ultérieure.

Un schizophrène interné dans un hôpital est handicapé, à un plus ou moins grand degré, pour ce qui est de son aptitude à vivre dans les conditions sociales ordinaires. Il est nécessaire de lui fournir une insertion sociale qui tienne compte de cela. En conséquence, nous avons réorganisé les services qui nous étaient confiés afin de créer un contexte humain à l'intérieur duquel seraient évitées, dans la mesure du possible, ces transactions dont nos études ont montré qu'elles pouvaient précipiter un comportement psychotique. Dans ce contexte on assurait à chaque patient une relation avec au moins une autre personne significative pour lui. Cette relation était aussi constante et sûre que possible.

A cette fin, nous avons formé une équipe de thérapeutes sociaux, sélectionnés dans le personnel infirmier — est un thérapeute social quiconque se propose d'établir avec le patient une relation de confiance constante. Nous avons également utilisé les patients eux-mêmes comme thérapeutes sociaux.

Le thérapeute social doit être prêt à tirer parti de n'importe quelle situation pour établir une relation avec un patient. Il doit être franc et honnête à tout moment, prêt à discuter honnêtement de n'importe quel sujet, qu'il se sente ou non concerné, et à reconnaître franchement son anxiété s'il se /171/ trouve incapable de discuter d'un sujet quelconque. Cette attitude, pensons-nous, est déterminante, que ce soit en privé ou en groupe, pour dénouer les réseaux de communications mystificateurs qui enserrant le patient.

Sélection

Notre série est composée de quarante-deux patients, vingt hommes et vingt-deux femmes, âgés de quinze à trente-cinq ans, provenant de deux hôpitaux psychiatriques de la région londonienne. Les patients ont été choisis parmi des patients hospitalisés consécutivement pour schizophrénie, selon les critères suivants (qui étaient les mêmes pour les hommes et pour les femmes) :

1. Ils devaient avoir été diagnostiqués schizophrènes³⁸ par au moins deux psychiatres principaux ne faisant pas partie de notre équipe, et être considérés comme tels par le personnel.
2. Ils ne devaient pas être, ou avoir été, touchés par aucune de ces atteintes organiques (blessure au cerveau, épilepsie) qui sont susceptibles d'affecter les fonctions qu'on considère perturbées chez les schizophrènes.
3. Ils ne devaient pas être d'une intelligence manifestement inférieure à la normale.
4. Aucun ne devait avoir subi d'opération d'aucune sorte sur le cerveau.
5. Aucun ne devait avoir reçu plus de cinquante électro- /172/ chocs dans l'année précédant le début du traitement, ni plus de cent cinquante électrochocs en tout.
6. En ce qui concerne la famille, un des parents au moins devait être en vie, et disponible pour l'entretien. Les patients pouvaient avoir ou non des frères et sœurs, être mariés ou célibataires, avec ou sans enfants. Ils pouvaient vivre dans leur famille ou seuls. Aucun patient, aucune famille ne refusa de coopérer. Une seule femme, qui satisfaisait à tous les autres critères, fut éliminée à cause de ses parents, qui vivaient trop loin (en Ecosse) et étaient trop faibles pour voyager. Elle fut transférée dans un hôpital situé plus près d'eux, selon la coutume administrative. Deux de nos patients avaient été initialement hospitalisés dans d'autres régions du pays et avaient été transférés dans nos hôpitaux afin de se trouver plus proches de leurs familles. Cela en vertu d'une procédure administrative régulière et non par une conséquence de notre recherche. Un seul homme qui satisfaisait à nos critères fut éliminé parce que ses deux parents étaient morts. Il est probable que l'âge moyen, assez bas, de nos patients, s'explique par la nécessité de satisfaire à cette dernière condition.

Les patients sélectionnés étaient par ailleurs homogènes, sur le plan clinique, avec les schizophrènes admis dans les deux hôpitaux³⁹.

