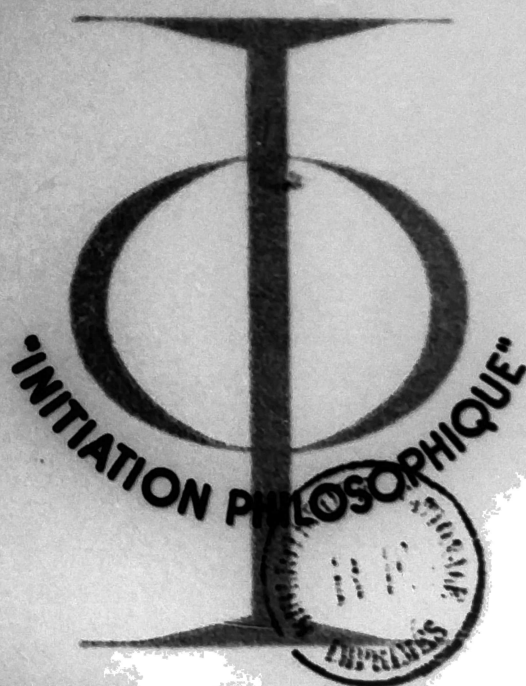


M. FOUCAULT

MALADIE MENTALE ET PERSONNALITÉ



**PRESSES UNIVERSITAIRES
DE FRANCE**

MALADIE MENTALE ET PERSONNALITÉ

INITIATION PHILOSOPHIQUE »

Collection dirigée par Jean LACROIX



Comité de patronage :

ALQUIÉ (Ferdinand), *Professeur à la Sorbonne.*

BACHELARD (Gaston), *Professeur à la Sorbonne:*

BASTIDE (Georges), *Professeur à l'Université
de Toulouse.*

BERGER (Gaston), *Directeur de l'Enseignement
supérieur.*

HUSSON (Léon), *Professeur à l'Université de
Lyon.*

MADINIER (Gabriel), *Professeur à l'Université
de Lyon.*

RICCEUR (Paul), *Professeur à l'Université de
Strasbourg.*

VIALATOUX (Joseph), *Professeur aux Facultés
catholiques de Lyon.*

« INITIATION PHILOSOPHIQUE »
Collection dirigée par Jean LACROIX

**MALADIE
MENTALE
ET
PERSONNALITÉ**

par

Michel FOUCAULT



**PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS**

—
1954

DÉPOT LÉGAL

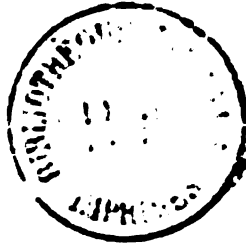
1^{re} édition 3^e trimestre 1964

TOUS DROITS

de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays

COPYRIGHT

by *Presses Universitaires de France*, 1964



INTRODUCTION

Deux questions se posent à toute pathologie mentale : sous quelles conditions peut-on parler de maladie dans le domaine psychologique ? Quels rapports peut-on définir entre les faits de la pathologie mentale et ceux de la pathologie organique ? Toutes les psychopathologies se sont ordonnées à ces deux problèmes : il y a les psychologies de l'hétérogénéité, qui se refusent comme l'a fait Blondel, à lire en termes de psychologie normale les structures de la conscience morbide ; et, au contraire, les psychologies, analytiques ou phénoménologiques, qui cherchent à ressaisir l'intelligibilité de toute conduite même démente, dans ses significations antérieures à la distinction du normal et du pathologique. Un partage analogue se fait également dans le grand débat de la psycho-genèse et de l'organo-genèse : recherche de l'étiologie organique, depuis la découverte de la paralysie générale, avec son étiologie syphilitique ? ou analyse de la causalité psychologique, à partir des troubles sans fondement organique, définis à la fin du XIX^e siècle comme syndrome hystérique ?

Tant de fois repris, ces problèmes, aujourd'hui, rebutent, et il serait sans profit de résumer les débats qu'ils ont fait naître. Mais on peut se demander si l'embarras ne vient pas de ce qu'on donne le même sens aux notions

de maladie, de symptômes, d'étiologie en pathologie mentale et en pathologie organique. S'il apparaît tellement malaisé de définir la maladie et la santé psychologiques, n'est-ce pas parce qu'on s'efforce en vain de leur appliquer massivement des concepts destinés également à la médecine somatique ? La difficulté à retrouver l'unité des perturbations organiques et des altérations de la personnalité, ne vient-elle pas de ce qu'on leur suppose une causalité de même type ? Par delà la pathologie mentale et la pathologie organique, il y a une pathologie générale et abstraite qui les domine l'une et l'autre, leur imposant, comme autant de préjugés, les mêmes concepts, et leur indiquant les mêmes méthodes comme autant de postulats. Nous voudrions montrer que la racine de la pathologie mentale ne doit pas être dans une spéculation sur une quelconque « métapathologie », mais seulement dans une réflexion sur l'homme lui-même.

Toutefois un bilan rapide est nécessaire, à la fois pour rappeler comment se sont constituées toutes les psychopathologies, traditionnelles ou récentes, et pour montrer de quels postulats la médecine mentale doit se libérer pour devenir rigoureusement scientifique.

MÉDECINE MENTALE ET MÉDECINE ORGANIQUE

Cette pathologie générale dont nous venons de parler s'est développée en deux étapes principales.

Comme la médecine organique, la médecine mentale a tenté, d'abord de déchiffrer l'essence de la maladie dans le groupement cohérent des signes qui l'indiquent. Elle a constitué une symptomatologie où sont relevées les corrélations constantes, ou seulement fréquentes, entre tel type de maladie et telle manifestation morbide : l'hallucination auditive, symptôme de telle structure délirante ; la confusion mentale, signe de telle forme démentielle. Elle a constitué, d'autre part une nosographie, où sont analysées les formes elles-mêmes de la maladie, où sont décrites les phases de son évolution, et où sont restituées les variantes qu'elle peut présenter : on aura les maladies aiguës et les maladies chroniques ; on décrira les manifestations épisodiques, les alternances de symptômes, et leur évolution au cours de la maladie.

Il peut être utile de schématiser ces descriptions classiques, non seulement à titre d'exemple, mais aussi pour fixer le sens originaire de termes classiquement utilisés.

Nous emprunterons aux vieux ouvrages du début de ce siècle des descriptions dont l'archaïsme ne doit pas faire oublier qu'elles ont été des points de départ.

Dupré définissait ainsi l'hystérie : « État dans lequel la puissance de l'imagination et de la suggestibilité, unie à cette synergie particulière du corps et de l'esprit que j'ai dénommée psychoplasticité, aboutit à la simulation plus ou moins volontaire de syndromes pathologiques, à l'organisation mythoplastique de troubles fonctionnels, impossibles à distinguer de ceux des simulateurs (1). » Cette définition classique désigne donc comme symptômes majeurs de l'hystérie, la suggestibilité, et l'apparition de troubles comme la paralysie, l'anesthésie, l'anorexie, qui n'ont pas, en l'occurrence, de fondement fonctionnel, mais une origine exclusivement psychologique.

La psychasthénie, depuis les travaux de Janet, est caractérisée par l'épuisement nerveux avec des stigmates organiques (asthénie musculaire, troubles gastro-intestinaux, céphalées) ; une asthénie mentale (fatigabilité, impuissance devant l'effort, désarroi en face de l'obstacle ; insertion difficile dans le réel et le présent : ce que Janet appelait « la perte de la fonction du réel ») ; enfin des troubles de l'émotivité (tristesse, inquiétude, anxiété paroxystique).

Les obsessions : « apparition sur un état mental habituel d'indécision, de doute et d'inquiétude, et sous la forme d'accès paroxystiques intermittents, d'obsessions-impulsions diverses » (2). On distingue de la phobie, caractérisée par des crises d'angoisse paroxystique devant des objets déterminés (agoraphobie devant les espaces vides),

(1) DUPRÉ, *La constitution émotive* (1911).

(2) DELMAS, *La pratique psychiatrique* (1929).

la névrose obsessionnelle, où sont surtout marquées les défenses que le malade érige contre son angoisse (précautions rituelles, gestes propitiatoires).

Manie et dépression : Magnan a dénommé « folie intermittente » cette forme pathologique, dans laquelle on voit alterner, à des intervalles plus ou moins longs, deux syndromes pourtant opposés : le syndrome maniaque, et le syndrome dépressif. Le premier comporte l'agitation motrice, une humeur euphorique ou coléreuse, une exaltation psychique caractérisée par la verbigération, la rapidité des associations et la fuite des idées. La dépression, à l'inverse, se présente comme une inertie motrice sur fond d'humeur triste, accompagnée de ralentissement psychique. Parfois isolées, la manie et la dépression sont liées le plus souvent par un système d'alternance régulier ou irrégulier, dont Gilbert-Ballet a dessiné les différents profils (1).

La paranoïa : sur un arrière-plan d'exaltation passionnelle (orgueil, jalousie), et d'hyperactivité psychologique, on voit se développer un délire systématisé, cohérent, sans hallucination, cristallisant dans une unité pseudo-logique des thèmes de grandeur, de persécution et de revendication.

La psychose hallucinatoire chronique est elle aussi une psychose délirante ; mais le délire est mal systématisé, souvent incohérent ; les thèmes de grandeur finissent par absorber tous les autres dans une exaltation puérile du personnage ; enfin et surtout il est soutenu par des hallucinations.

L'hébéphrénie, psychose de l'adolescence est classi-

(1) G. BALLET, La psychose périodique, *Journal de Psychologie*, 1909-1910.

quement définie par une excitation intellectuelle et motrice (bavardage, néologismes, calembours ; manérisme et impulsions), par des hallucinations et un délire désordonné, dont le polymorphisme s'appauvrit peu à peu.

La catatonie se reconnaît au négativisme du sujet (mutisme, refus d'aliment, phénomènes appelés par Kraepelin « barrages de volonté »), à sa suggestibilité (passivité musculaire, conservation des attitudes imposées, réponses en écho), enfin aux réactions stéréotypées et aux paroxysmes impulsifs (décharges motrices brutales qui semblent déborder tous les barrages instaurés par la maladie).

Observant que ces trois dernières formes pathologiques, qui interviennent assez tôt dans le développement, tendent vers la démence, c'est-à-dire vers la désorganisation totale de la vie psychologique (le délire s'effrite, les hallucinations tendent à faire place à un onirisme décousu, la personnalité sombre dans l'incohérence), Kraepelin les a groupés sous la dénomination commune de *Démence précoce* (1). C'est cette même entité nosographique qu'a reprise Bleuler, en l'élargissant vers certaines formes de la paranoïa ; et il a donné à l'ensemble le nom de *schizophrénie*, caractérisée, d'une manière générale, par un trouble dans la cohérence normale des associations — comme un morcellement (*Spaltung*) du flux de la pensée — et d'un autre côté, par une rupture du contact affectif avec le milieu ambiant, par une impossibilité à entrer en communication spontanée avec la vie affective d'autrui (autisme).

(1) KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie* (1889).

(2) E. BLEULER, *Dementia praecox oder Gruppe der schizophrenien*, 1911.

Ces analyses ont la même structure conceptuelle que celles de la pathologie organique : ici et là, mêmes méthodes pour répartir les symptômes dans les groupes pathologiques, et pour définir les grandes entités morbides. Or, ce qu'on retrouve derrière cette méthode unique, ce sont deux postulats qui concernent, l'un et l'autre, la nature de la maladie.

On postule, d'abord, que la maladie est une essence, une entité spécifique repérable par les symptômes qui la manifestent, mais antérieure à eux, et, dans une certaine mesure indépendante d'eux ; on décrira un fond schizophrénique caché sous des symptômes obsessionnels ; on parlera de délires camouflés ; on supposera l'entité d'une folie maniaco-dépressive derrière une crise maniaque ou un épisode dépressif.

A côté de ce préjugé d'essence, et comme pour compenser l'abstraction qu'il implique, il y a un postulat naturaliste, qui érige la maladie en espèce naturelle ; l'unité que l'on suppose à chaque groupe nosographique derrière le polymorphisme des symptômes serait comme l'unité d'une espèce définie par ses caractères permanents, et diversifiée dans ses sous-groupes : ainsi la Démence Précoce est comme une espèce caractérisée par les formes ultimes de son évolution naturelle, et qui peut présenter les variantes hébéphréniques, catatoniques ou paranoïdes.

Si donc il y a eu parallélisme entre la pathologie mentale et la pathologie organique, ce n'est pas seulement en fonction d'une certaine idée de l'unité humaine et du parallélisme psychophysologique, mais c'est aussi par la présence, dans l'une comme dans l'autre, de ces deux postulats concernant la nature de la maladie. Si on définit la maladie mentale avec les mêmes méthodes

conceptuelles que la maladie organique, si on isole et si on assemble les symptômes psychologiques comme les symptômes physiologiques, c'est avant tout parce qu'on considère la maladie, mentale ou organique, comme une essence naturelle manifestée par des symptômes spécifiques. Entre ces deux formes de pathologie, il n'y a donc pas d'unité réelle, mais seulement, et par l'intermédiaire de ces deux postulats, un parallélisme abstrait. Or le problème de l'unité humaine et de la totalité psychosomatique demeure entièrement ouvert.



C'est le poids de ce problème qui a fait dériver la pathologie vers de nouvelles méthodes et de nouveaux concepts. La notion de totalité organique et psychologique fait table rase des postulats qui érigent la maladie en entité spécifique. La maladie comme réalité indépendante tend à s'effacer, et on a renoncé à lui faire jouer le rôle d'une espèce naturelle à l'égard des symptômes, et, à l'égard de l'organisme, celui d'un corps étranger. On privilégie, au contraire, les réactions globales de l'individu ; entre le processus morbide et le fonctionnement général de l'organisme, la maladie ne s'interpose plus comme une réalité autonome ; on ne la conçoit plus que comme une coupe abstraite sur le devenir de l'individu malade.

Dans le domaine de la pathologie organique, rappelons pour mémoire le rôle joué actuellement par les régulations hormonales et leurs perturbations, l'importance reconnue aux centres végétatifs, comme la région du troisième ventricule qui commande ces régulations. On sait combien Leriche a insisté sur le caractère global des processus

pathologiques, et sur la nécessité de substituer à une pathologie cellulaire, une pathologie tissulaire. Selyé, de son côté, en décrivant les « maladies de l'adaptation », a montré que l'essence du phénomène pathologique devait être cherchée dans l'ensemble des réactions nerveuses et végétatives qui sont comme la réponse globale de l'organisme à l'attaque, au « stress », venu du monde extérieur.

En pathologie mentale, on accorde le même privilège à la notion de totalité psychologique ; la maladie serait altération intrinsèque de la personnalité, désorganisation interne de ses structures, déviation progressive de son devenir ; elle n'aurait de réalité et de sens, qu'à l'intérieur d'une personnalité morbide. C'est dans cette direction qu'on s'est efforcé de définir les maladies mentales, d'après l'ampleur des perturbations de la personnalité, et qu'on en est venu à distribuer les troubles psychiques en deux grandes catégories : les névroses et les psychoses.

1) Les psychoses, perturbations de la personnalité globale, comportent : un trouble de la pensée (pensée maniaque qui fuit, qui s'écoule, glisse sur des associations de sons ou des jeux de mots ; pensée schizophrénique, qui saute, bondit par-dessus les intermédiaires et procède par à-coups ou par contrastes) ; une altération générale de la vie affective et de l'humeur (rupture du contact affectif dans la schizophrénie ; colorations émotionnelles massives dans la manie ou la dépression) ; une perturbation du contrôle de la conscience, de la mise en perspective des divers points de vue, formes altérées du sens critique (croyance délirante dans la paranoïa, où le système d'interprétation anticipe sur les preuves de son exactitude, et demeure imperméable à toute discussion ; indifférence du paranoïde à la singularité de son expérience hallucinatoire qui a pour lui valeur d'évidence) ;

2) Dans les névroses, au contraire, c'est un secteur seulement de la personnalité qui est atteint : ritualisme des obsédés à l'égard de tel ou tel objet, angoisses provoquées par telle situation dans la névrose phobique. Mais le cours de la pensée demeure intact dans sa structure, même s'il est plus lent chez les psychasthéniques ; le contact affectif subsiste, quitte à être exagéré jusqu'à la susceptibilité chez les hystériques ; enfin, le névrosé, quand bien même il présente des oblitérations de conscience comme l'hystérique, ou des impulsions incoercibles comme l'obsédé, conserve la lucidité critique à l'égard de ses phénomènes morbides.

On classe, en général, parmi les psychoses, la paranoïa et tout le groupe schizophrénique, avec ses syndromes paranoïdes, hébéphréniques et catatoniques ; parmi les névroses, la psychasthénie, l'hystérie, l'obsession, la névrose d'angoisse et la névrose phobique.

La personnalité devient ainsi l'élément dans lequel se développe la maladie, et le critère qui permet de la juger ; elle est à la fois la réalité et la mesure de la maladie.

On a vu dans cette préséance de la notion de totalité un retour à la pathologie concrète, et la possibilité de déterminer comme un domaine unique le champ de la pathologie mentale et celui de la pathologie organique. N'est-ce pas, en effet, au même individu humain dans sa réalité que l'une et l'autre s'adressent par des voies différentes ? Par cette mise en place de la notion de totalité ne convergent-elles pas à la fois par l'identité de leurs méthodes et l'unité de leur objet ?

L'œuvre de Goldstein pourrait en témoigner. Étudiant aux frontières de la médecine mentale et de la médecine organique, un syndrome neurologique comme l'aphasie, il récuse aussi bien les explications organiques par une

lésion locale, que les interprétations psychologiques par un déficit global de l'intelligence. Il montre qu'une lésion corticale post-traumatique peut modifier le style des réponses de l'individu à son milieu ; une atteinte fonctionnelle rétrécit les possibilités d'adaptation de l'organisme et raie du comportement l'éventualité de certaines attitudes. Quand un aphasique ne peut nommer un objet qu'on lui montre, alors qu'il peut le réclamer s'il en a besoin, ce n'est pas en raison d'un déficit (suppression organique ou psychologique), que l'on pourrait décrire comme une réalité en soi ; c'est qu'il n'est plus capable d'une certaine attitude en face du monde, d'une perspective de dénomination, qui au lieu de s'approcher de l'objet pour le saisir (greifen), se met à distance pour le montrer et l'indiquer (zeigen) (1).

Que ses désignations premières soient psychologiques ou organiques, la maladie concernerait en tout cas la situation globale de l'individu dans le monde ; au lieu d'être une essence physiologique ou psychologique, elle est une réaction générale de l'individu pris dans sa totalité psychologique et physiologique. Dans toutes ces formes récentes d'analyse médicale, on peut donc faire la lecture d'une signification unique : plus on envisage comme un tout l'unité de l'être humain, plus se dissipe la réalité d'une maladie qui serait unité spécifique ; et plus aussi s'impose, pour remplacer l'analyse des formes naturelles de la maladie, la description de l'individu réagissant à sa situation sur le mode pathologique.

Par l'unité qu'elle assure et par les problèmes qu'elle supprime, cette notion de totalité est bien faite pour apporter à la pathologie un climat d'euphorie conceptuelle.

(1) GOLDSTEIN, *Journal de Psychologie*, 1933.

C'est de ce climat qu'ont voulu profiter ceux qui, de près ou de loin, se sont inspirés de Goldstein. Mais le malheur a voulu que l'euphorie ne soit pas du même côté que la rigueur.



Nous voudrions montrer au contraire que la pathologie mentale exige des méthodes d'analyse différentes de la pathologie organique, et que c'est seulement par un artifice de langage qu'on peut prêter le même sens aux « maladies du corps » et aux « maladies de l'esprit ». Une pathologie unitaire qui utiliserait les mêmes méthodes et les mêmes concepts dans le domaine psychologique et dans le domaine physiologique est actuellement de l'ordre du mythe, même si l'unité du corps et de l'esprit est de l'ordre de la réalité.