/173/ Résultats

Nos résultats sont les suivants :

Tous nos patients quittèrent l'hôpital dans l'année qui suivit leur internement. Sept d'entre eux (soit 17 %) ont dû être réadmis environ une année après. La durée moyenne du séjour fut de trois mois. Nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les hommes et les femmes à cet égard, pas plus qu'entre ceux qui vivaient chez eux, et ceux qui étaient dans des meublés, à l'hôtel, etc.

³⁸ Le problème du diagnostic, qui entre évidemment dans tout rapport sur la schizophrénie, est extrêmement ardu, car il n'y a pas de critères généralement acceptés, ni de mesure sûre, à l'échelle régionale, nationale ou internationale. Sur ce point, voir Kreitman (1961) et Laing et Esterson (1964).

³⁹ 24 % de la totalité des patients admis dans l'un des hôpitaux pendant la durée de cette recherche furent diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie, de paranoïa ou d'états paranoïaques. Ceci est comparable aux chiffres (24 % également) des hospitalisations, sous ces trois rubriques fournis par le Bureau général d'enregistrement pour la zone régionale métropolitaine du nord-ouest en 1958. Les chiffres pour les années suivantes ne sont pas encore publiés. L'impossibilité d'établir les critères, cliniques ou sociaux, sur lesquels le diagnostic se fonde, et de donner le pourcentage d'admissions diagnostiquées comme schizophrènes, fait qu'il est bien souvent impossible d'évaluer les rapports sur ce sujet.

Trente-trois patients furent rendus à leurs familles, les autres allèrent vivre dans des meublés, à l'hôtel ou ailleurs. Parmi les sept patients réadmis, quatre vivaient chez eux, trois ailleurs. Encore une fois, nous n'avons trouvé aucune différence entre les sexes sur ce point.

Trente-deux patients prirent du travail après leur sortie de l'hôpital. Vingt-six travaillèrent pendant toute l'année qui suivit leur sortie ; deux travaillèrent moins d'un an, mais plus de six mois. Là non plus, aucune différence significative entre les sexes.

Vingt des patients étudiés en étaient à leur premier internement, treize hommes et sept femmes. Des vingt-deux patients antérieurement internés, sept étaient des hommes et quinze des femmes. Trois des sept patients qui furent réadmis en étaient à leur premier internement ; les trois étaient des femmes.

/174/

PATIENTS RÉADMIS * UN AN APRÈS LEUR SORTIE.

	<u>Sortis</u>	<u>Réadmis</u>	<u>%</u>
Hommes	20	2	10 %
Femmes	22	5	23 %
Total	42	7	17 %

* *Réadmis signifie réadmis dans n'importe quel hôpital ou unité psychiatrique. En fait, aucun ne fut réadmis ailleurs que dans nos services, pendant la période en question.*

Appréciation

En général, l'appréciation des résultats d'un traitement psychiatrique présente de grandes difficultés théoriques et méthodologiques. Et cela tout particulièrement pour la schizophrénie. Il n'existe pas de méthode généralement admise pour apprécier les résultats d'un traitement de la schizophrénie, pas plus qu'il n'y a d'indices généralement admis de la morbidité ou de critères des soins.

Le taux de réadmission est peut-être le critère le plus répandu de l'efficacité persistante du traitement, et de nombreux travaux utilisant ce critère ont été publiés aux U.S.A. Ils font état de taux de réadmission variant considérablement. Une étude sur l'usage de la chlorpromazine menée par Tuteur (1959) a montré que 20,4 % des patients libérés /175/ retournaient à l'hôpital dans l'intervalle de trois ans, tandis que Pollack (1958), dans une autre étude sur la chlorpromazine, rapporte que sur 716 patients libérés, 19 % étaient réadmis. Dans un groupe traité avec des tranquillisants et par des entretiens psychothérapeutiques mensuels, Mendel et Rapport (1963) ont constaté que 21,6 % étaient réadmis dans l'intervalle d'un an. Free et Dodd (1961) dans leur étude de 596 patients, divisés en un groupe dit de contrôle (non surveillé régulièrement) et un groupe de surveillance (soumis à des visites régulières), constatèrent que 3,51 % des patients du premier groupe et 14,6 % du second étaient de retour après un an de libération. Récemment, Orlinski et d'Elia (1964), dans un rapport sur 13 036 schizophrènes sortis, ont constaté que 45,5 % de ceux qui n'avaient pas été placés sous surveillance et 25,7 % de ceux qui l'avaient été, avaient été réadmis dans l'intervalle d'un an.