1) *L'abstraction.* — Dans la pathologie organique, le thème d'un retour au malade par delà la maladie n'exclut pas la mise en perspective rigoureuse qui permet d'isoler, dans les phénomènes pathologiques les conditions et les effets, les processus massifs et les réactions singulières. L'anatomie et la physiologie proposent justement à la médecine une analyse qui autorise des abstractions valables sur le fond de la totalité organique. Certes, la pathologie de Selyé insiste, plus que toute autre, sur la solidarité de chaque phénomène segmentaire avec le tout de l'organisme ; mais ce n'est pas pour les faire disparaître dans leur individualité, ni pour dénoncer en eux une abstraction arbitraire. C'est pour permettre, au contraire, de mettre en ordre les phénomènes singuliers dans une cohérence globale, c'est pour montrer, par exemple, comment des lésions intestinales analogues à

celles de la typhoïde, prennent place dans un ensemble de perturbations hormonales, dont un élément essentiel est un trouble du fonctionnement cortico-surrénal. L'importance donnée en pathologie organique à la notion de totalité n'exclut ni l'abstraction d'éléments isolés, ni l'analyse causale ; elle permet au contraire une abstraction plus valable et la détermination d'une causalité plus réelle.

Or, la psychologie n'a jamais pu offrir à la psychiatrie ce que la physiologie a donné à la médecine : l'instrument d'analyse qui, en délimitant le trouble, permettrait d'envisager le rapport fonctionnel de cette atteinte à l'ensemble de la personnalité. La cohérence d'une vie psychologique semble, en effet, assurée d'une autre manière que la cohésion d'un organisme ; l'intégration des segments y tend vers une unité qui rend chacun d'eux possible, mais se résume et se recueille en chacun : c'est ce que les psychologues appellent dans leur vocabulaire emprunté à la phénoménologie l'unité significative des conduites, qui enferme en chaque élément — rêve, crime, geste gratuit, association libre — l'allure générale, le style, toute l'antériorité historique et les implications éventuelles d'une existence. L'abstraction ne peut donc pas se faire de la même manière en psychologie et en physiologie ; et la délimitation d'un trouble pathologique exige d'autres méthodes en pathologie organique qu'en pathologie mentale.

2) *Le normal et le pathologique.* — La médecine a vu progressivement s'estomper la ligne de séparation entre les faits pathologiques et les faits normaux ; ou plutôt elle a saisi plus clairement que les tableaux cliniques n'étaient pas une collection des faits anormaux, de « monstres » physiologiques, mais qu'ils étaient en partie

constitués par les mécanismes normaux et les réactions adaptatives d'un organisme fonctionnant selon sa norme. L'hypercalciurie, qui suit une fracture du fémur, est une réponse organique située, comme le dit Leriche, « dans la ligne des possibilités tissulaires » (1) : c'est l'organisme réagissant d'une manière ordonnée à l'atteinte pathologique, et comme pour la réparer. Mais, ne l'oublions pas : ces considérations reposent sur une planification cohérente des possibilités physiologiques de l'organisme ; et l'analyse des mécanismes normaux de la maladie permet, en fait, de mieux discerner l'impact de l'atteinte morbide, et, avec les virtualités normales de l'organisme, son aptitude à la guérison : tout comme la maladie est inscrite à l'intérieur des virtualités physiologiques normales, la possibilité de la guérison est décrite à l'intérieur des processus de la maladie.

En psychiatrie, au contraire, la notion de personnalité rend singulièrement difficile la distinction du normal et du pathologique. Bleuler, par exemple, avait opposé comme deux pôles de la pathologie mentale, le groupe des schizophrénies, avec la rupture du contact avec la réalité, et le groupe des folies maniaco-dépressives, ou psychoses cycliques, avec l'exagération des réactions affectives. Or, cette analyse a paru définir aussi bien les personnalités normales que les personnalités morbides ; et Kretschmer a pu constituer dans cet esprit, une caractérologie bipolaire, comportant la schizothymie et la cyclothymie, dont l'accentuation pathologique se présenterait comme schizophrénie et comme « cyclophrénie ». Mais, du coup, le passage des réactions normales aux formes morbides ne relève pas d'une analyse précise

(1) LERICHE, *Philosophie de la Chirurgie*.

des processus ; il permet seulement une appréciation qualitative qui autorise toutes les confusions.

Alors que l'idée de solidarité organique permet de distinguer et d'unir atteinte morbide et réponse adaptée, l'examen de la personnalité, prévient, en pathologie mentale, de pareilles analyses.

3) *Le malade et le milieu.* — Enfin, une troisième différence empêche qu'on traite avec les mêmes méthodes et qu'on analyse avec les mêmes concepts la totalité organique et la personnalité psychologique. Aucune maladie, sans doute, ne peut être séparée des méthodes de diagnostic, des procédés d'isolement, des instruments thérapeutiques dont l'entoure la pratique médicale. Mais la notion de totalité organique fait ressortir, indépendamment de ces pratiques, l'individualité du sujet malade ; elle permet de l'isoler dans son originalité morbide, et de déterminer le caractère propre de ses réactions pathologiques.

Du côté de la pathologie mentale, la réalité du malade ne permet pas une pareille abstraction et chaque individualité morbide doit être comprise à travers les pratiques du milieu à son égard. La situation de tutelle imposée à l'aliéné par la loi de 1838, sa dépendance totale à l'égard de la décision médicale ont sans doute contribué à fixer, à la fin du XIX^e siècle, le personnage de l'hystérique. Dépossédé de ses droits par le tuteur et le conseil de famille, retombé pratiquement dans l'état de minorité juridique et morale, privé de sa liberté par la toute-puissance du médecin, le malade devenait le nœud de toutes les suggestions sociales : et au point de convergence de ces pratiques, s'offrait la suggestibilité, comme syndrome majeur de l'hystérie. Babinski, imposant du dehors à sa malade, l'emprise de la suggestion, la condui-

sait à ce point d'aliénation où, effondrée, sans voix et sans mouvement, elle était prête à accueillir l'efficace de la parole miraculeuse : « Lève-toi et marche. » Et le médecin trouvait le signe de la simulation dans la réussite de sa paraphrase évangélique, puisque la malade, suivant l'injonction ironiquement prophétique, se levait réellement et réellement marchait. Or, dans ce que le médecin dénonçait comme illusion, il se heurtait, en fait à la réalité de sa pratique médicale : dans cette suggestibilité, il trouvait le résultat de toutes les suggestions, de toutes les dépendances auxquelles était soumis le malade. Que les observations ne présentent plus guère aujourd'hui de pareils miracles, n'infirme pas la réalité des réussites de Babinski, mais prouve seulement que le visage de l'hystérique tend à s'effacer, à mesure que s'atténuent les pratiques de la suggestion qui constituaient autrefois le milieu du malade.

La dialectique des rapports de l'individu à son milieu ne se fait donc pas dans le même style en physiologie pathologique et en psychologie pathologique.

On ne peut donc admettre d'emblée ni un parallélisme abstrait, ni une unité massive entre les phénomènes de la pathologie mentale et ceux de la pathologie organique ; il est impossible de transposer de l'une à l'autre les schémas d'abstractions, les critères de normalité, ou la définition de l'individu morbide. La pathologie mentale doit s'affranchir de tous les postulats abstraits d'une « métapathologie » : l'unité assurée par celle-ci entre les diverses formes de maladie n'est jamais que factice ; c'est l'homme réel qui porte leur unité de fait.

Il faut donc, en faisant crédit à l'homme lui-même, et non pas aux abstractions sur la maladie, analyser la spécificité de la maladie mentale, rechercher les formes

concrètes qu'elle peut prendre dans la vie psychologique d'un individu ; puis déterminer les conditions qui ont rendu possibles ces divers aspects, et restituer l'ensemble du système causal qui les a fondés.

A ces deux séries de questions cherchent à répondre les deux parties de cet ouvrage :

- 1) Les dimensions psychologiques de la maladie ;
 - 2) Les conditions réelles de la maladie.
-

PREMIÈRE PARTIE

LES DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE

CHAPITRE II

LA MALADIE ET L'ÉVOLUTION

En présence d'un malade profondément atteint, on a l'impression première d'un déficit global et massif, sans aucune compensation : l'incapacité d'un sujet confus à se repérer dans le temps et dans l'espace, les ruptures de continuité qui se produisent sans cesse dans sa conduite, l'impossibilité de dépasser l'instant où il est muré pour accéder à l'univers d'autrui ou pour se tourner vers le passé et l'avenir, tous ces phénomènes invitent à décrire sa maladie en termes de fonctions abolies : la conscience du malade confus est obscurcie, rétrécie, fragmentée. Mais ce vide fonctionnel est en même temps rempli par un tourbillon de réactions élémentaires qui semblent exagérées et comme rendues plus violentes par la disparition des autres conduites : tous les automatismes de répétition sont accentués (le malade répond en écho aux questions qu'on lui pose, un geste déclenché s'enraye et se réitère indéfiniment), le langage intérieur envahit tout le domaine d'expression du sujet qui poursuit à mi-voix un mono-

logue décousu sans s'adresser jamais à personne ; enfin par instants surgissent des réactions émotionnelles intenses.

Il ne faut donc pas lire la pathologie mentale dans le texte trop simple des fonctions abolies : la maladie n'est pas seulement perte de la conscience, mise en sommeil de telle fonction, obnubilation de telle faculté. Dans son découpage abstrait, la psychologie du XIX^e siècle invitait à cette description purement négative de la maladie ; et la sémiologie de chacune était bien facile, qui se bornait à décrire les aptitudes disparues, à énumérer, dans les amnésies, les souvenirs oubliés, à détailler dans les dédoublements de personnalités les synthèses devenues impossibles. En fait, la maladie efface, mais elle souligne ; elle abolit d'un côté, mais c'est pour exalter de l'autre ; l'essence de la maladie n'est pas seulement dans le vide qu'elle creuse, mais aussi dans la plénitude positive des activités de remplacement qui viennent le combler.

Quelle dialectique va rendre compte à la fois de ces faits positifs et des phénomènes négatifs de disparition ?

D'entrée de jeu, on peut noter que fonctions disparues et fonctions exaltées ne sont pas de même niveau : ce qui a disparu, ce sont les coordinations complexes, c'est la conscience avec ses ouvertures intentionnelles, son jeu d'orientation dans le temps et l'espace, c'est la tension volontaire qui reprend et ordonne les automatismes. Les conduites conservées et accentuées sont, à l'inverse, segmentaires et simples ; il s'agit d'éléments dissociés qui se libèrent dans un style d'incohérence absolue. A la synthèse complexe du dialogue s'est substitué le monologue fragmentaire ; la syntaxe à travers laquelle se constitue un sens est brisée, et il ne subsiste plus que des éléments verbaux d'où s'échappent des sens ambigus, polymorphes et labiles ; la cohérence

spatio-temporelle qui s'ordonne à l'ici et au maintenant s'est effondrée, et il ne subsiste plus qu'un chaos d'ici successifs et d'instantants insulaires. Les phénomènes positifs de la maladie s'opposent aux négatifs, comme le simple au complexe.

Mais aussi comme le stable à l'instable. Les synthèses spatio-temporelles, les conduites intersubjectives, l'intentionnalité volontaire, sont sans cesse compromises par des phénomènes aussi fréquents que le sommeil, aussi diffus que la suggestion, aussi coutumiers que le rêve. Les conduites accentuées par la maladie ont une solidité psychologique que n'ont pas les structures abolies. Le processus pathologique exagère les phénomènes les plus stables et ne supprime que les plus labiles.

Enfin les fonctions pathologiquement accentuées sont les plus involontaires : la malade a perdu toute initiative, au point que la réponse même induite par une question ne lui est plus possible : il ne peut que répéter les derniers mots de son interlocuteur ; ou quand il parvient à faire un geste, l'initiative est aussitôt débordée par un automatisme de répétition qui l'arrête et l'étouffe. Disons donc, en résumé, que la maladie supprime les fonctions complexes, instables et volontaires, en exaltant les fonctions simples, stables et automatiques.

Or, cette différence dans le niveau structural est doublée d'une différence dans le niveau évolutif. La prééminence des réactions automatiques, la succession sans cesse rompue et désordonnée des conduites, la forme explosive des réactions émotionnelles, sont caractéristiques d'un niveau archaïque dans l'évolution de l'individu. Ce sont ces conduites qui donnent leur style aux réactions de l'enfant : absence des conduites de dialogue, ampleur des monologues sans interlocuteurs,

répétitions en écho par incompréhension de la dialectique question-réponse ; pluralité des coordonnées spatio-temporelles, ce qui permet des conduites en îlots, où les espaces sont fragmentés et les moments indépendants, tous ces phénomènes qui sont communs aux structures pathologiques et aux stades archaïques de l'évolution désignent dans la maladie un processus régressif.

Si donc, dans un seul mouvement, la maladie fait surgir des signes positifs et des signes négatifs, si elle supprime et exalte à la fois, c'est dans la mesure où, revenant à des phases antérieures de l'évolution, elle fait disparaître les acquisitions récentes, et redécouvre les formes de conduites normalement dépassées. La maladie est le processus au long duquel se défait la trame de l'évolution, supprimant d'abord, et dans ses formes les plus bénignes, les structures les plus récentes, atteignant ensuite, à son achèvement et à son point suprême de gravité, les niveaux les plus archaïques. La maladie n'est donc pas un déficit qui frappe aveuglément telle faculté comme telle autre ; il y a dans l'absurdité du morbide une logique qu'il faut savoir lire ; c'est la logique même de l'évolution normale. La maladie n'est pas une essence contre nature, elle est la nature elle-même, mais dans un processus inversé ; l'histoire naturelle de la maladie n'a qu'à remonter le courant de l'histoire naturelle de l'organisme sain. Mais dans cette logique unique, chaque maladie conservera son profil singulier ; chaque entité nosographique trouvera sa place, et son contenu sera défini, par le point où s'arrête le travail de la dissociation ; aux différences d'essence entre les maladies, il faut préférer l'analyse selon le degré de profondeur de la détérioration, et le sens d'une maladie pourra être défini par l'étiage où se stabilise le processus de régression.



« Dans toute folie », disait Jackson, « il existe une atteinte morbide d'un nombre plus ou moins grand de centres cérébraux supérieurs, ou, ce qui est synonyme, d'un niveau d'évolution le plus élevé de l'infrastructure cérébrale, ou, ce qui est encore synonyme, du substratum anatomique de la base physique de la conscience... En toute folie, une grande part des centres cérébraux supérieurs est mise hors de fonctionnement d'une manière temporaire ou permanente, par quelque processus pathologique » (1). Toute l'œuvre de Jackson avait tendu à donner droit de cité à l'évolutionnisme en neuro- et en psycho-pathologie. Depuis les *Croonian Lectures* (1874), il n'est plus possible d'omettre les aspects régressifs de la maladie ; l'évolution est désormais une des dimensions par lesquelles on a accès au fait pathologique.

Tout un côté de l'œuvre de Freud est le commentaire des formes évolutives de la névrose. L'histoire de la libido, de son développement, de ses fixations successives est comme le recueil des virtualités pathologiques de l'individu : chaque type de névrose est retour à un stade d'évolution libidinale. Et la psychanalyse a cru pouvoir écrire une psychologie de l'enfant, en faisant une pathologie de l'adulte.

1) Les premiers objets recherchés par l'enfant sont les aliments, et le premier instrument de plaisir, la bouche : phase d'érotisme buccal pendant laquelle les frustrations alimentaires peuvent nouer les complexes de sevrage ; phase aussi de liaison quasi biologique avec la mère, où tout abandon peut provoquer les déficits physiologiques

(1) *Facteurs de la folie*, *Selected Papers*, II, p. 411.

analysés par Spitz (1), ou les névroses décrites par Mme Guex comme étant spécifiquement des névroses d'abandon (2). Mme Sechehaye est même parvenue à analyser une jeune schizophrène chez qui une fixation à ces stades très archaïques de développement, avait amené, au moment de l'adolescence, un état de stupeur hétérophrénique où le sujet vivait, effondré, dans la conscience anxieusement diffuse de son corps affamé.

2) Avec la dentition et le développement de la musculature, l'enfant organise tout un système de défense agressive qui marque les premiers moments de son indépendance. Mais c'est aussi le moment où les disciplines — et d'une façon majeure, la discipline sphinctérienne — s'imposent à l'enfant, lui rendant présente l'instance parentale sous sa forme répressive. L'ambivalence s'installe, comme dimension naturelle de l'affectivité : ambivalence de l'aliment qui ne satisfait que dans la mesure où on le détruit sur le mode agressif de la morsure ; ambivalence du plaisir qui est aussi bien d'excrétion que d'introjection ; ambivalence des satisfactions tantôt permises et valorisées, tantôt interdites et punies. C'est au cœur de cette phase que se fait la mise en place de ce que Mme Mélanie Klein appelle les « bons » et les « mauvais objets » ; mais l'ambiguïté latente des uns et des autres n'est pas encore dominée, et la fixation à cette période décrite par Freud comme « stade sadico-anal » cristallise les syndromes obsessionnels : syndrome contradictoire de doute, d'interrogation, d'attirance impulsive sans cesse compensée par la rigueur de l'interdiction, de précautions contre soi-même, toujours tournée, mais toujours

(1) SPITZ, *L'hospitalisme*.

(2) G. GUEX, *Les névroses d'abandon* (P. U. F.).

recommencée, dialectique de la rigueur et de la complaisance, de la complicité et du refus, où peut se lire l'ambivalence radicale de l'objet désiré.

3) Liée aux premières activités érotiques, à l'affinement des réactions d'équilibre, et à la reconnaissance de soi dans le miroir, se constitue une expérience du « corps propre ». L'affectivité développe alors comme thème majeur l'affirmation ou la revendication de l'intégrité corporelle ; le narcissisme devient une structure de la sexualité, et le corps propre un objet sexuel privilégié. Toute rupture, dans ce circuit narcissique, perturbe un équilibre déjà difficile, comme en témoigne l'angoisse des enfants devant les fantaisies castratrices des menaces parentales. C'est dans ce désordre anxieux des expériences corporelles que se précipite le syndrome hystérique : dédoublement du corps, et constitution d'un *alter ego* où le sujet lit en miroir ses pensées, ses désirs et ses gestes dont ce double démoniaque le dépossède par avance ; morcellement hystérique qui soustrait à l'expérience globale du corps des éléments anesthésiés ou paralysés ; angoisse phobique devant des objets dont les menaces fantasmatiques visent pour le malade l'intégrité de son corps (Freud a ainsi analysé la phobie d'un garçon de 4 ans chez qui la peur des chevaux recouvrait la hantise de la castration) (1).

4) Enfin se fait le « choix objectal », au terme de cette première enfance : choix qui doit impliquer avec une fixation hétérosexuelle, une identification au parent de même sexe. Mais à cette différenciation, et à l'assomption d'une sexualité normale s'opposent l'attitude des parents et l'ambivalence de l'affectivité infantile : elle est en effet,

(1) FREUD, *Cinq psychanalyses* (p. 111).

à cette époque encore, fixée sur le mode d'une jalousie toute mêlée d'érotisme et d'agressivité, à une mère désirée qui se refuse ou du moins se partage ; et elle se décompose en anxiété devant un père dont la rivalité triomphante suscite, avec la haine, le désir amoureux d'identification. C'est le fameux complexe d'Œdipe, où Freud croyait lire l'énigme de l'homme et la clef de son destin ; où il faut sans doute trouver l'analyse la plus compréhensive des conflits vécus par l'enfant dans ses rapports avec ses parents, et le point de fixation de beaucoup de névroses.

En bref tout stade libidinal est une structure pathologique virtuelle. La névrose est un archéologie spontanée de la libido.

— Janet reprend lui aussi le thème jacksonien, mais dans un horizon sociologique. La chute d'énergie psychologique qui caractérise la maladie rendrait impossibles les conduites complexes acquises au cours de l'évolution sociale, et découvrirait, comme une marée qui se retire, des comportements sociaux primitifs, ou même des réactions présociales.

Un psychasthénique ne parvient pas à croire à la réalité de ce qui l'entoure ; c'est une conduite, pour lui, « trop difficile ». Qu'est-ce qu'une conduite difficile ? Essentiellement une conduite dans laquelle une analyse verticale montre la superposition de plusieurs conduites simultanées. Tuer un gibier à la chasse est une conduite ; raconter, après coup, qu'on a tué un gibier, est une autre conduite. Mais au moment où l'on guette, où l'on tue, se raconter à soi-même que l'on tue, que l'on poursuit, que l'on guette, pour pouvoir en faire aux autres, par la suite, l'épopée ; avoir simultanément la conduite réelle de la chasse et la conduite virtuelle du récit, c'est là une opération double, beaucoup plus compliquée que chacune

des deux autres, et qui n'est qu'en apparence la plus simple : c'est la conduite du présent, germe de toutes les conduites temporelles, où se superposent et s'imbriquent le geste actuel et la conscience que ce geste aura un avenir, c'est-à-dire que plus tard on pourra le raconter comme un événement passé. On peut donc mesurer la difficulté d'une action au nombre de conduites élémentaires qu'implique l'unité de son déroulement.