Malheureusement, peu d'études comparables ont été publiées dans notre pays et il n'y a pas de chute significative dans les chiffres du Bureau général d'enregistrement.

Un rapport fait par Renton *et al.* (1963), qui suivit 132 schizophrènes des deux sexes, a montré que 18 % d'entre eux furent réadmis ou se suicidèrent dans l'intervalle d'un an. Tandis que récemment Kelly et Sargant (1965), dans un rapport sur quarante-huit schizophrènes des deux sexes traités par diverses combinaisons de ECT, de forme modifiée de coma insulinique profond, et de phénothiazines, ont montré que, sur une période de deux ans, 42 % étaient réadmis au moins une fois et 6 % lobotomisés. Cependant ces deux groupes ne peuvent pas être comparés au nôtre. En dehors du fait que, par exemple, le groupe étudié par Renton et ses collègues contient des patients âgés de plus de soixante-cinq ans, des problèmes d'échantillonnage tendent à rendre toute comparaison délicate. Ainsi, dans le cas de l'étude de Kelly et Sargant, on ne dit pas quels ont été les critères de sélection, et il ne semble pas que le diagnostic ait été vérifié par un autre psychiatre, que ce soit indépendamment /176/ ou sur accord. Dans le rapport de Renton et de ses collègues, le groupe était sélectionné parmi des patients hospitalisés dont les diagnostics enregistrés étaient désordres schizophréniques, numéros 300-0 à 300-7, et paranoïa ou états paranoïaques, numéro 303, dans la classification internationale des maladies. Ceux qui satisfaisaient aux critères diagnostiques des chercheurs furent choisis sur examen des dossiers. Un nombre non spécifié de patients, tous diagnostiqués initialement à partir d'un examen clinique, furent ainsi exclus. De plus, il n'est pas dit si la décision d'exclusion fut vérifiée par accord ou autrement. Ainsi, le groupe peut ne pas être représentatif des patients normalement diagnostiqués comme schizophrènes dans un hôpital. Cela peut avoir joué un rôle sur le fait que le groupe connut deux suicides.

Cependant, l'équipe du Conseil de la recherche médicale du Maudsley a publié quatre articles qui offrent certains points de comparaison. Wing *et al.* (1959), en un rapport sur un groupe de 158 schizophrènes admis dans un hôpital de Londres en 1955-56 et libérés dans l'intervalle de deux ans, ont montré que 19,4 % des hommes et 30,9 % des femmes étaient réadmis dans les deux ans qui suivaient leur sortie. Cependant ces chiffres n'enregistrent que les réadmissions opérées dans le même hôpital. Un autre rapport du C.R.M., par Brown *et al.* (1961), a montré, entre autres choses, que, sur 625 schizophrènes des deux sexes admis dans trois hôpitaux mentaux en 1956 et sortis avant deux ans, 64 % étaient réadmis dans les trois ans qui suivaient leur admission principale.

Plus récemment, la même équipe (Brown *et al.*, 1962, Wing *et al.*, 1964) a fait un rapport sur un groupe de schizophrènes de sexe masculin, provenant de huit hôpitaux psychiatriques londoniens, qui ont été suivis pendant un an après leur sortie. Sur les 128 patients, 41 % (étude de 1962) ont été réadmis avant un an. Quand le groupe fut réduit (à 113) par l'exclusion de ceux sur le diagnostic desquels les chercheurs éprouaient des doutes, le taux de réadmission /177/ resta substantiellement le même, 43 % (étude de 1964). Cependant ces quatre études non plus ne peuvent être rigoureusement comparées aux nôtres : les échantillons du CRM comprenaient des personnes âgées de plus de trente-cinq ans.