Prenons à son tour cette conduite du « récit aux autres », dont la virtualité fait partie des conduites du présent. Raconter, ou plus simplement parler, ou d'une façon plus élémentaire encore, jeter un ordre n'est pas non plus quelque chose de simple ; c'est d'abord se référer à un événement ou à un ordre de choses, ou à un monde auquel je n'ai pas accès moi-même, mais auquel autrui peut avoir accès à ma place ; il me faut donc reconnaître le point de vue d'autrui, et l'intégrer au mien ; il me faut donc doubler ma propre action (l'ordre lancé), d'une conduite virtuelle, celle d'autrui qui doit l'exécuter. Plus encore : lancer un ordre suppose toujours l'oreille qui le percevra, l'intelligence qui le comprendra, le corps qui l'exécutera ; dans l'action de commander est impliquée la virtualité d'être obéi. C'est dire que ces conduites apparemment si simples que sont l'attention au présent, le récit, la parole impliquent toutes une certaine dualité, qui est, au fond la dualité de toutes les conduites sociales. Si donc le psychasthénique trouve si ardue l'attention au présent, c'est par les implications sociales qu'obscurément elle enferme ; sont devenues difficiles pour lui toutes ces actions qui ont un envers (regarder-être regardé, dans la présence ; parler-être parlé, dans le langage ; croire-être cru, dans le récit) parce que ce sont des conduites qui se déploient dans un horizon social. Il a fallu toute

une évolution sociale pour que le dialogue devienne un mode de rapport interhumain ; il n'a été rendu possible que par le passage d'une société immobile dans sa hiérarchie du moment, qui n'autorise que le mot d'ordre, à une société où l'égalité des rapports permet et garantit l'échange virtuel, la fidélité au passé, l'engagement de l'avenir, la réciprocité des points de vue. C'est toute cette évolution sociale que remonte le malade incapable de dialogue.

Chaque maladie, selon sa gravité, abolit telle ou telle de ces conduites que la société dans son évolution avait rendues possibles, et elle lui substitue des formes archaïques de comportement :

1) Au dialogue, comme forme suprême de l'évolution du langage, fait place une sorte de monologue où le sujet se raconte à lui-même ce qu'il fait, ou bien dans lequel il mène, avec un interlocuteur imaginaire un dialogue qu'il serait incapable de mener avec un partenaire réel, comme ce professeur psychasthénique qui ne pouvait faire sa conférence que devant sa glace. Il devient pour le malade trop « difficile » d'agir sous le regard d'autrui : c'est pourquoi tant de sujets, obsédés ou psychasthéniques, présentent, quand ils se sentent observés des phénomènes de libération émotionnelle, comme les tics, les mimiques, les myoclonies de toutes sortes ;

2) En perdant cette virtualité ambiguë du dialogue, et en ne saisissant plus la parole que par cette face schématique qu'elle présente au sujet parlant, le malade perd la maîtrise de son univers symbolique ; et l'ensemble des mots, des signes, des rites, bref tout ce qu'il y a d'allusif et de référentiel dans le monde humain, cesse de s'intégrer dans un système d'équivalences significatives ; les paroles et les gestes ne sont plus ce domaine commun où se

rencontrent les intentions de soi et des autres, mais des significations existant d'elles-mêmes, d'une existence massive et inquiétante ; le sourire n'est plus la réponse banale à un salut quotidien ; il est un événement énigmatique que ne peut réduire aucune des équivalences symboliques de la politesse ; sur l'horizon du malade il se détache alors comme le symbole d'on ne sait quel mystère, comme l'expression d'une ironie qui se tait et menace. L'univers de la persécution sourd de toutes parts ;

3) Ce monde qui va du délire à l'hallucination semble relever tout entier d'une pathologie de la croyance, comme conduite interhumaine : le critère social de la vérité (« croire ce que les autres croient »), n'a plus de valeur pour le malade ; et dans ce monde que l'absence d'autrui a privé de solidité objective, il fait entrer tout un univers de symboles, de fantasmes, de hantises ; ce monde où s'est éteint le regard de l'autre devient poreux aux hallucinations et aux délires. Ainsi, dans ces phénomènes pathologiques, le malade est renvoyé à des formes archaïques de croyance, quand l'homme primitif ne trouvait pas, dans sa solidarité avec autrui le critère de la vérité, quand il projetait ses désirs et ses craintes en fantasmagories qui tissaient avec le réel les écheveaux indissociables du rêve, de l'apparition, et du mythe.



A l'horizon de toutes ces analyses, il y a, sans doute des thèmes explicatifs qui se situent d'eux-mêmes aux frontières du mythe : le mythe, d'abord, d'une certaine substance psychologique (« libido », chez Freud, « force psychique » chez Janet), qui serait comme le matériau

brut de l'évolution, et qui, progressant au cours du développement individuel et social, subirait comme une rechute, et retomberait, par le fait de la maladie, à son état antérieur ; le mythe aussi d'une identité entre le malade, le primitif et l'enfant, mythe par lequel se rassure la conscience scandalisée devant la maladie mentale, et s'affermir la conscience enfermée dans ses préjugés culturels. De ces deux mythes, le premier, parce qu'il est scientifique a vite abandonné (de Janet, on retient l'analyse des conduites, et non l'interprétation par la force psychologique ; les psychanalystes répugnent de plus en plus à la notion bio-psychologique de libido) ; l'autre, au contraire, parce qu'il est éthique, parce qu'il justifie plus qu'il explique, demeure encore vivant.

Pourtant, il n'y a guère de sens à restituer une identité entre la personnalité morbide du malade et celle, normale de l'enfant ou du primitif. De deux choses l'une, en effet :

— Ou l'on admet à la rigueur l'interprétation de Jackson : « J'imaginerais que les centres cérébraux sont en quatre couches, A, B, C, D » ; la première forme de la folie, la plus bénigne, sera $-A + B + C + D$; « la totalité de la personnalité est en fait $+B + C + D$; le terme $-A$ est donné seulement pour montrer en quoi la nouvelle personnalité diffère de la personnalité antérieure » (1) ; la régression pathologique n'est alors qu'une opération soustractive ; mais ce qui est soustrait dans cette arithmétique, c'est justement le terme ultime, qui promeut et achève la personnalité ; c'est-à-dire que « le reste » ne sera pas une personnalité antérieure, mais une personnalité abolie. Comment, de ce fait, identifier

(1) C. JACKSON, *Facteurs de la folie*, trad. franç., p. 30.

le sujet malade aux personnalités « antérieures » du primitif ou de l'enfant ?

— Ou bien on élargit le Jacksonisme en admettant une réorganisation de la personnalité ; la régression ne se contente pas de supprimer et de libérer, elle ordonne et met en place ; comme le disaient Monakow et Mourgue à propos de la dissolution neurologique : « La désintégration n'est pas l'inversion exacte de l'intégration... Il serait absurde de dire que l'hémiplégie est un retour au stade primitif de l'apprentissage de la locomotion... L'autorégulation joue ici, de sorte que la notion de désintégration pure n'existe pas. Ce processus idéal est masqué par la tendance créatrice de l'organisme sans cesse en action, à rétablir l'équilibre troublé (1). » Il ne peut donc plus s'agir de personnalités archaïques ; il faut admettre la spécificité de la personnalité morbide ; la structure pathologique du psychisme n'est pas originare ; elle est rigoureusement originale.

Il n'est pas question d'invalider les analyses de la régression pathologique, quand il faut seulement les affranchir des mythes dont Janet ni Freud n'ont su les décanter. Il serait vain, sans doute, de dire, dans une perspective explicative que l'homme, devenant malade, rede vient un enfant ; mais d'un point de vue descriptif, il est exact de dire que le malade manifeste, dans sa personnalité morbide des conduites segmentaires, analogues à celles d'un âge antérieur ou d'une autre culture ; la maladie découvre et privilégie des conduites normalement intégrées. La régression ne doit donc être prise que comme un des aspects descriptifs de la maladie.

(1) MONAKOW et MOURGUE, *Introduction biologique à la neurologie* (p. 178).

Une description structurale de la maladie devrait donc, pour chaque syndrome, analyser les signes positifs et les signes négatifs, c'est-à-dire détailler les structures abolies et les structures dégagées. Ce ne serait pas expliquer les formes pathologiques, mais seulement les mettre dans une perspective qui rendrait cohérents et compréhensibles les faits de régression individuelle ou sociale relevés par Freud et par Janet. On peut ainsi résumer les grandes lignes d'une pareille description :

1) Le déséquilibre et les névroses ne sont que le premier degré de dissolution des fonctions psychiques ; l'atteinte ne porte que sur l'équilibre général de la personnalité psychologique, et cette rupture, souvent momentanée ne libère que les complexes affectifs, les schèmes émotionnels inconscients, constitués au cours de l'évolution individuelle ;

2) Dans la paranoïa, le trouble général de l'humeur libère une structure passionnelle qui n'est que l'exagération des comportements coutumiers de la personnalité ; mais ni la lucidité, ni l'ordre, ni la cohésion du fond mental ne sont encore atteints ;

3) Mais avec les états oniroïdes, nous atteignons un niveau où les structures de la conscience sont déjà dissociées ; le contrôle perceptif et la cohérence du raisonnement ont disparu ; et dans cet émiettement de la sphère consciente, on voit s'infiltrer les structures du rêve, qui ne sont d'ordinaire libérées que dans le sommeil. Illusions, hallucinations, fausses reconnaissances manifestent à l'état vigile la désinhibition des formes de la conscience onirique ;

4) La dissociation accède, dans les états maniaques et mélancoliques à la sphère instinctivo-affective ; la puérité émotionnelle du maniaque, la perte, chez le mélanco-

lique de la conscience du corps et des conduites de conservation, représentent le côté négatif. Quant aux formes positives de la maladie, elles apparaissent dans ces paroxysmes d'agitation motrice ou d'explosions émotionnelles où le mélancolique affirme son désespoir, le maniaque son agitation euphorique ;

5) Enfin, dans les états confusionnels et schizophréniques, la détérioration prend l'allure d'un déficit capacitaire ; dans un horizon où les repères spatiaux et temporels sont devenus trop imprécis pour permettre l'orientation, la pensée, en charpie, procède par fragments isolés, scande un monde vide et noir de « syncopes psychiques », ou s'enferme dans le silence d'un corps dont la motricité elle-même est verrouillée par la catatonie. Seules, persisteront à émerger, comme signes positifs, les stéréotypies, les hallucinations, des schèmes verbaux cristallisés en syllabes incohérentes, et de brusques irruptions affectives traversant en météores l'inertie démentielle ;

6) Et c'est sur la démence que se ferme le cycle de cette dissolution pathologique, la démence où foisonnent tous les signes négatifs des déficits, et où la dissolution est devenue si profonde qu'elle n'a plus aucune instance à désinhiber ; il n'y a plus de personnalité, mais seulement un être vivant.

Mais une analyse de ce type ne saurait épuiser l'ensemble du fait pathologique (1). Elle est insuffisante, et à un double titre :

a) Elle néglige l'organisation des personnalités morbides dans lesquelles sont mises à jour les structures

(1) L'erreur du « néo-jacksonisme » à la manière de M. H. Ey est d'avoir fait de la régression le « principe » de la maladie, c'est à dire d'avoir voulu y épuiser sa totalité et y trouver sa cause.

régressives ; aussi profonde que soit la dissolution (le seul cas de la démence mis à part), la personnalité ne peut jamais disparaître complètement ; ce que retrouve la régression de la personnalité, ce ne sont pas des éléments dispersés — car ils ne l'ont jamais été — ni des personnalités plus archaïques — car il n'y a pas de chemin de retour dans le développement de la personnalité, mais seulement dans la succession des conduites. Pour inférieures et simples qu'elles soient, il ne faut pas omettre les organisations par lesquelles un schizophrène structure son univers : le monde morcelé qu'il décrit est à la mesure de sa conscience dispersée, le temps sans avenir ni passé dans lequel il vit, est le reflet de son incapacité à se projeter dans un futur, et à se reconnaître dans un passé ; mais ce chaos trouve son point de cohérence dans la structure personnelle du malade qui assure l'unité vécue de sa conscience et de son horizon. Aussi malade que peut être un malade, ce point de cohérence ne peut manquer d'exister. La science de la pathologie mentale ne peut être que la science de la personnalité malade.

b) L'analyse régressive décrit, d'autre part, l'orientation de la maladie, sans en expliciter l'origine. Si elle n'était que régression, la maladie serait comme une virtualité déposée, en chaque individu, par le mouvement même de son évolution ; la folie ne serait qu'une éventualité, la rançon toujours exigible du développement humain. Mais que telle personne soit malade, et soit malade, à ce moment-ci, de cette maladie-ci, que ses obsessions aient tel thème, que son délire comporte telles revendications, ou que ses hallucinations s'extasient dans l'univers de telles formes visuelles, la notion abstraite de régression ne peut en rendre compte. Dans la perspective évolutionniste, la maladie n'a d'autre statut que celui de la

virtualité générale. La causalité qui la rend nécessaire n'est pas encore dégagée, non plus que celle qui donne chaque tableau clinique sa coloration singulière. Cette nécessité, et ses formes individuelles, ce n'est pas à une évolution toujours spécifique qu'il faut la demander, c'est à l'histoire personnelle du malade.

Il faut donc pousser l'analyse plus loin ; et compléter cette dimension évolutive, virtuelle et structurale de la maladie, par l'analyse de cette dimension qui la rend nécessaire, significative et historique.

LA MALADIE ET L'HISTOIRE INDIVIDUELLE

L'évolution psychologique intègre le passé au présent dans une unité sans conflit, dans cette unité ordonnée qu'on définit comme une hiérarchie de structures, dans cette unité solide que seule une régression pathologique peut compromettre ; l'histoire psychologique, au contraire, ignore un pareil cumul de l'antérieur et de l'actuel ; elle les situe l'un par rapport à l'autre en mettant entre eux cette distance qui autorise normalement tension, conflit, et contradiction. Dans l'évolution, c'est le passé qui promeut le présent et le rend possible ; dans l'histoire, c'est le présent qui se détache du passé, lui confère un sens et le rend intelligible. Le devenir psychologique est à la fois évolution et histoire ; le temps du psychisme doit s'analyser à la fois selon l'antérieur et l'actuel — c'est-à-dire en termes évolutifs — mais aussi selon le passé et le présent — c'est-à-dire en termes historiques. Lorsqu'à la fin du XIX^e siècle, après Darwin et Spencer, on se fût émerveillé de découvrir, dans son devenir d'être vivant, la vérité de l'homme, on s'imagina qu'il était possible d'écrire l'histoire en termes d'évolution, ou encore de confondre l'une et l'autre au profit de la

seconde : on trouverait d'ailleurs le même sophisme dans la sociologie de la même époque. L'erreur originaire de la psychanalyse, et après elle de la plupart de psychologies génétiques, est sans doute de n'avoir pas saisi ces deux dimensions irréductibles de l'évolution et de l'histoire dans l'unité du devenir psychologique (1). Mais le coup de génie de Freud est d'avoir pu, assez tôt, dépasser cet horizon évolutionniste, défini par la notion de libido, pour accéder à la dimension historique du psychisme humain.

En fait, dans la psychologie analytique, il est toujours possible de faire le partage de ce qui revient à une psychologie de l'évolution (comme les *Trois essais sur la sexualité*) et ce qui ressortit à une psychologie de l'histoire individuelle (comme les *Cinq psychanalyses* et les textes qui s'y rattachent). Nous avons parlé plus haut de l'évolution des structures affectives telle qu'elle est détaillée par la tradition psychanalytique. Nous emprunterons maintenant à l'autre versant de la psychanalyse de quoi définir ce que peut être la maladie mentale quand on l'envisage dans la perspective de l'histoire individuelle (2).

* * *

Voici une observation que Freud cite dans l'*Introduction à la psychanalyse* (3) : une femme d'une cinquantaine d'années soupçonne son mari de la tromper avec

(1) Dans *Ma vie et la psychanalyse*, FREUD cite l'influence de Darwin sur la première orientation de sa pensée.

(2) Nous ne parlerons que brièvement de la théorie psychanalytique qui doit être exposée en son ensemble, par Mme Bontoumier dans un ouvrage de cette même collection.

(3) *Introduction à la psychanalyse*, p. 270.

la jeune fille qu'il emploie comme secrétaire. Situation et sentiments d'une extrême banalité. Pourtant cette jalousie a des résonances singulières : elle a été suscitée par une lettre anonyme ; on en connaît l'auteur qui n'a agi que par vengeance ; et qui n'a allégué que des faits inexacts ; le sujet sait tout cela, reconnaît volontiers l'injustice de ses reproches à l'égard de son mari, parle spontanément de l'amour qu'il lui a toujours porté. Et cependant sa jalousie ne parvient pas à se dissiper ; plus les faits proclament la fidélité de son mari, plus ses soupçons se renforcent ; sa jalousie s'est cristallisée paradoxalement autour de la certitude de n'être pas trompée. Alors que la jalousie morbide sous sa forme classique de paranoïa est une conviction impénétrable qui va chercher sa justification dans les formes les plus extrêmes du raisonnement, on a, dans cette observation de Freud l'exemple d'une jalousie impulsive qui se conteste sans cesse son bien fondé, qui tente, à chaque instant de se nier, et se vit sur le mode du remords ; c'est là un cas très curieux (et relativement rare) de jalousie obsessionnelle.

A l'analyse, il se révèle que cette femme est éprise de son gendre ; mais elle éprouve de tels sentiments de culpabilité, qu'elle ne peut supporter ce désir et qu'elle transfère sur son mari la faute d'aimer une personne beaucoup plus jeune que soi. Une investigation plus profonde montre d'ailleurs que cet attachement au gendre est lui-même ambivalent, et qu'il cache une hostilité jalouse, où l'objet de la rivalité est la fille de la malade ; au cœur du phénomène morbide se trouve donc une fixation homosexuelle à la fille.

Métamorphoses, symbolismes, transformation des sentiments en leur contraire, travestissements des per-

sonnages, transfert de culpabilité, retournement d'un remords en accusation, c'est là tout un ensemble de processus qui se dénoncent comme **des traits de la fabulation infantile**. On pourrait aisément rapprocher cette projection jalouse de la projection décrite par M. Wallon dans les *Origines du caractère* (1) : il cite d'après Elsa Köhler l'exemple d'une fillette de 3 ans qui gifle sa petite camarade, et, fondant en larmes, court auprès de sa gouvernante se faire consoler d'avoir été battue. Chez cet enfant, comme chez l'obsédée dont nous parlions, on retrouve les mêmes structures de conduite : l'indifférenciation de la conscience de soi empêche la distinction de l'agir et du pâtir (battre-être battu ; tromper-être trompé) ; l'ambivalence des sentiments permet d'autre part une sorte de réversibilité entre l'agression et la culpabilité. Dans un cas comme dans l'autre, on retrouve les mêmes traits d'archaïsme psychologique : fluidité des conduites affectives, labilité de la structure personnelle dans l'opposition moi-autrui. Mais il ne s'agit pas de confirmer une nouvelle fois l'aspect régressif de la maladie.

L'important ici c'est que cette régression a chez la malade de Freud un sens bien précis : il s'agit pour elle d'échapper à un sentiment de culpabilité ; elle échappe à son remords de trop aimer sa fille en se contraignant à aimer son gendre ; et elle échappe à la culpabilité que fait naître ce nouvel attachement, en reportant sur son mari, par une sorte de projection en miroir, un amour parallèle au sien. Les procédés enfantins de métamorphose du réel ont donc une utilité : ils constituent une fuite, une manière à bon marché d'agir sur le réel, un mode mythique de transformation de soi-même et des

(1) *Les origines du caractère chez l'enfant*, p. 217.

autres. La régression n'est pas une chute naturelle dans le passé ; elle est une fuite intentionnelle hors du présent. Plutôt un recours qu'un retour. Mais on ne peut échapper au présent qu'en mettant autre chose à sa place ; et le passé qui affleure dans les conduites pathologiques n'est pas le sol originaire auquel on revient comme à une patrie perdue, c'est le passé factice et imaginaire des substitutions.

— Tantôt une substitution des formes de comportement : les conduites adultes, développées et adaptées, s'effacent devant des conduites infantiles, simples et inadaptées. Comme chez la fameuse malade de Janet : à l'idée que son père peut tomber malade, elle manifeste les formes paroxystiques de l'émotion enfantine (cris, explosion motrice, chute), parce qu'elle refuse la conduite adaptée qui serait d'envisager de le soigner, de prévoir les moyens d'une lente guérison, d'organiser pour elle-même une existence de garde-malade ;

— Tantôt une substitution des objets eux-mêmes : aux formes vivantes de la réalité, le sujet substitue les thèmes imaginaires de ses premiers fantasmes ; et le monde semble s'ouvrir aux objets archaïques, les personnages réels s'effacer devant les fantômes parentaux ; comme chez ces phobiques qui se heurtent, au seuil de chaque conduite aux mêmes frayeurs menaçantes ; le personnage mutilateur du père, ou la mère captative se profile sous l'image stéréotypée de l'animal terrifiant, derrière le fond diffus d'angoisse qui submerge la conscience.

Tout ce jeu de transformations et de répétitions manifeste, que chez les malades, le passé n'est invoqué que pour se substituer à la situation actuelle ; et qu'il n'est réalisé que dans la mesure où il s'agit d'irréaliser le présent.



Mais quel profit peut-il y avoir à répéter une crise d'angoisse ? Quel sens y a-t-il à retrouver les fantasmes terrifiants de la vie infantine, à substituer les troubles majeurs d'une affectivité encore mal réglée aux formes actuelles d'activité ? Pourquoi fuir le présent, si c'est pour retrouver des types de comportement inadaptés ?

Inertie pathologique des conduites ? Manifestation d'un principe de répétition que Freud extrapole dans la réalité biologique d'un paradoxal « instinct de mort », qui tend à l'immobile, à l'identique, au monotone, à l'inorganique, comme l'instinct de vie tend à la mobilité toujours nouvelle des hiérarchies organiques ? C'est là, sans doute, donner aux faits un nom qui, en les unissant, récuse toute forme d'explication. Mais il y a dans le travail de Freud et de la psychanalyse, de quoi expliquer cette irréalisation du présent autrement que par la répétition pure et simple du passé.

Freud lui-même a eu l'occasion d'analyser un symptôme en formation. Il s'agissait d'un petit garçon de 4 ans, le petit Hans (1), qui avait une peur phobique des chevaux. Peur ambiguë, puisqu'il cherchait toutes les occasions d'en voir et qu'il courait à la fenêtre dès qu'il entendait une voiture ; mais, terrorisé, il poussait des cris de frayeur dès qu'il apercevait le cheval qu'il était venu voir. Peur paradoxale, en outre, puisqu'il craignait à la fois que le cheval ne le morde, et que l'animal, en tombant, ne se tue. Désirait-il, ou non voir des chevaux ?

(1) *Cinq psychanalyses*, p 111.

Craignait-il pour lui, ou pour eux ? Tout à la fois, sans doute. L'analyse montre l'enfant au point nodal de toutes les situations œdipiennes : son père s'est volontairement attaché à prévenir chez lui une fixation trop forte à la mère ; mais l'attachement à la mère n'en a été que plus violent, exaspéré de plus par la naissance d'une sœur cadette ; si bien que son père a toujours été pour le petit Hans un obstacle entre sa mère et lui. C'est à ce moment que se forme le syndrome. La symbolique la plus élémentaire du matériel onirique permet de deviner, dans l'image du cheval un substitut de l'« imago » paternelle ; et dans l'ambiguïté des frayeurs de l'enfant, il est facile de reconnaître le désir de la mort du père. Le symptôme morbide est, d'une façon immédiate, satisfaction d'un désir ; cette mort qu'il n'a pas conscience de désirer pour son père, l'enfant la vit sur le mode imaginaire de la mort d'un cheval.

Mais ce symbolisme, et c'est là le point important, n'est pas seulement l'expression mythique et figurée de la réalité ; il joue un rôle fonctionnel par rapport à cette réalité. Sans doute, la peur d'être mordu par le cheval est une expression de la crainte d'une castration : elle symbolise l'interdiction paternelle de toutes les activités sexuelles. Mais cette peur d'être blessé est doublée de la hantise que le cheval pourrait lui-même tomber, se blesser et mourir : comme si l'enfant se défendait de sa propre peur, par le désir de voir son père mourir, et tomber ainsi l'obstacle qui le sépare de sa mère. Or ce désir meurtrier n'apparaît pas immédiatement comme tel dans le fantasme phobique : il n'y est présent que sous la forme déguisée d'une peur ; l'enfant redoute tant la mort du cheval que sa propre blessure. Il se défend contre son désir de mort et il en repousse la

culpabilité, en le vivant sur le mode d'une peur équivalente de la peur qu'il éprouve pour lui-même ; il craint pour son père ce qu'il craint pour soi ; mais son père n'a à craindre que ce qu'il craint de désirer contre lui. On voit donc que la valeur expressive du syndrome n'est pas immédiate, mais qu'elle se constitue à travers une série de mécanismes de défense. Deux de ces mécanismes ont joué dans ce cas de phobie : le premier a transformé la peur pour soi-même en désir meurtrier contre celui qui suscite la peur ; le second a transformé ce désir en peur de le voir se réaliser.

A partir de cet exemple, on peut donc dire que le profit trouvé par le malade à irréaliser son présent dans sa maladie a pour origine le besoin de se défendre contre ce présent. La maladie a pour contenu l'ensemble des réactions de fuite et de défense par lesquelles le malade répond à la situation dans laquelle il se trouve ; et c'est à partir de ce présent, de cette situation actuelle qu'il faut comprendre et donner sens aux régressions évolutives qui se font jour dans les conduites pathologiques ; la régression n'est pas seulement une virtualité de l'évolution, elle est une conséquence de l'histoire.

Cette notion de défense psychologique est capitale. C'est autour d'elle qu'a pivoté toute la psychanalyse. Investigation de l'inconscient, recherches des traumatismes infantiles, libération d'une libido supposée derrière tous les phénomènes de la vie affective, mises à jour des pulsions mythiques comme l'instinct de mort, la psychanalyse n'a été que tout cela pendant longtemps ; mais elle tend de plus en plus à porter sa recherche vers les mécanismes de défense, et à admettre finalement que le sujet ne reproduit son histoire que par ce qu'il répond à une situation présente. Mme Anna Freud a fait un inventaire

de ces mécanismes de défense (1) : outre la sublimation, considérée comme une conduite normale, elle trouve 9 procédés par lesquels le malade se défend, et qui définissent par leurs combinaisons les différents types de névrose : le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolement, l'annulation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement contre soi, la transformation en son contraire.

— L'hystérique use surtout de refoulement ; il soustrait au conscient toutes les représentations sexuelles ; il rompt par mesure de protection, la continuité psychologique, et dans ces « syncopes psychiques » apparaissent l'inconscience, l'oubli, l'indifférence qui constituent l'apparente « belle humeur » de l'hystérique ; il brise aussi l'unité du corps pour en effacer tous les symboles et tous les substituts de la sexualité : d'où les anesthésies et les paralysies pithiatiques ;

— Au contraire l'obsessionnel se défend surtout par « l'isolement » ; il sépare l'émoi conflictuel de son contexte ; il lui donne des symboles et des expressions sans rapport apparent avec son contenu réel ; et les forces en conflit font surgir brusquement des conduites pulsionnelles, rigides et absurdes, au milieu d'un comportement adapté : témoin cette malade de Freud (2), qui sans savoir pourquoi, sans qu'elle pût se justifier elle-même par aucun sentiment de précaution ou d'avarice ne pouvait s'empêcher de noter tous les numéros des billets de banque qui lui passaient entre les mains. Mais cette conduite, absurde dans son isolement, avait un sens si on la replaçait dans son contexte affectif : elle faisait écho au désir

(1) ANNA FREUD, *Le moi et les mécanismes de défense*, p. 39.

(2) *Introduction à la psychanalyse*, p. 286.

que la malade avait éprouvé de s'assurer de l'amour d'un homme en lui confiant comme gage une pièce de monnaie, mais toutes les pièces de monnaie se ressemblent... ; si, du moins, elle avait pu lui donner un billet que l'on pût reconnaître à son numéro... Et elle s'était défendu contre cet amour qu'elle jugeait coupable en isolant la conduite de ses justifications sentimentales ;

— Délirant, à la fois persécuté et persécuteur, dénonçant dans le cœur des autres ses propres désirs et ses propres haines, aimant ce qu'il veut détruire, s'identifiant à ce qu'il hait, le paranoïaque se caractérise surtout par des mécanismes de projection, d'introjection et de retournement. C'est Freud, le premier (1) qui a montré dans la jalousie paranoïaque l'ensemble de ces processus. Quand le paranoïaque reproche à son partenaire de le tromper, lorsqu'il systématise autour de cette infidélité tout un ensemble d'interprétations, il ne fait pas autre chose que de reprocher à l'autre ce qu'il se reproche à lui-même ; s'il accuse sa maîtresse de le tromper avec un ami, c'est que lui-même éprouve précisément ce désir ; et il se défend contre ce désir homosexuel en le transformant en rapport hétérosexuel, et en le projetant sur l'autre, sous la forme d'un reproche d'infidélité. Mais par une projection symétrique, qui a, elle aussi, le sens d'une justification et d'une catharsis, il accusera de désir homosexuel celui-là même qu'il désire, et par un retournement de l'affect, il se vantera d'une haine mythique que justifie à ses yeux les assiduités de son rival. Ce n'est pas moi qui te trompe, c'est toi qui me trahis ; ce n'est pas moi qui l'aime, c'est lui qui me désire et me poursuit ; de l'amour, je n'en ai pas pour lui, mais seulement de la

(1) *Cinq psychanalyses* : « Le président Schreber », p. 201.

haine : tels sont les mécanismes par lesquels un paranoïaque, se défendant contre son homosexualité, constitue un délire de jalousie.

L'itération pathologique du passé a donc maintenant un sens ; ce n'est pas la pesanteur d'un « instinct de mort » qui l'impose ; la régression fait partie de ces mécanismes de défense ou plutôt elle est le recours aux ensembles de protection déjà établis. La forme itérative du pathologique n'est que seconde par rapport à sa signification défensive.

* * *

Le problème nodal demeure : contre quoi se défend le malade lorsqu'enfant, il instaure des formes de protection qu'il remettra à jour dans les répétitions névrotiques de sa vie adulte. Quel est ce danger permanent qui, apparu à l'aurore de sa vie psychologique se profilera constamment sur son univers, menace aux mille visages d'un péril demeuré identique ?

Là encore l'analyse d'un symptôme peut nous servir de fil directeur. Une petite fille d'une dizaine d'années commet un larcin (1) : elle s'empare d'un bâton de chocolat sous les yeux de la vendeuse qui la réprimande et menace de raconter l'histoire à la mère de la fillette. Vol que sa forme impulsive et inadaptée dénonce aussitôt comme névrotique. L'histoire du sujet montre clairement que ce symptôme est au point de convergence de deux conduites : le désir de reprendre une affection maternelle qui lui est refusée, et dont le symbole est, ici, comme bien souvent, l'objet alimentaire ; et d'autre part, l'ensemble des réactions de culpabilité qui suivent l'effort

(1) A. FREUD, *Le traitement psychanalytique des enfants.*

agressif pour capter cette affection. Entre ces deux conduites, le symptôme va apparaître comme un compromis ; l'enfant donnera libre cours à ses besoins d'affection en commettant le larcin, mais il libérera ses tendances à la culpabilité, en le commettant de telle manière qu'il soit surpris. Le comportement de vol maladroit se révèle comme une adresse de la conduite ; sa grossièreté est une ruse : compromis entre deux tendances contradictoires, il est une manière de dominer un conflit. Le mécanisme pathologique est donc protection contre un conflit, défense en face de la contradiction qu'il suscite.

Mais tout conflit ne provoque pas une réaction morbide et la tension qu'il fait naître n'est pas forcément pathologique ; elle est même probablement la trame de toute vie psychologique. Le conflit que révèle le compromis névrotique n'est pas simplement contradiction externe dans la situation objective ; mais contradiction immanente, où les termes se mêlent de telle manière que le compromis, loin d'être une solution, est, en dernier ressort un approfondissement du conflit. Quand un enfant vole pour récupérer une affection perdue, et calme ses scrupules en se faisant surprendre, il est clair que le résultat de son geste, en amenant la punition désirée lui retirera, plus encore, l'affection qu'il regrette, augmentera chez lui les désirs captatifs que son vol symbolise, et satisfait un instant, majorera par conséquent les sentiments de culpabilité. Expérience de frustration et réaction de culpabilité sont ainsi liées, non pas comme deux formes de conduite divergentes qui se partagent le comportement, mais comme l'unité contradictoire qui définit la double polarité d'une seule et même conduite. La contradiction pathologique n'est pas le conflit normal : celui-ci déchire de l'extérieur la vie affective du sujet ; il suscite chez lui

des conduites opposées, il le fait osciller ; il provoque des actions, puis fait naître le remords ; il peut exalter la contradiction jusqu'à l'incohérence. Mais l'incohérence normale est, en toute rigueur, différente de l'absurdité pathologique. Celle-ci est animée de l'intérieur par la contradiction ; la cohérence du jaloux pour convaincre sa femme d'infidélité est parfaite ; parfaite aussi la cohérence de l'obsédé dans les précautions qu'il prend. Mais cette cohérence est absurde parce qu'elle approfondit, en se développant, la contradiction qu'elle tente de surmonter ; quand une malade de Freud écarte de sa chambre, dans un souci obsessionnel, toutes les pendules et toutes les montres dont le tic-tac pourrait troubler son sommeil, elle se défend à la fois contre ses désirs sexuels et elle les satisfait mythiquement : elle écarte d'elle tous les symboles de la sexualité, mais aussi de la régularité physiologique que pourrait troubler la maternité qu'elle désire : en même temps qu'elle satisfait ses désirs sur le mode magique, elle accroît réellement ses sentiments de culpabilité (1). Là où l'individu normal fait l'expérience de la contradiction, le malade fait une expérience contradictoire ; l'expérience de l'un s'ouvre sur la contradiction, celle de l'autre se ferme sur elle. En d'autres termes : conflit normal, ou ambiguïté de la situation ; conflit pathologique, ou ambivalence de l'expérience (2).

Tout comme la peur est réaction au danger extérieur, l'angoisse est la dimension affective de cette contradiction interne. Désorganisation totale de la vie affective, elle est l'expression majeure de l'ambivalence, la forme dans

(1) *Introduction à la psychanalyse*, p. 287.

(2) C'est cette unité contradictoire de la conduite et de la vie affective que l'on appelle depuis Bleuler « ambivalence ».

laquelle elle s'achève, puisqu'elle est l'expérience gineuse de la contradiction simultanée, l'épreuve même désir de vie et de mort, d'amour et de haine, l'apothéose sensible de la contradiction psychologique, l'angoisse de l'enfant qui découvre par la morsure que l'érotisme de l'absorption est chargé d'agressivité destructrice, angoisse encore du mélancolique qui, pour arracher à la mort l'objet aimé, s'identifie à lui, devient ce qu'il a été, mais finit par s'éprouver lui-même dans la mort de l'autre, et ne peut retenir l'autre dans sa propre vie qu'en le rejoignant dans la mort. Avec l'angoisse nous sommes au cœur des significations pathologiques. Sous tous les mécanismes de protection qui singularisent la maladie, se révèle l'angoisse et chaque type de maladie définit une manière spécifique d'y réagir : l'hystérique refoule son angoisse et l'oblitére en l'incarnant dans un symptôme corporel ; l'obédo ritualise, autour d'un symbole, des conduites qui lui permettent de satisfaire les deux côtés de son ambivalence ; quant au paranoïaque, il se justifie mythiquement en attribuant aux autres par projection tous les sentiments qui portent en eux leur propre contradiction ; il répartit sur autrui les éléments de son ambivalence, et masque son angoisse sous les formes de son agressivité. C'est l'angoisse aussi, comme épreuve psychologique de la contradiction intérieure qui sert de dénominateur commun et qui donne une signification unique au devenir psychologique d'un individu : elle a été éprouvée pour la première fois dans les contradictions de la vie infantine et dans l'ambivalence qu'elles suscitent ; et sous sa poussée latente, les mécanismes de défense se sont érigés, répétant tout au cours d'une vie leurs rites, leurs précautions, leurs manœuvres rigides dès que l'angoisse menace de réapparaître.

On peut donc dire, en un sens, que c'est par l'angoisse que l'évolution psychologique se transforme en histoire individuelle ; c'est l'angoisse, en effet, qui en unissant le passé et le présent les situe l'un par rapport à l'autre et leur confère une communauté de sens ; la conduite pathologique nous avait semblé avoir paradoxalement un contenu archaïque et une insertion significative dans le présent ; c'est que le présent, sur le point de susciter l'ambivalence et l'angoisse, provoque le jeu de la protection névrotique ; mais cette angoisse menaçante, et les mécanismes qui l'écartent ont été depuis longtemps fixés dans l'histoire du sujet. La maladie se déroule alors dans le style d'un cercle vicieux : le malade se protège par ses actuels mécanismes de défense contre un passé dont la présence secrète fait sourdre l'angoisse ; mais d'un autre côté, contre l'éventualité d'une angoisse actuelle, le sujet se protège en faisant appel à des protections jadis instaurées au cours de situations analogues. Le malade se défend-il avec son présent contre son passé, ou se protège-t-il de son présent avec l'aide d'une histoire révolue ? Il faut dire, sans doute que c'est dans ce cercle que réside l'essence des conduites pathologiques ; si le malade est malade, c'est dans la mesure où le lien du présent au passé ne se fait pas dans le style d'une intégration progressive. Certes, tout individu a éprouvé de l'angoisse et érigé des conduites de défense ; mais le malade vit son angoisse et ses mécanismes de défense dans une circularité qui le fait se défendre contre l'angoisse par les mécanismes qui lui sont liés historiquement, qui, de ce fait l'exaltent le plus, et menacent sans cesse de la remettre à jour. Par opposition à l'histoire de l'individu normal, cette monotonie circulaire est le trait de l'histoire pathologique.



La psychologie de l'évolution, qui décrit les symptômes comme des conduites archaïques, doit donc être complétée par une psychologie de la genèse qui décrit, dans une histoire, le sens actuel de ces régressions. Il faut trouver un style de cohérence psychologique qui autorise la compréhension des phénomènes morbides sans prendre pour modèle de référence des stades décrits à la manière de phases biologiques. Il faut trouver le nœud des significations psychologiques à partir duquel, historiquement, s'ordonnent les conduites morbides.

Or, ce point vers lequel convergent les significations, nous venons de le voir, c'est l'angoisse. L'histoire psychologique du malade se constitue comme un ensemble de conduites significatives, qui érigent des mécanismes de défense contre l'ambivalence des contradictions affectives. Mais, dans l'histoire psychologique, le statut de l'angoisse est ambigu : c'est elle que l'on retrouve sous la trame de tous les épisodes pathologiques d'un sujet ; elle les hante sans cesse ; mais c'est parce qu'elle était déjà là, que ces épisodes se sont succédé, comme autant de tentatives pour lui échapper ; si elle les accompagne, c'est qu'elle les a précédés. Pourquoi tel individu ne rencontre, dans une situation, qu'un conflit surmontable, et tel autre une contradiction dans laquelle il s'enferme sur le mode pathologique ? Pourquoi la même ambiguïté œdipienne sera-t-elle dépassée par l'un, alors qu'elle déclenchera, chez l'autre, la longue suite des mécanismes pathologiques ? C'est là une forme de nécessité que l'histoire individuelle dévoile comme un problème, mais ne parvient pas à justifier. Pour qu'une contradiction soit vécue sur le mode anxieux de l'ambivalence, pour qu'à

propos d'un conflit, un sujet s'enferme dans la circularité des mécanismes pathologiques de défense, il a fallu que l'angoisse soit déjà présente, qui a transformé l'ambiguïté d'une situation en ambivalence des réactions. Si l'angoisse remplit l'histoire d'un individu, c'est parce qu'elle est son principe et son fondement ; d'entrée de jeu, elle définit un certain style d'expérience qui marque les traumatismes, les mécanismes psychologiques qu'ils déclenchent, les formes de répétition qu'ils affectent au cours des épisodes pathologiques : elle est comme un *a priori* d'existence.