L'étude du CRM de 1964, à certains égards, se prête mieux à la comparaison, mais, encore une fois, des problèmes d'échantillonnage rendent celle-ci difficile. Par exemple, il est possible que les patients n'y représentent pas les personnes diagnostiquées schizophrènes par l'hôpital. Alors que dans notre étude le diagnostic de schizophrénie est établi de manière indépendante par au moins deux psychiatres peu de temps après l'admission, dans l'étude du CRM (1964) le diagnostic de l'hôpital, fait au moment de l'admission, alors que les symptômes étaient sans doute les plus marqués, fut corrigé dans 15 des 128 cas par l'une des équipes, qui vit le patient pour la première fois juste avant sa sortie. Ce diagnostic modifié ne fut pas confirmé par un autre psychiatre mais les quinze patients furent exclus des données finales.

Nous avons discuté de ces difficultés avec l'équipe du CRM et ils ont effectué une analyse supplémentaire de leurs données, pour trouver un groupe de patients libérés aussi comparable que possible au nôtre. Ces chiffres n'ont pas encore été publiés, mais l'équipe du CRM nous a aimablement autorisé à les reproduire dans ce rapport. Du groupe de 1956 (rapport de 1961), ils ont exclu les patients âgés de plus de trente-cinq ans et ceux qui étaient restés plus d'un an à l'hôpital, ne conservant ainsi que 374 hommes et femmes, parmi lesquels 193, soit 52 %, furent réadmis avant un an. Si dans ce groupe de réadmission on distingue entre hommes et femmes, et entre patients admis pour la première fois et patients ayant déjà été internés, nous trouvons les résultats suivants :

/178/

RÉADMISSIONS AVANT UN AN.
(patients nouvellement admis et préalablement admis).

	<i>Premières admissions</i>	<i>Réadmissions %</i>	<i>Admissions répétées</i>	<i>Réadmissions %</i>
Hommes	26	44 %	68	59 %
Femmes	30	42 %	69	56 %
Total	56	43 %	137	56 %

Si, autant que faire se peut, nous comparons ces résultats avec les nôtres, nous trouvons certains points intéressants, bien qu'il faille se montrer très prudent avant de tirer des conclusions générales.

Nous ne pouvons pas comparer la réadmission des hommes, le nombre des hommes réadmis dans notre échantillon étant trop bas. Cependant, si l'on compare le total des patients des deux sexes réadmis dans notre échantillon avec le nombre des hommes réadmis dans le rapport du CRM de 1964, nous constatons que 17 % de nos patients furent réadmis contre 43 % dans l'étude du CRM, et cette différence est statistiquement significative ($X^2 = 8,34$ p. < .005, en utilisant la correction de Yates). Puisque le pourcentage des réadmissions de femmes dans notre étude est plus du double de celui des hommes, ce chiffre peut aisément être rééquilibré contre nous.

12 % de la totalité des patients de notre groupe qui vivaient chez eux furent réadmis contre 44,4 % (hommes seulement) dans l'étude du CRM (1964). Cependant, le /179/ nombre total des patients réadmis est inférieur à cinq et par conséquent notre chiffre ne peut être considéré comme significatif sur le plan statistique, bien qu'une tendance se distingue ($X^2 = 8,99$ p. < 005, avec la correction de Yates).

Discussion

Dans ce rapport, nous ne prétendons pas que notre approche du problème de la schizophrénie soit la seule possible, ni même la meilleure. Nous tenons, en premier lieu, à montrer que cette forme de thérapie sociale orientée sur la famille, jusqu'à présent relativement négligée dans ce pays, est au moins efficace. Nous ne cherchons pas tant à

rogner des chiffres de pourcentage, qu'à montrer que nos résultats supportent favorablement la comparaison avec ceux obtenus par les autres méthodes.

En ce qui concerne les taux de réadmission, nos chiffres apparaissent sur le plan statistique considérablement inférieurs à la tendance nationale, dans la mesure où une telle tendance peut être évaluée. On peut suggérer que la raison pour laquelle un si faible nombre de nos malades sont retournés à l'hôpital tient à nos services de soins communautaires perfectionnés (hôtels de surveillance, etc.). En fait, deux seulement de nos patients s'installèrent à l'hôtel après leur sortie. Tous les autres retournèrent chez eux ou dans des meublés. Dans tous les cas, nous fournissions des soins post-hospitaliers qui étaient une extension de la thérapie familiale et qui consistaient essentiellement pour nous à rester disponibles pour une consultation, à quelque moment que la famille, le patient ou les praticiens généraux le demandent. Le nombre moyen de consultations par famille, dans

/180-181/

	ETUDE DU CRM						NOTRE ETUDE							
	Rapport de 1959 (groupe de 1955 *)			Rapport de 1961 (groupe de 1956)			Groupe de 1956 Communication personnelle			Rapport de 1962		Rapport de 1964		
	H	F	Total	H	F	Total	H	H	H	F	Total			
1. Taille du groupe	123	75	715											
2. Patients sortis à l'essai	103	55	625	176	198	374								
3. Réadmis avant le délai d'un an, %				53 %	50 %	52 %	128	113	20	22	42			
4. Réadmis parmi ceux vivant chez eux, %							41 %	43 %	10 %	23 %	17 %			
5. Réadmis parmi ceux vivant en meublés, à l'hôtel ou chez des frères ou des sœurs, %							45,7 %	44,4 %	6 %	19 %	12 %			
6. Travaillant plus de la moitié du temps pendant l'année suivant leur sortie, %							29,4 %	39,1 %	33 %	33 %	33 %			
7. Travaillant toute l'année suivant leur sortie, %								61,9 %	80 %	55 %	67 %			
8. 1 ^{re} admissions en groupe, sortis avant 2 ans, %	93,5 %	73,7 %	91 %						70 %	55 %	62 %			
9. Préablement admis, sortis avant les 2 ans suivant l'admission principale, %	77,9 %	73,2 %	86 %						100 %	100 %	100 %			
10. % du groupe qui sont en 1 ^{re} admission.	37,4 %	25,3 %	33 %						100 %	100 %	100 %			
11. Sortis à l'essai en 1 ^{re} admission, %				34 %	36 %	35 %			65 %	32 %	48 %			
12. % du groupe âgés de moins de 35 ans	52 %	42,7 %						25,7 %	65 %	32 %	48 %			
13. Age moyen en années du groupe									100 %	100 %	100 %			
14. Age moyen en années des patients sortis à l'essai									22,6	25,4	24,1			
									33,2	22,6	25,4	24,1		

* Groupe signifie groupe en admission principale.

/182/ l'année qui suivait la libération, était de trois. Cela allait de la conversation téléphonique à la discussion avec la famille au complet. Brown *et al.* (1962) font état d'une tendance significative à plus fréquente réadmission chez les patients qui retournent dans des foyers où ils ont un engagement émotionnel élevé avec un parent déterminant. Sur les cinq femmes réadmisées, deux ne vivaient pas dans leur famille et sur les deux hommes réadmis, un vivait en dehors de sa famille.

Quant à la situation des patients qui ne furent pas réadmis, 72 % des hommes et 70 % des femmes se montrèrent capables d'un ajustement social suffisant pour pouvoir gagner leur vie pendant toute l'année qui suivit leur sortie.

Les tendances sont nettes. Les schizophrènes se « rétablissent » très rapidement à l'hôpital. Cependant, la plupart d'entre eux doivent retourner dans le contexte social où ils ont connu leur première crise. Dans la plupart des cas, ce contexte social est la famille d'origine. Au moins 50 % des schizophrènes en première admission qui retournent dans leur famille d'origine, sont de retour à l'hôpital avant un an (si l'on en croit la tendance nationale). Le chiffre croît à mesure que l'engagement émotionnel avec un membre déterminant de la famille devient plus intense.