L'analyse de l'évolution situait la maladie comme une virtualité ; l'histoire individuelle permet de l'envisager comme un fait du devenir psychologique. Mais il faut maintenant la comprendre dans sa nécessité existentielle.

LA MALADIE ET L'EXISTENCE

L'analyse des mécanismes de la maladie laisse en présence d'une réalité qui les dépasse, et qui les constitue dans leur nature pathologique ; aussi loin qu'elle est poussée, elle invite à voir dans l'angoisse l'élément morbide ultime, et comme le cœur de la maladie. Mais pour la comprendre un nouveau style d'analyse s'impose : forme d'expérience qui déborde ses propres manifestations, l'angoisse ne peut jamais se laisser réduire par une analyse de type naturaliste ; ancrée au cœur de l'histoire individuelle, pour lui donner sous ses péripéties, une signification unique, elle ne peut non plus, être épuisée par une analyse de type historique ; mais l'histoire et la nature de l'homme ne peuvent être comprises que par référence à elle.

Il faut maintenant se placer au centre de cette expérience ; c'est seulement en la comprenant de l'intérieur qu'il sera possible de mettre en place dans l'univers morbide les structures naturelles constituées par l'évolution, et les mécanismes individuels cristallisés par l'histoire psychologique. Méthode qui ne doit rien emprunter aux « Naturwissenschaften », à leurs analyses discursives,

à leur causalité **mécaniste** ; **méthode** qui ne **devra jamais** tourner, non plus, à l'histoire biographique, avec sa description des enchaînements successifs et son déterminisme en séries. Méthode qui doit au contraire saisir les ensembles comme des totalités dont les éléments ne peuvent pas être dissociés, si dispersés qu'ils soient dans l'histoire. Il ne suffit plus de dire que la peur de l'enfant est la cause des phobies chez l'adolescent, mais il faut retrouver, sous cette peur originaire et sous ces symptômes morbides, le même style d'angoisse qui leur donne leur unité significative. La logique discursive n'a que faire ici : elle s'embrouille dans les écheveaux du délire et s'épuise à suivre les raisonnements du paranoïaque. L'intuition va plus vite et plus loin, quand elle parvient à restituer l'expérience fondamentale qui domine tous les processus pathologiques (par exemple, dans le cas de la paranoïa, la radicale altération du rapport vivant avec autrui). En même temps qu'elle déploie sous un seul regard les totalités essentielles, l'intuition réduit, jusqu'à l'exténuer, cette distance dont est faite toute connaissance objective : l'analyse naturaliste envisage le malade avec l'éloignement d'un objet naturel ; la réflexion historique le garde dans cette altérité qui permet d'expliquer, mais rarement de comprendre. L'intuition, bondissant à l'intérieur de la conscience morbide, cherche à voir le monde pathologique avec les yeux du malade lui-même : la vérité qu'elle cherche n'est pas de l'ordre de l'objectivité, mais de l'intersubjectivité.

Dans la mesure où comprendre veut dire à la fois rassembler, saisir d'emblée, et pénétrer, cette nouvelle réflexion sur la maladie est avant tout « compréhension » : c'est à cette méthode que s'est exercée la psychologie phénoménologique.

Mais est-il possible de **tout** comprendre ? Le propre de la maladie mentale, par opposition **au** comportement normal, n'est-il pas justement **de** pouvoir être expliqué, mais de résister à toute compréhension. La jalousie n'est-elle pas normale quand nous en comprenons **même** les exagérations, et n'est-elle pas morbide lorsque « nous ne comprenons plus » ses réactions **même** les plus élémentaires ? Il revient à Jaspers (1) d'avoir montré que la compréhension peut s'étendre bien **au** delà des frontières du normal et que la compréhension intersubjective peut atteindre le monde pathologique dans son essence.

Sans doute, il est des formes morbides qui sont encore, et demeureront opaques à la compréhension phénoménologique. Ce sont les dérivés directs des processus dont le mouvement même est inconnu à la conscience normale, comme les irruptions dans la conscience d'images **provoquées** par des intoxications, comme ces « météores psychiques » qui ne peuvent s'expliquer que par une rupture du tempo de la conscience, par ce que Jaspers appelle une « ataxie psychique » ; enfin ce sont ces impressions qui semblent empruntées à une matière sensible totalement étrangère à notre sphère : sentiment d'une influence qui pénètre jusqu'à l'intérieur de la pensée, impression d'être traversé par des champs de forces à la fois matérielles et mystérieusement invisibles, expérience d'une transformation aberrante du corps.

Mais en deçà de ces limites lointaines **de** la compréhension à partir desquelles s'ouvre **le** monde étranger et mort, pour nous, de l'insensé, l'univers morbide **demeure** pénétrable. Et par cette compréhension, **il** s'agit de restituer

(1) K. JASPERS, *Psychopathologie générale*.

manière dont il se vit comme individu malade, ou anormal, ou souffrant), et l'univers morbide sur lequel s'ouvre cette conscience de maladie, le monde qu'elle vise et qu'en même temps elle constitue. Compréhension de la conscience malade, et reconstitution de son univers pathologique, telles sont les deux tâches d'une phénoménologie de la maladie mentale.



La conscience que le malade a de sa maladie est rigoureusement originale. Rien n'est plus faux sans doute que le mythe de la folie, maladie qui s'ignore ; l'éloignement qui sépare la conscience du médecin, de celle du malade, n'est pas mesurée par la distance qui sépare le savoir de la maladie et son ignorance. Le médecin n'est pas du côté de la santé qui détient tout savoir sur la maladie ; et le malade n'est pas du côté de la maladie qui ignore toute chose sur elle-même, jusqu'à sa propre existence. Le malade reconnaît son anomalie et il lui donne, pour le moins, le sens d'une irréductible différence qui le sépare de la conscience et de l'univers des autres. Mais, le malade aussi lucide qu'il soit, n'a pas sur son mal la perspective du médecin ; il ne prend jamais cette distance spéculative qui lui permettrait de saisir la maladie comme un processus objectif se déroulant en lui, sans lui ; la conscience de la maladie est prise à l'intérieur de la maladie ; elle est ancrée en elle, et, au moment où elle la perçoit, elle l'exprime. La manière dont un sujet accepte ou refuse sa maladie, la manière dont il l'interprète et dont il donne signification à ses formes les plus absurdes, tout cela constitue une des dimensions essentielles de la maladie. Ni effondrement inconscient à l'intérieur du processus

à la fois l'expérience que le malade a de sa maladie (la morbide, ni conscience lucide, désinsérée et objective de ce processus, mais reconnaissance allusive, perception diffuse d'un décor morbide sur le fond duquel se détachent les thèmes pathologiques, tel est ce mode de conscience ambigu, dont la réflexion phénoménologique doit analyser les variations (1).

1) La maladie peut être perçue avec un statut d'objectivité qui la place à une distance maxima de la conscience malade. Dans son effort pour l'enrayer et ne pas se reconnaître en elle, le malade lui confère le sens d'un processus accidentel et organique. C'est aux limites de son corps que le malade maintient sa maladie : omettant ou niant toute altération de l'expérience psychologique, il ne donne d'importance et finalement il ne perçoit et ne thématise que les contenus organiques de son expérience. Loin de cacher sa maladie, il l'étale, mais seulement dans ses formes physiologiques ; et dans l'objectivité que le malade confère à ses symptômes, le médecin a raison de voir la manifestation de troubles subjectifs. C'est cette prééminence des processus organiques dans le champ de conscience du malade et dans la manière dont il appréhende sa maladie qui constitue la gamme des signes hystériques (paralysies ou anesthésies psychogènes), des symptômes psycho-somatiques, ou enfin des soucis hypochondriaques que l'on rencontre si souvent dans la psychasthénie ou certaines formes de schizophrénie. Autant que des éléments de la maladie, ces formes organiques ou pseudo-organiques sont, pour le sujet, des modes d'appréhension de sa maladie.

(1) C'est dans cette perspective que Wyrsh a étudié la schizophrénie (*Die Person des Schizophrenen*).

2) Dans la majeure partie des troubles obsessionnels, dans beaucoup de paranoïas et dans certaines schizophrénies, le malade reconnaît que le processus morbide fait corps avec sa personnalité. Mais d'une manière paradoxale : il retrouve dans son histoire, dans ses conflits avec son entourage, dans les contradictions de sa situation actuelle, les prémisses de sa maladie ; il en décrit la genèse ; mais, en même temps, il voit dans le début de sa maladie l'explosion d'une existence nouvelle qui altère profondément le sens de sa vie, au risque de la menacer. Témoins ces jaloux qui justifient leur méfiance, leurs interprétations, leurs systématisations délirantes par une genèse minutieuse de leurs soupçons et qui semblent diluer leurs symptômes tout au long de leur existence ; mais ils reconnaissent que depuis telle aventure ou tel ressaut de leur passion, leur existence est tout à fait transformée, que leur vie est empoisonnée et qu'ils ne peuvent plus la supporter. Ils voient dans leur jalousie morbide la vérité la plus profonde de leur existence et aussi le malheur le plus radical. Ils la normalisent en la référant à toute leur vie antérieure ; mais ils s'en détachent en l'isolant comme un bouleversement brutal. Ils appréhendent leur maladie comme un destin ; elle n'achève leur vie qu'en la brisant.

3) Cette unité paradoxale ne peut pas toujours être maintenue : les éléments morbides se détachent alors de leur contexte normal, et, se refermant sur eux-mêmes, constituent un monde autonome. Monde qui a pour le malade bien des signes de l'objectivité : il est promu et hanté par des forces extérieures que leur mystère fait échapper à toute investigation ; il s'impose à l'évidence, il résiste à l'effort. Les hallucinations qui l'emplissent, lui donnent la richesse sensible du réel ; le délire qui en

unit les éléments lui assure une cohérence quasi rationnelle. Mais la conscience de la maladie ne s'efface pas dans cette quasi-objectivité ; elle demeure présente, au moins de manière marginale : ce monde d'éléments hallucinatoires et de délires cristallisés ne fait que se juxtaposer au monde réel. Le malade ne confond jamais la voix de son médecin et les voix hallucinatoires de ses persécuteurs, quand bien même son médecin n'est pour lui qu'un persécuteur. Le délire le plus consistant n'apparaît tout au plus au malade qu'aussi réel que le réel lui-même ; et dans ce jeu des deux réalités, dans cette ambiguïté théâtrale, la conscience de maladie se révèle comme conscience d'une autre réalité.

Cette opposition au monde réel, ou plutôt l'irréductible juxtaposition de ces deux mondes réels, le malade est prêt à la reconnaître : un halluciné demande à son interlocuteur s'il n'entend pas comme lui, les voix qui le poursuivent ; il le somme de se rendre à cette évidence sensible ; mais si on lui oppose une négation ou une ignorance massive des faits qu'il invoque, il s'en accommode assez bien, et déclare que, dans ces conditions, il est seul à les entendre. Cette singularité de l'expérience n'invalide pas pour lui la certitude qui l'accompagne ; mais il reconnaît, en l'acceptant, en l'affirmant même, le caractère étrange, et douloureusement singulier de son univers ; en admettant deux mondes, en s'adaptant au premier comme au second, il manifeste à l'arrière-plan de sa conduite, une conscience spécifique de sa maladie.

4) Enfin, dans les formes ultimes de la schizophrénie et dans les états de démence, le malade est englouti dans le monde de sa maladie. Il saisit pourtant l'univers qu'il a quitté comme une réalité lointaine et voilée. Dans ce paysage crépusculaire, où les expériences les plus réelles

— les événements, les paroles entendues, l'entourage — prennent une allure fantomatique, il semble que le malade conserve encore un sentiment océanique de sa maladie. Submergé par l'univers morbide, il a conscience de l'être ; et, autant qu'on peut le supposer d'après le récit des malades guéris, l'impression demeure toujours présente à la conscience du sujet, que la réalité n'est saisie que travestie, caricaturée, et métamorphosée, au sens strict du terme, sur le mode du rêve. Mme Séchehaye, qui a soigné et guéri une jeune schizophrène a recueilli les impressions que sa malade avait éprouvées au cours de son épisode pathologique : « On aurait dit, raconte-t-elle, que ma perception du monde me faisait sentir d'une manière plus aiguë la bizarrerie des choses. Dans le silence et l'immensité, chaque objet se découpait au couteau, détaché dans le vide, dans l'illimité, séparé des autres objets. A force d'être lui seul, sans lien avec l'entourage, il se mettait à exister... Je me sentais rejetée du monde, en dehors de la vie, spectatrice d'un film chaotique qui se déroulait sans cesse devant mes yeux, et auquel je ne parvenais pas à participer. » Et un peu plus loin elle ajoute : « Les gens m'apparaissent comme dans un rêve ; je ne parviens plus à distinguer leur caractère particulier. » La conscience de maladie n'est plus alors qu'une immense souffrance morale devant un monde reconnu comme tel par référence implicite à une réalité devenue inaccessible.

La maladie mentale, quelles que soient ses formes, et les degrés d'obnubilation qu'elle comporte, implique toujours une conscience de maladie ; l'univers morbide n'est jamais un absolu où s'aboliraient toutes les références au

(1) SÉCHEHAYE, *Journal d'une schizophrène*, p. 50 et p. 56.

normal ; au contraire la conscience malade se déploie toujours avec, pour elle-même, une double référence, soit au normal et au pathologique, soit au familier et à l'étrange, soit encore au singulier et à l'universel, soit enfin à la veille et à l'ouïsme.



Mais cette conscience malade ne se résume pas dans la conscience qu'elle prend de sa maladie ; elle s'adresse aussi à un monde pathologique, dont il faudrait maintenant étudier les structures, en complétant ainsi l'analyse noétique par l'analyse noématique.

1) M. Minkowski a étudié les perturbations dans les formes temporelles du monde morbide. Il a analysé, en particulier, un cas de délire paranoïde, dans lequel le malade se sent menacé de catastrophes qu'aucune précaution ne peut conjurer : à chaque instant l'imminence se renouvelle, et le fait que le malheur appréhendé ne se soit jamais produit, ne peut pas prouver qu'il ne se produira pas durant les instants suivants. Or la catastrophe dont il se sent menacé est de périr écrasé par tout ce qui dans le monde est résidu, cadavre, détritius, déchets. Entre ce contenu du délire et le thème anxieux de l'imminence catastrophique, il est aisé de voir un rapport significatif : la hantise des « restes » manifeste, chez le sujet, une incapacité à concevoir comment une chose peut disparaître, comment ce qui n'est plus peut ne pas demeurer encore. L'accumulation du passé ne peut plus, pour lui, se liquider ; et, corrélativement, le passé et le présent ne parviennent pas à anticiper sur l'avenir ; aucune sécurité acquise ne peut garantir contre les menaces qu'il contient ; dans le futur, tout est abasourdement possible.

Dans leur entrelacement délirant, ces deux thèmes révèlent ainsi une perturbation majeure dans la temporalité ; le temps ne se projette plus ni ne s'écoule ; le passé s'amoncelle ; et le seul avenir qui s'ouvre ne peut contenir comme promesse, que l'écrasement du présent par la masse sans cesse appesantie du passé (1).

Chaque trouble comporte ainsi une altération spécifique du temps vécu. Binswanger, par exemple, a défini, dans *Ideenflucht*, la perturbation temporelle de l'existence maniaque : le temps y est, par fragmentation, rendu momentané ; et, sans ouverture sur le passé et l'avenir, il tourbillonne sur lui-même, procédant tantôt par bonds, tantôt par répétitions. C'est sur le fond de la temporalité ainsi perturbée que doit se comprendre la « fuite des idées », avec son alternance caractéristique de répétitions thématiques, et d'associations bondissantes et illogiques. Le temps du schizophrène est, lui aussi, saccadé, mais il est brisé par l'imminence du Soudain et du Terrifiant, auquel le malade n'échappe que par le mythe d'une éternité vide ; la temporalité du schizophrène se partage ainsi entre le temps morcelé de l'angoisse et l'éternité, sans forme ni contenu, du délire (2).

2) L'espace, comme structure du monde vécu, peut prêter aux mêmes analyses.

Parfois les distances s'effondrent, comme chez ces délirants qui reconnaissent ici des personnes qu'ils savent ailleurs, ou ces hallucinés qui entendent leurs voix, non pas dans l'espace objectif où on situe les sources sonores, mais dans un espace mythique, dans une sorte de quasi-

(1) MINKOWSKI, *Le temps vécu*.

(2) BINSWANGER, Der Fall Jurg Zund, *Schweizer Archiv f. Neur.* 1946.

espace où les axes de référence sont fluides et mobiles. ils entendent ici, près d'eux, tout autour d'eux, en eux, les voix des persécuteurs, qu'ils situent en même temps, par delà les murs, bien au delà de la ville et des frontières. A l'espace transparent où chaque objet a sa place géographique, et où les perspectives s'articulent, se substitue un espace opaque où les objets se mêlent, se rapprochent et s'éloignent dans une mobilité immédiate, se déplacent sans mouvement et fusionnent finalement dans un horizon sans perspective ; comme le dit M. Minkowski, « l'espace clair » s'estompe dans « l'espace obscur », celui de la peur et de la nuit, ou plutôt ils se mêlent dans l'univers morbide, au lieu de se répartir, comme ils le font dans le monde normal (1).

Dans d'autres cas, l'espace devient insulaire et rigide. Les objets perdent cet indice d'insertion qui marque aussi la possibilité de les utiliser ; ils s'offrent dans une plénitude singulière qui les détache de leur contexte, et ils s'affirment dans leur isolement, sans lien réel ni virtuel avec les autres objets ; les rapports instrumentaux ont disparu. M. Roland Kuhn a étudié dans ce sens les délires de « limites » chez certains schizophrènes : l'importance donnée aux limites, aux frontières, aux murs, à tout ce qui clôt, enferme et protège est fonction de l'absence d'unité interne dans la disposition des choses ; c'est dans la mesure où celles-ci ne « tiennent pas » ensemble qu'il faut les protéger de l'extérieur et les maintenir dans une unité qui ne leur est pas naturelle. Les objets ont perdu leur cohésion et l'espace, sa cohérence ; comme chez ce malade qui dessinait sans cesse le plan d'une ville fantastique dont les fortifications infinies ne protégeaient qu'un

(1) MINKOWSKI, *Le temps vécu*.

agglomérat d'édifices sans significations. Le sens de l'« ustensilité » a disparu de l'espace ; le monde des « Zuhandenen », comme dirait Heidegger, n'est plus, pour le malade, qu'un monde des « Vorhandenen ».

3) Il n'y a pas que le milieu spatio-temporel, l'« Umwelt » qui soit, dans ses structures existentielles, perturbé par la maladie mais aussi la « Mitwelt », l'univers social et culturel. Autrui cesse d'être, pour la malade le partenaire d'un dialogue et le coopérateur d'une tâche ; il ne se présente plus à lui sur le fond des implications sociales, il perd sa réalité de « socius », et devient, dans cet univers dépeuplé, l'Étranger. C'est à cette altération radicale que se réfère le syndrome si fréquent de la « déréalisation symbolique d'autrui » : sentiment d'étrangeté devant le langage, le système d'expression, le corps d'autrui ; difficulté d'accéder jusqu'à la certitude de l'existence de l'autre ; lourdeur et éloignement d'un univers interhumain où les choses exprimées se figent, où les significations ont l'indifférence massive des choses, et où les symboles prennent la gravité des énigmes : c'est le monde rigide du psychasthénique et de la plupart des schizophrènes. La malade de Mme Sécheyne décrit ainsi l'un de ses premiers sentiments d'irréalité ; « Je me trouvais au Patronage ; je vis subitement la salle devenir immense, comme éclairée d'une lumière terrible... Les élèves et les maîtresses semblaient des marionnettes qui évoluaient sans raison, sans but... J'écoutais les conversations, mais je ne saisisais pas les paroles. Les voix me semblaient métalliques, sans timbre et sans chaleur. De temps à autre, un mot se détachait de l'ensemble. Il se répétait dans mon cerveau, comme découpé au couteau, absurde. » L'enfant a peur, la monitrice intervient, la rassure : « Elle me sourit gentiment... Mais son sourire au lieu de me

rassurer, augmente encore mon angoisse et mon désarroi ; car j'aperçus ses dents qu'elle avait blanches et régulières. Ces dents brillaient sous l'éclat de la lumière, et, bientôt, quoique toujours semblables à elles-mêmes, elles occupèrent toute ma vision, comme si toute la salle n'était que dents, sous une lumière implacable (1). »

Et à l'autre pôle de la pathologie, il y a le monde infiniment fluide du délire hallucinatoire : tumulte toujours recommencé des pseudo-reconnaisances, où chacun des autres n'est pas un autre, mais l'Autre majeur, sans cesse rencontré, sans cesse chassé et retrouvé ; présence unique aux mille visages de l'homme abhorré qui trompe et qui tue, de la femme dévorante qui trame la grande conjuration de la mort. Chaque visage, étrange ou familier, n'est qu'un masque, chaque propos, clair ou obscur, ne cache qu'un sens : le masque du persécuteur et le sens de la persécution.

Masques de la psychasthénie, masques du délire hallucinatoire : c'est dans la monotonie des premiers que commence à se perdre la variété des visages humains ; c'est sous les profils innombrables des seconds que se retrouve, unique, stable, et chargée d'un sens implacable, l'expérience délirante de l'halluciné.

4) Enfin, la maladie peut atteindre l'homme dans la sphère individuelle où se déploie l'expérience de son corps propre. Le corps cesse alors d'être ce centre de référence autour duquel les chemins du monde ouvrent leurs possibilités. En même temps la présence du corps à l'horizon de la conscience s'altère. Parfois elle s'épaissit jusqu'à devenir lourdeur et immobilité d'une chose ; elle vire à une objectivité dans laquelle la conscience ne peut

(1) *Journal d'une schizophrène*, pp. 6 et 7.

plus reconnaître *son* corps ; le sujet ne s'éprouve plus que comme cadavre ou comme machine inerte, dont toutes les impulsions émanent d'une extériorité mystérieuse. Voici ce que déclarait une malade, observée par M. Minowski : « Un jour sur deux, mon corps est dur comme du bois. Aujourd'hui, mon corps est épais comme ce mur ; hier à tout moment, j'avais l'impression que mon corps c'était de l'eau noire, plus noire que cette cheminée... Tout est noir en moi, d'un noir mousseux, comme sale... Mes dents sont d'une épaisseur, comme la paroi d'un tiroir... On dirait que mon corps est épais, collé et glissant comme ce parquet (1). »

Parfois aussi la conscience pleine du corps, avec sa spatialité et cette densité où s'insèrent les expériences proprioceptives, finit par s'éteindre jusqu'à n'être plus que conscience d'une vie incorporelle, et croyance délirante en une existence immortelle ; le monde du corps propre, l'« *Eigenwelt* », semble vidé de son contenu, et cette vie qui n'est plus que conscience d'immortalité s'épuise dans une mort lente qu'elle prépare par le refus de tout aliment, de tout soin corporel, de toute préoccupation matérielle. Binswanger a observé une malade, Ellen West, chez qui on peut retrouver cette perturbation de l'*Eigenwelt*, et chez qui l'on voit en même temps se dénouer les formes d'insertion dans le monde. Elle ne reconnaît plus ce mode d'existence qui, à l'intérieur du monde, s'oriente et se meut selon les chemins virtuels qui sont tracés dans l'espace ; elle ne sait plus être « d'aplomb sur terre » ; elle est prise entre le désir de voler, de planer dans une jubilation éthérée, et la hantise d'être captive d'une terre bourbeuse qui l'opresse et la paralyse.

(1) In AJURIAGUERRA et HECAEN, *Les hallucinations corporelles*.

Entre la mobilité joyeusement instantanée, et l'angoisse qui enlève, l'espace solide et ferme du mouvement corporel a disparu ; le monde est devenu « silencieux, glacial et mort » ; la malade rêve son corps, comme une fluidité gracile et éthérée, que son inconsistance libère de toute matérialité. C'est sur ce fond que se manifeste la psychose et que se détachent les symptômes (peur de grossir, anorexie, indifférence affective) qui la mèneront par une évolution morbide de plus de treize ans, jusqu'au suicide (1).



On pourrait être tenté de réduire ces analyses à des analyses historiques, et de se demander si ce que nous appelons l'univers du malade n'est pas seulement une coupe arbitraire sur son histoire, ou, tout au moins l'état ultime dans lequel culmine son devenir. En fait, si Rudolf, un malade de Roland Kuhn, est resté pendant de longues heures auprès du cadavre de sa mère, alors qu'il n'était encore qu'un petit enfant, et qu'il ignorait la signification de la mort, ce n'est pas là la cause de sa maladie ; ces longs contacts avec un cadavre n'ont pu entrer en communauté de sens avec une nécrophilie ultérieure et finalement une tentative d'assassinat, que dans la mesure où s'est constitué un monde où la mort, le cadavre, le corps rigide et froid, le regard glauque avaient un statut et un sens ; il a fallu que ce monde de la mort et de la nuit ait une place privilégiée en face du monde du jour et de la vie, et que le passage de l'un à l'autre, qui avait jadis provoqué chez lui tant d'émerveillement et d'angoisses, le fascine encore au point qu'il

(1) BINSWANGER, Der Fall Ellen West. *Archiv Schw. J. Neur.*, 1941.

veille le forcer par le contact avec des cadavres et par l'assassinat d'une femme (1). Le monde morbide n'est pas expliqué par la causalité historique (j'entends celle de l'histoire psychologique), mais celle-ci n'est possible que parce que ce monde existe : c'est lui qui promet le lien de l'effet et de la cause, de l'antérieur et de l'ultérieur.

Mais il faudrait s'interroger sur cette notion de « monde morbide » et sur ce qui le distingue de l'univers constitué par l'homme normal. Sans doute, l'analyse phénoménologique refuse une distinction *a priori* du normal et du pathologique : « La validité des descriptions phénoménologiques n'est pas limitée par un jugement sur le normal et l'anormal (2). » Mais le morbide se manifeste au cours de l'investigation, comme caractère fondamental de cet univers. C'est, en effet un monde que ses formes imaginaires, voire oniriques, son opacité à toutes les perspectives de l'intersubjectivité, dénoncent comme un « monde privé », comme un ἴδιον κόσμον; et Binswanger rappelle à propos de la folie, le mot d'Héraclite à propos du sommeil : « Ceux qui sont éveillés ont un monde unique et commun (ἕνα καὶ κοινὸν κόσμον); celui qui dort se tourne vers son propre monde (εἰς ἴδιον ἀποστρεφθεσθαί) (3). » Mais cette existence morbide est marquée en même temps par un style très particulier d'abandon au monde : en perdant les significations de l'univers, en perdant la temporalité fondamentale, le sujet aliène cette existence dans le monde où éclate sa liberté ; ne pouvant

(1) R. KUHN, Mordversuch eines depressiven Fetichisten, *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948.

(2) R. KUHN, *ibid.*

(3) BINSWANGER, Trauin und Existenz, *Neue Schweizer Rundschau*, 1939.

en détenir le sens, il s'abandonne aux événements ; dans ce temps morcelé et sans avenir, dans cet espace sans cohérence, on voit la marque d'un effondrement qui livre le sujet au monde comme à un destin extérieur. Le processus pathologique est, comme dit Binswanger, une « Verweltlichung ». Dans cette unité contradictoire d'un monde privé et d'un abandon à l'inauthenticité du monde, est le nœud de la maladie. Ou, pour employer un autre vocabulaire, la maladie est à la fois retrait dans la pire des subjectivités, et chute dans la pire des objectivités.

Mais c'est peut-être toucher là un des paradoxes de la maladie mentale qui contraignent à de nouvelles formes d'analyses : si cette subjectivité de l'insensé est, en même temps, vocation et abandon au monde, n'est-ce pas au monde lui-même qu'il faut demander le secret de cette subjectivité énigmatique ? Après en avoir exploré les dimensions extérieures, n'est-on pas amené forcément à considérer ses conditions extérieures et objectives ?

DEUXIÈME PARTIE

LES CONDITIONS DE LA MALADIE

INTRODUCTION

Les analyses précédentes ont déterminé les coordonnées par lesquelles on peut situer le pathologique à l'intérieur de la personnalité. Mais si elles ont montré les formes d'apparition de la maladie, elles n'ont pas pu en démontrer les conditions d'apparition. L'erreur serait de croire que l'évolution organique, l'histoire psychologique, ou la situation de l'homme dans le monde puisse révéler ces conditions. Sans doute, c'est en elles que la maladie se manifeste, c'est en elles que se dévoilent ses modalités, ses formes d'expression, son style. Mais c'est ailleurs que le fait pathologique a ses racines.

Boutroux disait, dans son vocabulaire, que les lois psychologiques, même les plus générales, sont relatives à une « phase de l'humanité ». Un fait est devenu, depuis longtemps, le lieu commun de la sociologie et de la pathologie mentale : la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle. La malade de Janet qui avait des visions et qui présentait des stigmates, eût été, sous d'autres cieux, une mystique visionnaire et thaumaturge. L'obsédé qui se meut dans l'univers contagieux des sympathies,

semble, dans ses gestes propitiatoires, retrouver les pratiques du magicien primitif : les rites par lesquels il circonviendrait l'objet de son obsession prennent un sens, pour nous, morbide dans cette croyance au tabou dont le primitif veut, normalement, se concilier la puissance équivoque, et s'assurer la complicité dangereusement favorable.

Toutefois, cette relativité du fait morbide n'est pas immédiatement claire. Durkheim pensait en rendre compte par une conception à la fois évolutionniste et statistique : on considérerait comme pathologique dans une société les phénomènes qui, en s'écartant de la moyenne, marquent les étapes dépassées d'une évolution antérieure, ou annoncent les phases prochaines d'un développement qui s'amorce à peine. « Si l'on convient de nommer type moyen l'être schématique que l'on constituerait en rassemblant en un même tout, en une sorte d'universalité abstraite les caractères les plus fréquents de l'espèce..., on pourra dire que tout écart à cet étalon de la santé est un phénomène morbide » ; et il complète ce point de vue statistique, en ajoutant : « Un fait social ne peut être dit normal pour une société déterminée que par rapport à une phase également déterminée de son développement » (*Règles de la méthode sociologique*). Malgré des implications anthropologiques très différentes, la conception des psychologues américains n'est pas éloignée de la perspective durkheimienne. Chaque culture, selon Ruth Benedict (1), élit certaines des virtualités qui forment la constellation anthropologique de l'homme : telle culture, celle des Kwakiutl par exemple, prend pour thème l'exaltation du moi individuel, tandis

(1) *Échantillons de civilisation.*

que celle des Zuni l'exclut radicalement ; l'agression est une conduite privilégiée à Dobu, réprimée chez les Pueblos. Dès lors chaque culture se fera de la maladie une image dont le profil est dessiné par l'ensemble des virtualités anthropologiques qu'elle néglige ou qu'elle réprime. Lowie, étudiant les Indiens Crow, cite l'un d'eux qui possédait une connaissance exceptionnelle des formes culturelles de sa tribu ; mais il était incapable d'affronter un danger physique ; et dans cette forme de culture qui n'offre de possibilité et ne donne de valeur qu'aux seules conduites agressives, ses vertus intellectuelles le faisaient prendre pour un irresponsable, un incompetent et finalement un malade. « Tout comme sont favorisés », dit Benedict, « ceux dont les réflexes naturels sont les plus proches de ce comportement qui caractérise leur société, se trouvent désorientés ceux dont les réflexes naturels tombent dans cet arc de comportement qui n'existe pas dans leur civilisation ». La conception de Durkheim et celle des psychologues américains ont ceci de commun que la maladie y est envisagée sous un aspect à la fois négatif et virtuel. Négatif, puisque la maladie est définie par rapport à une moyenne, à une norme, à un « pattern », et que, dans cet écart, réside toute l'essence du pathologique : la maladie serait marginale par nature, et relative à une culture dans la seule mesure où elle est une conduite qui ne s'y intègre pas. Virtuel, puisque le contenu de la maladie est défini par les possibilités, en elles-mêmes non morbides, qui s'y manifestent : pour Durkheim, c'est la virtualité statistique d'un écart à la moyenne, pour Benedict, la virtualité anthropologique de l'essence humaine ; dans les deux analyses, la maladie prend place parmi les virtualités qui servent de marge à la réalité culturelle d'un groupe social.

C'est manquer, sans doute, ce qu'il y a de positif et de réel dans la maladie, telle qu'elle se présente dans une société. Il y a, en effet des maladies qui sont reconnues comme telles, et qui ont, à l'intérieur d'un groupe, statut et fonction ; le pathologique n'est plus alors, par rapport au type culturel, un simple déviant ; il est un des éléments et l'une des manifestations de ce type. Laissons de côté le cas célèbre des Berdaches, chez les Dakota d'Amérique du Nord ; ces homosexuels ont un statut religieux de prêtres et de magiciens, un rôle économique d'artisans et d'éleveurs, liés à la particularité de leur conduite sexuelle. Mais rien n'indique qu'il y ait à leur sujet, dans leur groupe, une conscience claire de maladie. Au contraire, on trouve cette conscience liée à des institutions sociales bien précises. Voici, d'après Callaway, comment on devient shaman, chez les Zoulous : « au début », celui qui est en train de devenir shaman « est d'apparence robuste, mais avec le temps il devient de plus en plus délicat... ; il ne cesse de se plaindre d'avoir mal... Il rêve de toutes sortes de choses et son corps est boueux... Il a des convulsions qui cessent pour un temps quand on l'a aspergé d'eau. Au premier manque d'égards il verse des larmes, ensuite il pleure bruyamment. Un homme sur le point de devenir devin est une grande cause de troubles ». Il serait donc faux de dire que les conduites caractéristiques du shaman sont des virtualités reconnues et validées chez les Zoulous, qualifiées au contraire d'hypochondrie, ou d'hystérie chez les Européens. Non seulement la conscience de maladie n'est pas exclusive, ici, du rôle social, mais encore elle l'appelle. La maladie, reconnue comme telle, se voit conférer un statut par le groupe qui la dénonce. On en trouverait aussi d'autres exemples dans le rôle joué, il n'y a pas si longtemps

encore, dans nos sociétés, par l'idiot de village et par les épileptiques.

Si Durkheim et les psychologues américains ont fait de la déviation et de l'écart la nature même de la maladie, c'est, sans doute, par une illusion culturelle qui leur est commune : notre société ne veut pas se reconnaître dans ce malade qu'elle chasse ou qu'elle enferme ; au moment même où elle diagnostique la maladie, elle exclut le malade. Les analyses de nos psychologues et de nos sociologues, qui font du malade un déviant et qui cherchent l'origine du morbide dans l'anormal, sont donc avant tout, une projection de thèmes culturels. En réalité, une société s'exprime positivement dans les maladies mentales que manifestent ses membres ; et ceci, quel que soit le statut qu'elle donne à ces formes morbides : qu'elle les place au centre de sa vie religieuse comme c'est souvent le cas chez les primitifs, ou qu'elle cherche à les expatrier en les situant à l'extérieur de la vie sociale, comme le fait notre culture.

Deux questions se posent alors : comment notre culture en est-elle venue à donner à la maladie le sens de la déviation, et au malade un statut qui l'exclut ? Et comment, malgré cela, notre société s'exprime-t-elle dans ces formes morbides où elle refuse de se reconnaître ?

LE SENS HISTORIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE

La forme primitive de l'aliénation est sans doute à trouver dans cette possession, où, depuis l'Antiquité, on a vu, avec le signe majeur de la folie, la transformation de l'homme en un « autre » que lui ; l'*energoumenos* des Grecs, ou le *mente captus* des Latins est celui en qui agit ou s'évertue une puissance venue d'on ne sait quel extérieur. C'est ce même « énergumène » que recueille la tradition chrétienne, pour dénoncer le démon qui l'habite, et chasser par la Parole l'esprit impur déchaîné en lui. Dès lors, le démoniaque, depuis toujours signe visible de l'occulte, devient dans le monde chrétien, témoin du Verbe et de la Lumière : ainsi le Gadarénien, qui vivait nuit et jour dans les sépulcres, criant et se meurtrissant avec des pierres ; sur l'ordre de Jésus les démons sortirent, « et l'on vit le démoniaque assis, vêtu et dans son bon sens... Va dans ta maison, lui dit Jésus, va vers les tiens, et raconte-leur ce que le Seigneur t'a fait, et comment il a eu pitié de toi » (Marc, V, 5-16). Pendant des siècles, le possédé fait partie de l'univers chrétien. Présence incarnée du démon, il est en même temps l'ins-

trument de la gloire de Dieu, et le signe de sa puissance. Dieu, dit saint Bonaventure permet les possessions, « en vue de manifester sa gloire, soit pour la punition du pécheur, soit pour la correction du pécheur, soit pour notre instruction ». Le démoniaque illustre un combat éternel, et la pensée chrétienne reconnaît en lui, le drame de l'homme pris entre le divin et le satanique.

Drame conçu diversement selon les formes de la pensée chrétienne. Pour saint Thomas, la liberté est antérieure à son aliénation par le démon possesseur, et elle lui demeure irréductible, à jamais impénétrable ; c'est dans le corps seulement que se glissent les anges mauvais : *nostris corporibus illabuntur* ; « ils impressionnent les facultés liées à nos organes, mais l'impression ne retentit pas jusqu'à la volonté, parce que la volonté, ni dans son exercice, ni dans son objet, ne dépend d'un organe corporel ». Ainsi, la liberté du possédé est sauve. Mais son corps est condamné ; si c'est à la chair seulement que s'est attaché l'ange possesseur, si c'est cette seule existence animale qu'il agite, tourmente et bouleverse, tuer cette vie bestiale et brûler ce corps, ce n'est, après tout, que rendre à l'âme la pureté de son vouloir, la libérer de l'instrument perversi de sa liberté : la flamme délivrera l'esprit de son corps possédé, on brûlera l'insensé pour son salut. Après la Renaissance, la possession prend un sens nouveau dans la pensée chrétienne. Elle n'est plus perversion du corps qui conserve intacte la liberté de l'âme, mais possession de l'esprit par l'esprit, abolition de la liberté, cependant que l'ordre de la nature, œuvre divine, demeure indifférent au tumulte des cœurs. Ce n'est plus la liberté qui est sauvegardée par delà la possession, mais l'harmonie de la nature qui demeure en deçà de la folie ; l'ordre des choses résiste, avec toute son

ordonnance aux poussées malfaisantes des esprits. « L'essence de la possession », écrit le P. Surin, au milieu du XVII^e siècle, « consiste en une union que le diable a avec l'âme, ayant le droit d'agir comme s'il était l'âme de la personne qu'il possède. Mais la nature humaine borne son action, arrête sa rage, sa fureur et sa malice. De même que le rayon du soleil est tempéré par le cristal, et par le milieu qui arrête sa force, sans empêcher son opération ». Il ne s'agit plus maintenant de détruire le corps, mais de lui éviter d'être l'instrument sans force d'un esprit insensé. Dans cette ligne, se développent, au XVII^e siècle, les nouvelles pratiques hospitalières, où le « régime de force » n'a pas le sens du châtement, mais de la sauvegarde.

Ce qu'il y a d'important, c'est que le christianisme, tout en dépouillant la maladie mentale de son sens humain, lui donne une place à l'intérieur de son univers ; la possession arrache l'homme à l'humanité, pour le livrer au démoniaque, mais elle le maintient dans un monde chrétien, où chaque homme peut reconnaître sa destinée. L'œuvre des XVIII^e et XIX^e siècles est inverse : elle restitue à la maladie mentale son sens humain, mais elle chasse le malade mental de l'univers des hommes.