Pour des raisons socio-économiques, longtemps encore, les patients devront retourner dans leur famille et ils devront s'accommoder les uns des autres. Nous essayons d'aider le patient et sa famille à être moins perturbants l'un pour l'autre, par un travail intensif avec toute la famille, y compris le patient, pendant le séjour de ce dernier à l'hôpital. Après avoir quitté l'hôpital, peut-être ont-ils appris à mieux se comprendre les uns les autres et en sont-ils venus à penser que quelqu'un d'autre les comprend. Nous les encourageons à sentir que dans tout moment de crise ils peuvent faire appel à nous, pour une consultation familiale d'urgence, soit à l'hôpital, soit, là où les dispositions hospitalières le permettent, *dans leur propre foyer*. Au cours des cinq dernières années, ces quarante-deux familles nous ont appelé sept fois en tout. Nous avons procédé à des réadmissions dans deux cas. En temps ordinaire, le patient aurait probablement été réhospitalisé dans trois des cinq autres cas. Des cinq cas de réadmission qui restent, il s'agissait, dans l'un, d'une femme qui avait besoin d'un logement dans une pension, mais qui fut réadmise parce qu'elle n'en trouvait pas de disponible immédiatement, et les quatre autres cas furent hospitalisés sans que nous en ayons eu connaissance. Cela parce que nous devons travailler en consultation et en visites à domicile, système dans lequel : *a.* un psychiatre inconnu du patient pouvait le voir dans une visite de routine à la consultation ; *b.* la famille n'est habituellement jamais vue ; *c.* le psychiatre, s'il est appelé pour une visite domiciliaire, n'a aucune connaissance de la famille et n'a pas le temps d'en acquérir une.

Résumé

Vingt schizophrènes hommes et vingt-deux schizophrènes femmes ont suivi une thérapie, orientée à la fois sur la famille et le milieu, dans deux hôpitaux psychiatriques, avec un usage réduit de tranquillisants. Aucune psychothérapie individuelle ne fut faite. Aucun des soi-disants traitements de choc ne fut administré et nous n'avons pas eu recours à la lobotomie non plus. Tous les patients quittèrent l'hôpital dans l'année qui suivit leur admission. La durée moyenne de leur séjour fut de trois mois. Dix-sept pour cent furent réadmis dans l'année qui suivit leur sortie. Nos résultats sont discutés. Ils nous semblent établir au moins une première approche sérieuse pour une révision radicale de la stratégie thérapeutique employée dans la plupart des unités psychiatriques, en relation avec le schizophrène et sa famille. Cette révision va dans la ligne des développements en cours de la psychiatrie sociale au Royaume-Uni.

Remerciements : Nous tenons à exprimer ici notre reconnaissance aux psychiatres consultants des hôpitaux concernés, pour leur coopération à la réalisation de ce travail, et au personnel clinique et infirmier des deux hôpitaux, dont l'aide a été, bien sûr, inestimable.

Nous aimerions également remercier pour leurs précieuses critiques et leurs conseils, qui nous ont aidé dans la préparation de ce travail, le docteur E.J.M. Bowlby, le docteur G. W. Brown, le professeur G. M. Carstairs, le docteur C. M. Parkes, le docteur J. H. Patterson et le professeur T. Ferguson Rodger.

/185/

Bibliographie

PH. ARIES, *L'Enfant et la Vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, 1960, éd. Plon.

KENNETH L. ARTISS, *Milieu therapy in schizophrenia*, New York, 1962, éd. Grune et Stratton.

G. BATESON, DD. JACKSON, J. HALEY, J. WEAKLAND, « Towards a theory of schizophrenia », *Behav. Sci.*, 1956, I, 251.

B. BETTELHEIM, *The Informed Heart*, Londres, 1961, éd. Thames et Hudson.

M. BOWEN, « Family relationships », in Alfred Auerback éd., *Schizophrenia : an integrated approach*, New York, 1959, éd. Ronald Press.

G. W. BROWN, C. M. PARKES, J. K. WING, « Admissions and readmissions to three mental hospitals », *J. Mental Sci.*, 1961, 107, 1070-7.

G. W. BROWN, E. M. MONCK, G. M. CARSTAIRS, J. K. WING, « Influence Of family life on the course of schizophrenic illness », *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1962, 16, 55.

S. FREE, D. DODD, « Aftercare for discharged mental patients : conference on a five state study of mental health in Virginia », 1961, II, 28.