Le XVIII^e siècle a apporté sans doute l'idée capitale, que la folie n'est pas superposition d'un monde surnaturel à l'ordre de la nature, surcroît démoniaque à l'œuvre de Dieu, mais seulement disparition en l'homme de ses facultés les plus hautes : « La folie n'est que privation », dit l'*Encyclopédie* ; les hallucinations et les délires sont les effets naturels de l'illusion, de l'erreur, de l'incapacité à reconnaître le vrai ; il y a les fous qui ignorent le « vrai

physique » (la vérité des sensations) : ce sont ceux qui entendent « les concerts des anges » ; il y a les fous qui ignorent le « vrai moral » : et chez ceux-là on trouve tous « les travers de l'esprit, toutes les illusions de l'amour-propre, et toutes les passions » (art. Folie de l'*Encyclopédie*). L'aveuglement est devenu le trait distinctif de la folie ; l'insensé n'est plus un possédé, il est tout au plus un dépossédé.

Désormais la folie fait partie de toutes les faiblesses humaines et la démence n'est que variation sur le thème des erreurs des hommes. Pinel peut en 1793 délivrer les enchaînés de Bicêtre, et les laisser vivre comme des hommes. Cabanis, pensant que les erreurs de l'esprit peuvent éclairer sa marche à la vérité, demande l'étude des maladies mentales à la Faculté : « C'est une belle partie de la médecine que l'histoire et le traitement de la folie ; des faits bien choisis sur cette matière éclaireront singulièrement l'étude de l'homme » (*Rapport sur les Écoles de Médecine*, an VII). Esquirol, enfin, crie justice pour ceux dont Diderot disait déjà qu'ils « n'étaient peut-être pas différents du reste des hommes » : « Ceux pour lesquels je réclame sont les membres les plus intéressants de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l'injustice, de l'ingratitude de leurs semblables. Ce sont des pères de famille, des épouses fidèles, des commerçants intègres, des artistes habiles, des guerriers chers à leur patrie, des savants distingués ; ce sont des âmes ardentes, fières et sensibles. » Et il ajoute : « Quel est celui qui peut se promettre qu'il ne sera pas frappé d'une maladie qui marque ses victimes dans tous les âges, dans tous les rangs, dans toutes les conditions ? » Et pourtant de cette conception humaniste de la maladie va sortir une pratique qui exclut le malade de la société des hom-

mes. On a abandonné la conception démoniaque de la possession, mais c'est pour en venir à une pratique inhumaine de l'aliénation.

Si le dément n'est qu'un dépossédé, quelle est donc, en effet, cette faculté qu'il a perdue ? Le XIX^e siècle répond en disant que c'est l'usage de cette faculté la plus haute qui existe en l'homme, de cette faculté par laquelle il définit lui-même l'humanité de l'homme : la liberté, dont la Déclaration des Droits reconnaît à l'homme les formes civiles et juridiques ; le malade mental, au XIX^e siècle, est celui qui a perdu l'usage des libertés que lui a conférées la révolution bourgeoise.

La requête de la marquise d'Espart, dans *L'interdiction*, est très significative à cet égard. Le marquis, dit le texte, est devenu incapable de gérer ses biens et d'élever ses enfants ; « l'anéantissement de sa volonté » a laissé, en quelque sorte, sans titulaire effectif ces droits de tout citoyen, de tout père de famille qui sont garantis à l'homme. Bien plus, à la volonté défaillante du malade, s'est substituée la volonté abusive d'un tiers, qui use de ses droits en ses lieux et places ; une femme exerce sur l'esprit affaibli du marquis un empire que « ne peut justifier aucune raison même prise parmi celles que la morale et la loi réprouvent ». Le marquis est « aliéné » puisqu'un autre, à sa place, peut exercer ses droits, jouir de ses biens, user de ses privilèges, puisqu'en un mot, un autre s'est substitué à lui comme sujet de droit. C'est pour éviter cette aliénation de fait que le Code pénal a prévu l'Interdiction : le malade est alors soumis à la jurisprudence de protection des incapables ; c'est-à-dire que « dans l'intérêt de sa personne, de sa fortune, de ses enfants », sa capacité juridique est transmise à d'autres, conseil de famille et curateur. Pour éviter une aliénation

de fait, on lui substitue donc une aliénation de droit, qui transmet à un autre légalement désigné, les droits que le malade ne peut plus exercer et dont un autre pourrait abusivement s'emparer.

Ce transfert de la personnalité sociale se retrouve dans une pratique juridique plus tardive, celle de l'internement volontaire. Jusqu'en 1838, on internait d'office sous les « infortunés » qui risquaient « de troubler la tranquillité publique » (des Essarts, *Dictionnaire de police*). Mais le cas des aliénés qui ne troublent pas cet ordre n'était pas réglé. Pour en libérer les familles, on créa un « internement volontaire », indépendant de la volonté explicite du malade, mais dépendant de celle de la famille, censée la représenter quand elle est confirmée par le diagnostic médical. C'est dire qu'on substitue à la volonté du sujet, la volonté, tenue pour équivalente, de sa famille : on transfère à autrui les droits stricts de la liberté individuelle.

En d'autres termes, si le XVIII^e siècle a restitué au malade mental la nature humaine, le XIX^e siècle lui a contesté les droits et l'exercice des droits afférents à cette nature. Il en a fait un « aliéné », puisqu'il a transmis à d'autres l'ensemble des capacités que la société reconnaît et confère à tout citoyen ; il l'a retranché, en fait, de la communauté des hommes au moment même où il reconnaissait, en théorie, la plénitude de sa nature humaine. Il ne l'a replacé dans une humanité abstraite qu'en le chassant de la société concrète : c'est cette « abstraction » qui est réalisée dans l'internement.

Le destin du malade est fixé dès lors pour plus d'un siècle : il est aliéné. Et cette aliénation marque tous ses rapports sociaux, toutes ses expériences, toutes ses conditions d'existence ; il ne peut plus se reconnaître dans sa

propre volonté puisqu'on lui en suppose une qu'il ne connaît pas ; il ne rencontre dans les autres que des étrangers, puisque lui-même est pour eux un étranger ; sa liberté est devenue le nœud des contraintes qu'il subit. L'aliénation est donc, pour le malade, bien plus qu'un statut juridique : une expérience réelle ; elle s'inscrit nécessairement dans le fait pathologique. L'antique notion de possession avait sans doute constitué une partie des délires démoniaques. Les pratiques qui se cristallisent autour de la notion d'aliénation ont, à leur tour, peut-être, développé ces formes symptomatiques où le sujet dénonce la confiscation de son vouloir et de sa pensée, l'influence exercée sur lui, les sentiments d'étrangeté qui éloignent de lui, dans un monde froid et absurde, les significations humaines. Du sentiment d'irréalité, aux réactions d'indifférence, en passant par la « déréalisation » d'autrui, il y a toute une série de phénomènes pathologiques dont il serait possible de dénoncer l'origine dans la situation d'aliénation où se trouve placé tout malade mental. On sait l'extension qu'a pris le tableau de la schizophrénie, et la facilité avec laquelle on reconnaît, aujourd'hui, des signes schizophréniques dans les psychoses ou même dans les névroses : rupture du contact affectif avec la réalité, inaptitude du malade à une consociation spontanée avec le milieu, indifférence affective des réactions, rupture des liens vivants avec le monde, et retrait dans un autisme qui absorbe toute la vie psychologique. Cette invasion de la schizophrénie dans les tableaux cliniques n'est peut-être pas seulement une mode de la psychiatrie qui remonterait à Bleuler ; mais bien l'effet sans cesse plus accentué d'une aliénation qui frappe le malade de tous les tabous sociaux ; en le mettant entre parenthèses, la société marque le malade de stig-

mates, où le psychiatre lira les signes de la schizophrénie. Enfin, nous avons montré en commençant que la maladie mentale, plus encore que la maladie organique, met en cause la totalité de l'individu ; mais si elle semble ainsi brouiller la personnalité tout entière, n'est-ce pas dans la mesure où l'expérience de la maladie est liée à l'expérience d'une aliénation où l'homme perd ce qu'il y a de plus humain en lui ? N'est-ce pas parce que la maladie mentale le détache de cette communauté humaine sans laquelle il ne serait pas un homme, n'est-ce pas parce qu'elle fait de lui un étranger, que la maladie semble emporter dans son désastre, les structures les plus solides de la personnalité ? On peut supposer que le jour où le malade ne subira plus le sort de l'aliénation, il sera possible d'envisager la dialectique de la maladie dans une personnalité qui demeure humaine.



Voilà donc à peu près comment notre société en est venue à donner au malade un statut d'exclusion. Il faut maintenant répondre à la seconde question que nous posions tout à l'heure : comment cette société s'exprime-t-elle, malgré tout, dans le malade qu'elle dénonce comme un étranger ? Là justement réside le paradoxe qui a brouillé si souvent les analyses de la maladie : la société ne se reconnaît pas dans la maladie ; le malade s'éprouve lui-même comme un étranger ; et pourtant il n'est pas possible de rendre compte de l'expérience pathologique sans la référer aux structures sociales, ni d'expliquer les dimensions psychologiques de la maladie, dont nous parlions dans la première partie, sans voir dans le milieu humain du malade leur condition réelle.

propre volonté puisqu'on lui en suppose une qu'il ne connaît pas ; il ne rencontre dans les autres que des étrangers, puisque lui-même est pour eux un étranger ; sa liberté est devenue le nœud des contraintes qu'il subit. L'aliénation est donc, pour le malade, bien plus qu'un statut juridique : une expérience réelle ; elle s'inscrit nécessairement dans le fait pathologique. L'antique notion de possession avait sans doute constitué une partie des délires démoniaques. Les pratiques qui se cristallisent autour de la notion d'aliénation ont, à leur tour, peut-être, développé ces formes symptomatiques où le sujet dénonce la confiscation de son vouloir et de sa pensée, l'influence exercée sur lui, les sentiments d'étrangeté qui éloignent de lui, dans un monde froid et absurde, les significations humaines. Du sentiment d'irréalité, aux réactions d'indifférence, en passant par la « déréalisation » d'autrui, il y a toute une série de phénomènes pathologiques dont il serait possible de dénoncer l'origine dans la situation d'aliénation où se trouve placé tout malade mental. On sait l'extension qu'a pris le tableau de la schizophrénie, et la facilité avec laquelle on reconnaît, aujourd'hui, des signes schizophréniques dans les psychoses ou même dans les névroses : rupture du contact affectif avec la réalité, inaptitude du malade à une consonance spontanée avec le milieu, indifférence affective des réactions, rupture des liens vivants avec le monde, et retrait dans un autisme qui absorbe toute la vie psychologique. Cette invasion de la schizophrénie dans les tableaux cliniques n'est peut-être pas seulement une mode de la psychiatrie qui remonterait à Bleuler ; mais bien l'effet sans cesse plus accentué d'une aliénation qui frappe le malade de tous les tabous sociaux ; en le mettant entre parenthèses, la société marque le malade de stig-

mates, où le psychiatre lira les signes de la schizophrénie. Enfin, nous avons montré en commençant que la maladie mentale, plus encore que la maladie organique, met en cause la totalité de l'individu ; mais si elle semble ainsi brouiller la personnalité tout entière, n'est-ce pas dans la mesure où l'expérience de la maladie est liée à l'expérience d'une aliénation où l'homme perd ce qu'il y a de plus humain en lui ? N'est-ce pas parce que la maladie mentale le détache de cette communauté humaine sans laquelle il ne serait pas un homme, n'est-ce pas parce qu'elle fait de lui un étranger, que la maladie semble emporter dans son désastre, les structures les plus solides de la personnalité ? On peut supposer que le jour où le malade ne subira plus le sort de l'aliénation, il sera possible d'envisager la dialectique de la maladie dans une personnalité qui demeure humaine.

* * *

Voilà donc à peu près comment notre société en est venue à donner au malade un statut d'exclusion. Il faut maintenant répondre à la seconde question que nous posions tout à l'heure : comment cette société s'exprime-t-elle, malgré tout, dans le malade qu'elle dénonce comme un étranger ? Là justement réside le paradoxe qui a brouillé si souvent les analyses de la maladie : la société ne se reconnaît pas dans la maladie ; le malade s'éprouve lui-même comme un étranger ; et pourtant il n'est pas possible de rendre compte de l'expérience pathologique sans la référer aux structures sociales, ni d'expliquer les dimensions psychologiques de la maladie, dont nous parlions dans la première partie, sans voir dans le milieu humain du malade leur condition réelle.

La maladie, disions-nous, se situe dans l'évolution, comme une perturbation de son cours ; par son aspect régressif, elle fait apparaître des conduites infantiles ou des formes archaïques de la personnalité. Mais l'évolutionnisme a tort de voir dans ces régressions l'essence même du pathologique, et son origine réelle. Si la régression à l'enfance se manifeste dans les névroses, ce n'est là qu'un effet. Pour que la conduite enfantine soit pour le malade un refuge, pour que sa réapparition soit considérée comme un fait pathologique irréductible, il faut que la société instaure entre le présent et le passé de l'individu une marge que l'on ne peut, ni ne doit franchir ; il faut que la culture n'intègre le passé qu'en le contraignant à disparaître. Et notre culture a bien cette marque. Quand le XVIII^e siècle, avec Rousseau et Pestalozzi, s'est préoccupé de constituer pour l'enfant, avec des règles pédagogiques qui suivent son développement, un monde qui soit à sa mesure, il a permis que l'on forme autour des enfants un milieu irréel, abstrait et archaïque, sans rapport avec le monde adulte. Toute l'évolution de la pédagogie contemporaine, dans le but irréprochable de préserver l'enfant des conflits adultes accentue la distance qui sépare, pour un homme, sa vie d'enfant de sa vie d'homme fait. C'est dire que, pour épargner à l'enfant des conflits, elle l'expose à un conflit majeur, à la contradiction entre sa vie d'enfant et sa vie réelle (1). Si l'on ajoute que, dans ses institutions pédagogiques, une société ne projette pas directement sa réalité, avec ses

(1) C'est peut-être dans cette hétérogénéité, et dans la marge qui sépare ces deux formes de vie, que se trouve la racine de ce phénomène décrit par Freud, comme phase de latence, et rattaché par lui à un mytique retrait de la libido.

conflits et ses contradictions, mais qu'elle la reflète indirectement à travers les mythes qui l'excusent, la justifient et l'idéalisent dans une cohérence chimérique ; si l'on ajoute que dans une pédagogie une société rêve son âge d'or (songez à celles de Platon, de Rousseau, à l'institution républicaine de Durkheim, au naturalisme pédagogique de la République de Weimar), on comprend que les fixations ou régressions pathologiques ne sont possibles que dans une certaine culture ; qu'elles se multiplient dans la mesure où les formes sociales ne permettent pas de liquider le passé, et de l'assimiler au contenu actuel de l'expérience. Les névroses de régression ne manifestent pas la nature névrotique de l'enfance, mais elles dénoncent le caractère archaïque des institutions pédagogiques. Ce qui se trouve au fondement de ces formes pathologiques, c'est le conflit, au sein d'une société, entre les formes d'éducation de l'enfant, où elle cache ses rêves, et les conditions qu'elle fait aux adultes, où se lisent au contraire son présent réel, et ses misères. On pourrait en dire autant pour le développement social : les délires religieux, avec leur système d'assertions grossières, et l'horizon magique qu'ils impliquent toujours, s'offrent comme des régressions individuelles par rapport au développement social. Ce n'est pas que la religion soit par nature délirante, ni que l'individu rejoigne, par delà la religion actuelle, ses origines psychologiques les plus suspectes. Mais le délire religieux est fonction de la laïcisation de la culture : la religion peut être objet de croyance délirante dans la mesure où la culture d'un groupe ne permet plus d'assimiler les croyances religieuses, ou mystiques, au contenu actuel de l'expérience. De ce conflit et de l'exigence de le dépasser, naissent les délires messianiques, l'expérience hallucinatoire des apparitions, et

les évidences de l'appel foudroyant qui restaurent, dans l'univers de la folie, l'unité déchirée dans le monde réel. Le fondement véritable des régressions psychologiques est donc dans un conflit de structures sociales, marquées chacune d'un indice chronologique qui en dénonce les diverses origines historiques.

L'histoire individuelle, avec ses traumatismes, et ses mécanismes de défense, avec surtout l'angoisse qui la hante, nous avait paru former une autre des dimensions psychologiques de la maladie. La psychanalyse a placé à l'origine de ces conflits un débat « métapsychologique », aux frontières de la mythologie, (« les instincts sont nos mythes » disait Freud lui-même), entre l'instinct de vie et l'instinct de mort, entre le plaisir et la répétition, entre Eros et Thanatos. Mais c'est ériger en principe de solution les données mêmes du problème. Si la maladie trouve un mode privilégié d'expression dans cet entrelacement des conduites contradictoires, ce n'est pas que les éléments de la contradiction se juxtaposent, comme une nature paradoxale, dans l'inconscient humain, c'est seulement que l'homme fait de l'homme une expérience contradictoire. Les rapports sociaux que détermine l'économie actuelle, sous les formes de la concurrence, de l'exploitation, des guerres impérialistes, et des luttes de classe, offrent à l'homme une expérience de son milieu humain que hante sans cesse la contradiction. L'exploitation, qui l'aliène en un objet économique, l'attache aux autres, mais par les liens négatifs de la dépendance ; les lois sociales qui l'unissent à ses semblables dans un même destin, l'opposent à eux dans une lutte qui, paradoxalement, n'est que la forme dialectique de ces lois ; l'universalité des structures économiques et sociales lui permet de reconnaître, dans le monde, une patrie, et de lire une

signification commune dans le regard de tout homme, mais cette signification peut être aussi bien celle de l'hostilité, et cette patrie peut le dénoncer comme un étranger. L'homme est devenu pour l'homme aussi bien le visage de sa propre vérité, que l'éventualité de sa mort. Il ne peut pas rencontrer d'emblée le statut fraternel où ses rapports sociaux trouveront leur stabilité, et leur cohérence : autrui s'offre toujours dans une expérience que la dialectique de la vie et de la mort rend précaire et périlleuse. Le complexe d'Œdipe, nœud des ambivalences familiales, est comme la version réduite de cette contradiction : cette haine amoureuse qui le lie à ses parents, l'enfant ne l'apporte pas, telle une équivoque de ses instincts ; il la rencontre seulement dans l'univers adulte, spécifiée par l'attitude des parents qui découvrent implicitement dans leur propre conduite le thème hégélien que la vie des enfants est la mort des parents. Bien plus : ce n'est pas un hasard si Freud, en réfléchissant sur les névroses de guerre, a découvert pour doubler l'instinct de vie, où s'exprimait le vieil optimisme bourgeois du XIX^e siècle, un instinct de mort, qui introduisait pour la première fois dans la psychologie la puissance du négatif. Freud voulait expliquer la guerre ; mais c'est la guerre qui explique ce tournant de la pensée freudienne. Ou plutôt le capitalisme faisait, à cette époque, d'une façon claire pour lui-même, l'expérience de ses propres contradictions : il fallait renoncer au vieux thème de la solidarité, et admettre que l'homme pouvait et devait faire de l'homme une expérience négative, vécue sur le mode de la haine et de l'agression. Les psychologues ont donné à cette expérience le nom de l'ambivalence et ils y ont vu un conflit d'instincts. Son origine est, en réalité, dans la contradiction des rapports sociaux.