K. GIBRAN, *The Prophet*, Londres, 1926, éd. Heinemann.

K. GOLDSTEIN, *Die Aufbau des Organismus*, La Haye, 1934, éd. M. Nijhoff, 1934.

E. IONESCO, *La Cantatrice chauve*, 1950 (trad. angl. *The Bald Prima Donna*, Londres, 1958, éd. Calder).

MAXWELL JONES, *Social Psychiatry*, Londres, 1952, Tavistock Publications (sous le titre : *The Therapeutic Community*, New York, 1954, Basic Books).

D. H. KELLY, W. SARGANT, « Présent treatment of schizophrenia — a controlled follow up study », *Brit. Med. J.*, 1965, I, 147-50.

/186/

N. KREITMAN, « The reliability of psychiatric diagnosis », 1961, *J. Mental Sci.*, 107, 876 86.

R.D. LAING, *The Divided Self*, Londres, 1960, Tavistock Publications (aussi, Harmondsworth, Penguin Books, 1965).

— *The Self and Others*, Londres, 1961, Tavistock Publications.

R.D. LAING, D.G. COOPER, *Reason and Violence*, Londres, 1964, Tavistock Publications ; New York, Humanities Press.

R.D. LAING, A. ESTERSON, *Sanity, Madness and the Family (Family of schizophrenics, vol. I)*, Londres, 1964, Tavistock Publications ; New York, Basic Books.

C. LEVI-STRAUSS, « Social Structure » in A.L. Kroeber éd., *Anthropology today*, Chicago, 1953, University of Chicago Press.

— *Tristes Tropiques*, Paris, 1955, éd. Plon.

T. LIDZ, A. CORNELISON, D. TERRY, S. FLECK, « Intrafamilial environment of the schizophrenic patient (VI : The transmission of irrationality) », *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 1958, 79, 305-16.

W.M. MENDEL, S. RAPPORT, « Outpatient treatment for chronic schizophrenic patients », *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, 8, 190.

N. ORLINEKI ET E. D'ELIA, « Rehospitalisation of the schizophrenic patient », *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, 10, 47-54.

B. POLLACK, « The effects of chlorpromazine in reducing the relapse rate in 716 released patients », *Amer. J. Psychiat.*, 1958, 114, 749.

C.A. RENTON, J.W. AFFLECK, G.M. CARSTAIRS, A.D. FORREST, « A follow-up of schizophrenic patients in Edinburg », *Acta Psychiat. Scand.*, 1963, 39, 548-81.

H. ROSENFELD, « Psycho-analysis of the super-ego conflict in an acute schizophrenic patient » in M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle éd., *New Directions in psycho-analysis*, Londres, 1955, Tavistock Publications ; New York, Basic Books.

B. RUSSELL, *Principia Mathematica*, 1913.

J.-P. SARTRE, *L'Être et le Néant*, Paris, 1943 (trad. anglaise par H.E. Barnes, *Being and Nothingness*, Londres, 1957, éd. Methuen).

— *Saint Genet, comédien et martyr*, Paris, 1952, éd. Gallimard.

— *Critique de la raison dialectique*, Paris, 1960, éd. Gallimard.

T.S. SZASZ, *The Myth of mental illness*, Londres, 1962, éd. Secker et Warburg.

W. TUTEUR, R. STILLER, J. GLOTZER, « Discharged mental hospital chlorpromazine patients », *Diseases of the nervous System*, 1959, 20, 512.

/187/

J.H. WEAKLAND, « The double-bind hypothesis of schizophrenia and three party interaction », in D.D. Jackson éd., *the Etiology of schizophrenia*, New York, 1960, Basic Books.

HARRY A. WILMER, *Social Psychiatry in action*, Springfield, Illinois, 1958, éd. C.C. Thomas.

J.K. WING, J. DENHAM, A.B. MONRO, « Duration of stay in hospital of patients suffering from schizophrenia », *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1959, 13, 145-8.

J.K. WING, E. MONCK, G. W. CASTAIRS, « Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospital in 1959 », *Brit. J. Psychiat.*, 1964, 110, 10 21.

L.C. WYNNE, I.M. RYCKOFF, J. DAY, S. HIRSCH, « Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics », *Psychiatry*, 1958, 21, 205.