Enfin, les phénomènes morbides, nous ont semblé, dans leur convergence, désigner une structure singulière du monde pathologique : et ce monde offrirait, à l'examen du phénoménologue, le paradoxe d'être à la fois, le « monde privé », le « ἴδιος κοσμος » où le malade se retire pour une existence arbitraire de fantaisie et de délire — et en même temps, l'univers de contrainte auquel il est voué sur le mode de l'abandon ; dans cette projection contradictoire, serait l'essence de la maladie. Mais ce paradoxe pathologique n'est que second par rapport à la contradiction réelle qui le suscite. Le déterminisme qui le sous-tend n'est pas la causalité magique d'une conscience fascinée par son monde, mais la causalité effective d'un univers qui ne peut, de lui-même, offrir une solution aux contradictions qu'il a fait naître. Si le monde projeté dans la fantaisie d'un délire emprisonne la conscience qui le projette, ce n'est pas qu'elle s'y engluie elle-même, ce n'est pas qu'elle s'y dépouille de ses possibilités d'être ; mais c'est seulement que le monde, en aliénant sa liberté, l'avait voué à la folie. En s'ouvrant sur un monde délirant, ce n'est pas par une contrainte imaginaire que se lie la conscience morbide ; mais en subissant la contrainte réelle, elle s'échappe dans un monde morbide où elle retrouve, mais sans le reconnaître, cette même contrainte réelle : car ce n'est pas en voulant lui échapper qu'on dépasse la réalité. L'exemple de la schizophrénie est probant : on parle beaucoup de la schizophrénie contemporaine, liée à l'univers de la machine, et à l'effacement des relations affectives directes entre les hommes. Ce lien n'est pas faux, sans doute, et ce n'est pas un hasard si le monde morbide prend si souvent, de nos jours, l'allure d'un monde où la rationalité mécaniste exclut la spontanéité joyeuse et continue de la vie affective. Mais il serait

absurde de dire que l'homme contemporain machinise son univers parce qu'il projette un univers schizophrénique où il se perd ; faux même de prétendre qu'il est schizophrène, parce que c'est là, pour lui, le seul moyen d'échapper à la contrainte de son univers réel. En fait, quand l'homme demeure étranger à sa propre technique, quand il ne peut reconnaître de signification humaine et vivante aux productions de son activité, lorsque les déterminations économiques et sociales le contraignent, sans qu'il puisse trouver sa patrie dans ce monde, alors il vit un conflit qui rend possible le syndrome schizophrénique ; étranger dans un monde réel, il est renvoyé à un « monde privé », que ne peut plus garantir aucune objectivité ; soumis, cependant, à la contrainte de ce monde réel, il éprouve cet univers dans lequel il fuit, comme un destin. Le monde contemporain rend possible la schizophrénie, non parce que ses techniques le rendent inhumain et abstrait ; mais parce que l'homme fait de ses techniques, un tel usage que l'homme lui-même ne peut plus s'y reconnaître. Seul le conflit réel des conditions d'existence peut rendre compte de la structure paradoxale du monde schizophrénique.

En résumé, on peut dire que les dimensions psychologiques de la maladie ne peuvent pas, sans quelques sophismes, être envisagées comme autonomes. Certes, on peut situer la maladie mentale par rapport à l'évolution humaine, par rapport à l'histoire psychologique et individuelle, par rapport aux formes d'existence. Mais on ne doit pas confondre ces divers aspects de la maladie avec ses origines réelles, si on ne veut pas avoir recours à des explications mythiques, comme l'évolution des structures psychologiques, ou la théorie des instincts, ou une anthropologie existentielle. En réalité, c'est dans l'histoire seu-

lement que l'on peut découvrir les conditions de possibilité des structures psychologiques ; et, pour schématiser tout ce que nous venons de dire, on peut admettre que la maladie comporte, dans les conditions actuelles, des aspects régressifs, parce que notre société ne sait plus se reconnaître dans son propre passé ; des aspects d'ambivalence conflictuelle, parce qu'elle ne peut pas se reconnaître dans son présent ; qu'elle comporte, enfin, l'éclosion de mondes pathologiques, parce qu'elle ne peut pas encore reconnaître le sens de son activité et de son avenir.

CHAPITRE VI

LA PSYCHOLOGIE DU CONFLIT

La contradiction dans l'expérience que l'individu fait de son milieu ne suffit pas à épuiser la réalité de la maladie mentale. D'abord, pour la raison évidente que tout individu qui vit ces contradictions n'est pas malade ; et qu'elle peuvent demeurer au niveau des structures sociales, sans prendre réalité dans la vie psychologique du sujet. En second lieu, même lorsque ces contradictions trouvent un statut dans la vie psychologique de l'individu, ce statut n'est pas forcément celui de la maladie : au contraire, la prise de conscience d'une contradiction la fait pénétrer dans la vie psychologique, mais en en prévenant les implications pathologiques ; la preuve en est sans doute dans le fait que jamais les maladies mentales ne sont moins fréquentes, du moins dans les formes qui nécessitent l'internement ou l'intervention médicale, que pendant les périodes de guerre (1). La maladie, dans sa spécificité, se situe donc entre la contradiction dans les structures de l'expérience sociale, et la conscience lucide

(1) Le nombre d'entrées dans les asiles de la Seine a baissé de 40 % durant la dernière guerre ; pendant les années suivantes, il a atteint et dépassé le niveau antérieur.

de cette contradiction : elle s'insère dans cette zone où la contradiction n'est pas encore vécue sur le mode de la conscience, mais seulement dans les formes du conflit.

La maladie relève donc de deux sortes de conditions : les conditions sociales et historiques, qui fondent les conflits psychologiques sur les contradictions réelles du milieu ; et les conditions psychologiques qui transforment le contenu conflictuel de l'expérience en forme conflictuelle de la réaction. C'est de ce passage de la contradiction historique à la contradiction pathologique qu'il faut maintenant étudier.

* * *

La physiologie de Pavlov constitue, pour une grande part, une étude expérimentale du conflit.

La réflexologie a montré que toute activité du système nerveux implique à la fois l'unité et l'opposition de deux processus : l'excitation et l'inhibition. On provoque, par exemple, chez un animal, une réaction salivaire en joignant à l'excitant absolu (la nourriture), une excitation sur un point déterminé du corps. Or, à ce moment, on peut obtenir le même résultat en portant l'excitant sur un point relativement éloigné du précédent ; c'est toute une région du corps qui est alors réflexogène ; le processus de conditionnement s'est diffusé sur tout un secteur de l'organisme, de ses structures nerveuses, et du cortex qui les commande. Mais si on recommence à faire porter, à nouveau, l'excitant sur le point initial, on voit la zone réflexogène refluer, se rétrécir, et se stabiliser finalement dans le voisinage immédiat du point excité. Il y a plus : les régions qui ont été, un moment, atteintes par la diffusion de l'excitation, deviennent alors réfractaires au

conditionnement. Aux bords de la zone d'excitation, il y a une région d'inhibition qui la limite, et qui en repousse progressivement la diffusion. L'ensemble spatial des structures nerveuses est donc un ensemble complexe de zones d'excitation et de zones d'inhibition, liées et opposées les unes aux autres. Il en est de même pour leur ensemble temporel : si on n'appuie pas un excitant conditionnel, comme la lumière, par l'excitant absolu (la nourriture), dans le réflexe de salivation, la liaison disparaît, et le réflexe s'éteint ; veut-on alors instaurer dans cette même région un réflexe de même type, on trouve cette zone réfractaire au conditionnement ; à la période d'excitation succède une phase d'inhibition qui en est comme la limite temporelle.

Le système nerveux, dans son ensemble, se présente donc comme une unité où s'équilibrent les processus inverses de l'excitation et de l'inhibition ; chaque foyer d'excitation est précisé et maintenu par une frange d'inhibition ; chaque phase d'excitation est limitée par une phase d'inhibition qui lui succède. Les formes d'activité du système nerveux constituent ainsi des ensembles qui s'individualisent dans leur structure spatiale et dans leur développement temporel ; la dialectique interne de l'excitation et de l'inhibition leur donne une cohésion qui, sans détruire jamais l'unité fonctionnelle de l'organisme, permet qu'on les analyse isolément comme structures cohérentes d'activité. C'est aux plus larges et aux plus stables d'entre ces structures, à celles qui déterminent l'activité globale de l'individu, que Pavlov donne le nom de stéréotype dynamique.

Mais ce qu'il y a de plus notable, c'est le lien interne qui unit l'excitation et l'inhibition. Il ne s'agit pas de deux processus opposés l'un à l'autre, et qu'une extériorité

rité totale rendrait irréductibles ; l'une n'existe qu'en fonction de l'autre, et la réciprocité de leur action est complète : leur localisation spatiale, leur détermination temporelle, l'intensité de leur dynamisme ne doivent pas s'analyser séparément ; on doit en faire une lecture unique, comme de deux termes liés par leur opposition ; l'excitation et l'inhibition s'appellent l'une l'autre, de telle manière que la détermination d'un schéma d'activité ne se fait pas malgré leur opposition, mais seulement par cette opposition. L'unité de ce processus, que Pavlov appelait l'induction réciproque, est en toute rigueur dialectique.

* * *

Or, ces principes du fonctionnement normal du système nerveux sont également à l'origine des formes pathologiques de son activité. Et ceci de quatre manières.

1) *Les foyers pathologiques.* — Supposons une forte excitation d'un centre du système nerveux supérieur ; elle est, par « induction réciproque » nécessairement accompagnée de l'inhibition des régions qui l'entourent. D'une façon plus précise, si les centres régulateurs de la vie végétative et émotionnelle (les centres sous-corticaux), sont soumis à de violentes excitations, les centres corticaux de l'activité volontaire et représentative seront, par voie de réciprocité, soumis à une forte inhibition. Il se produit alors un blocage et un renforcement corrélatif de l'inhibition et de l'excitation, qui au lieu de s'atténuer et de se liquider progressivement, se maintiennent et par un processus circulaire constituent des foyers d'activité permanente. C'est ce qui se produit dans tous les syndromes psychiatriques, où les activités conscientes sont obli-térées et obnubilées, tandis que dominant les types de

réaction émotionnelle (crises hystériques, épisodes oniriques, confusion mentale). Au contraire les zones corticales, et spécialement les aires préfrontales, peuvent être excitées de telle manière que les centres sous-corticaux soient soumis à une inhibition renforcée : alors se dessinent les syndromes communs à la psychasthénie, à la névrose obsessionnelle, et à certaines formes de schizophrénie : prééminence de noyaux représentatifs (idées fixes, thèmes délirants), et développement des conduites symboliques et verbales (rites obsessionnels, monologues et ruminations des psychasthéniques, constriction d'un vocabulaire et d'une syntaxe qui enferment le schizophrène dans un monde verbal inaccessible.

Il peut donc y avoir maladie par l'existence de foyers pathologiques, c'est-à-dire par l'isolement de zones qui se maintiennent les unes en état d'hyper-activité, les autres en état de sommeil et de silence.

2) *L'inertie pathologique.* — A l'isolement spatial des foyers pathologiques est liée la rigidité temporelle des structures. Les processus d'excitation et d'inhibition ont perdu leur plasticité ; ils se répartissent chacun dans des régions différentes ; et, du coup, l'induction qui les renforce réciproquement exclut qu'ils se remplacent ou qu'ils se succèdent. Ils se bloquent l'un contre l'autre et les zones où ils se sont ainsi fixés demeurent inertes et rigides. D'où ces persistances segmentaires qui caractérisent si souvent les conduites pathologiques. On a de cette inertie morbide des preuves expérimentales : Doline et Zvorobskaja provoquent chez un animal un état fébrile par une injection de dinitrophénol ; chez un autre un état cataleptique par une injection de bulbocapnine. Après un certain nombre de répétitions, on alterne ; or, le résultat demeure : la bulbocapnine provoque chez le

premier une température oscillante ; et le dinitrophénol suscite, chez le second, un état cataleptique avec la flexibilité cireuse, caractéristique des intoxications à la bulbo-capsine. Il s'est instauré, chez chaque animal un stéréotype de réponse organique qui se déclenche d'une manière rigide et immuable, quelle que soit la nature de l'excitant absolu.

Cette particularité fonctionnelle explique l'ensemble de ces phénomènes qui se présentent comme des répétitions pathologiques : raptus moteurs qui sillonnent, par intervalles, la conduite de l'hystérique ; itérations émotives de la névrose d'angoisse, dans lesquelles le malade revit un traumatisme, avec son contexte anxieux et son décor imaginaire ; rigidité de la conduite obsessionnelle et paranoïaque, avec la valorisation stéréotypée de certains ensembles représentatifs qui constituent la crainte fondamentale de l'obsédé ou le noyau délirant du paranoïaque.

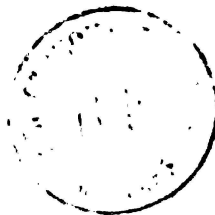
L'inertie pathologique est liée fonctionnellement à l'isolement de foyers pathogènes : plus l'excitation est forte en un point déterminé de l'écorce, plus l'inhibition qui la localise est profonde, plus aussi cette figure structurale de l'activité nerveuse sera rigide. Et les formes variées de cette rigidité sont à rattacher à la diversité des zones d'excitation et d'inhibition : si la répétition angoissée du traumatisme est de l'ordre du raptus, et la rigidité obsessionnelle de l'ordre du doute et du scrupule, c'est que la zone d'excitation est sous-corticale dans le cas de la névrose d'angoisse, corticale, au contraire, dans celui de l'obsession.

3) *Les phénomènes paradoxaux.* — L'inertie caractérise l'activité des zones pathologiquement excitées. Que se passe-t-il d'autre part dans les secteurs où l'activité est

inhibée ? Prenons le cas limite d'une inhibition généralisée. On peut la provoquer expérimentalement chez un animal par une série de stimulations contradictoires : après avoir différencié deux rythmes voisins d'excitation cutanée, l'un comme excitant du réflexe salivaire, l'autre comme inhibiteur, on les applique alternativement dans une succession très rapide (1). Il s'instaure alors un état pathologique, dont le syndrome majeur est la disparition ou l'affaiblissement de tous les réflexes conditionnés positifs. Dans la période qui suit cette disparition, on peut distinguer plusieurs phases, qui marquent les étapes successives de la guérison. A un premier stade, les excitants positifs ont un effet inhibiteur, les excitants négatifs suscitent les réactions positives : ce renversement radical du système excitation-inhibition, Pavlov l'appelle la phase « ultra-paradoxe ». Dans une période suivante, contrairement au principe de la proportionnalité quantitative, à l'état normal, de la réponse et du stimulus, les stimulations faibles provoquent des effets considérables, les stimulations fortes, des effets presque insensibles : c'est la phase « paradoxale », qui perturbe, non plus la nature du rapport stimulus-réponse, mais seulement l'intensité de ce rapport. Enfin, le dernier stade de cet état pathologique, celui qui précède immédiatement le retour à l'état normal, est le stade « d'équilibre », où toutes les excitations provoquent une réaction égale, comparable à celle d'un excitant énergétique à l'état normal.

Dans l'ensemble de ces phénomènes « paradoxaux », on peut trouver le principe fonctionnel qui explique bien des comportements pathologiques. Une des données de l'expérience clinique consiste dans l'impénétrabilité de

(1) Expérience de Razenkov.



la maladie, en ce sens que le malade est insensible aux expériences qui contredisent son délire, qui futilisent sa crainte obsédante, on prive de contenu son anxiété de mélancolique ; et en cet autre sens, aussi, que l'ensemble de ses conduites pathologiques révèle une monotonie commune, malgré toutes leurs différences, au déprimé et au maniaque, au schizophrène pauvre et stéréotypé, comme au paranoïde exubérant d'un délire polymorphe ; quelle que soit la situation où il se trouve, le style de réponse du malade est le même ; le tonus de ses réactions se maintient — élevé chez le maniaque, bas chez le déprimé, dans les circonstances les plus familières, ou dans les plus extraordinaire et les plus urgentes ; le sens des réponses demeure indépendant des situations qui les ont motivées. Et l'impression que donne le malade d'être enfermé dans sa maladie, d'être « incorrigible », comme disent les Allemands à propos des délires, est due, sans doute, à l'indifférence des réponses qui demeurent étrangères aux spécifications du milieu. C'est là l'effet de cette indifférence fonctionnelle, qui caractérise la phase « d'équilibre » observable dans les inhibitions expérimentales.

On trouverait de la même façon, dans la phase « paradoxale », le principe d'explication fonctionnelle qui rend compte des formes contradictoires de la conduite pathologique. Un des aspects de l'inadaptation morbide est dans le renversement des valeurs qualitatives de la stimulation : c'est la discordance schizophrénique, avec cette ironie à contre-temps, ces réponses à côté, ce négativisme que l'on décrit comme la rupture d'un mythique « contact avec la réalité » ; c'est chez l'obsédé, le ritualisme, la prévalence du minuscule sur l'essentiel, le souci exclusif de la forme ; chez le délirant, c'est l'évidence foudroyante qui l'illumine dans les signes normalement les plus dou-

teux, les plus obscurs, les plus équivoques. Bref, cette existence qui nous paraît « insensée », parce que son sens est comme le négatif du nôtre, ne désigne-t-elle pas un trouble fonctionnel, dont la manifestation la plus dépouillée est à trouver dans la phase « paradoxale », qui renverse chez l'animal d'expérience, le rapport qualitatif du stimulus et de la réponse ?

Enfin les mécanismes de la phase ultra-paradoxale peuvent servir de principe d'explication pour ces phénomènes centraux de la maladie mentale que sont l'ambivalence et l'inversion pathologique. Le paranoïaque, dans un seul mouvement de sa passion, aime et déteste, désire posséder et tuer ; le psychasthénique, dans le moment même où il veut échapper à l'influence des autres, où il veut ériger des conduites de secret et asseoir son indépendance, se sent vu, observé, épié, transpercé par le regard et la volonté d'autrui ; le schizophrène vit dans une ambivalence, dont la contradiction défie le langage, et le contraint à des modes d'expression qui lui sont absolument spécifiques (néologismes, mots contaminés, mimiques décrites comme le « maniérisme » schizophrénique). La juxtaposition, en réponse à une même situation, de conduites contradictoires, peut, sans doute, s'expliquer par le renversement radical des stéréotypes fonctionnels : le stimulus excitant devient inhibiteur, et inversement ; et la mise en jeu des segments fonctionnels est d'emblée en contradiction, avec la situation qui la provoque. C'est la caractéristique de la phase ultraparadoxale.

4) *Les réactions de défense.* — Un problème demeure : comment et pourquoi s'est instauré cet état d'inhibition sur le fond duquel apparaissent les phénomènes pathologiques, comme la localisation de foyers, l'inertie des

réponses, et les réactions paradoxales ? Un fait connu dans la pathologie classique éclaire le rôle de l'inhibition : il arrive que des schizophrènes évoluent peu à peu vers un état catatonique qui se caractérise par une quasi-immobilité du sujet, une insensibilité presque totale aux sollicitations du milieu, une inertie de la musculature qui maintient les corps dans les attitudes données, et dans la plupart des cas un fond psychique proche de l'onirisme. Or, la catatonie passe pour être d'un bon pronostic dans l'évolution de la schizophrénie, et on voit des malades, au bout de plusieurs années, sortir de leur état catatonique considérablement améliorés. La catatonie est un des exemples les plus manifestes d'inhibition généralisée, et le pronostic favorable qu'elle comporte montre la signification de l'inhibition : elle est essentiellement mécanisme de défense et de récupération ; elle correspond, selon Pavlov, au processus d'assimilation de la cellule nerveuse, alors que l'excitation correspond à la dépense et à la désassimilation.

On peut conclure : au moment où les conditions du milieu ne permettent plus l'activité normale du système nerveux, et que les contradictions auxquelles est soumis l'individu ne permettent plus la dialectique normale de l'excitation et de l'inhibition, il s'instaure une inhibition de défense. C'est cette inhibition de défense qui explique les mécanismes de la maladie : parce que l'inhibition fonctionnelle est ainsi renforcée, les points d'excitation se localisent, créant des foyers pathologiques ; parce que son dynamisme est accentué, les réactions positives sont fixées dans une rigidité qui exclut toute plasticité et toute adaptation ; enfin, parce que son extension se généralise sans cesse, elle constitue un fond d'inhibition diffuse à la surface duquel se produisent les phénomènes paradoxaux.

La maladie est donc une des formes de la défense. Mais dans quelles conditions se produit-elle et quels mécanismes spécifient cette défense comme maladie ? Toute situation de conflit ne suscite pas, en effet, la défense morbide. On conditionne, par exemple, un animal par un excitant sonore d'un certain rythme ; on lui juxtapose un rythme voisin qui n'est jamais soutenu par l'excitant absolu ; l'animal commence par confondre les deux rythmes, répond positivement ou négativement à l'un aussi bien qu'à l'autre : il est dans une situation de conflit. Mais progressivement il différencie les deux excitants d'après leurs rythmes ; l'un prend définitivement la valeur positive, l'autre la valeur négative, et devient ainsi inhibiteur. Par la différenciation, c'est-à-dire par un jeu plus fin de l'inhibition et de l'excitation, les conditions de la réponse adaptée sont ainsi précisées, et le conflit cesse. De la même façon, quand on transforme un agent excitant en agent inhibiteur, il s'instaure une situation de conflit qui fait apparaître indifféremment des réponses positives et négatives. Mais peu à peu les réponses positives sont toutes inhibées, et par une différenciation temporelle, l'excitant positif prend valeur de stimulation négative. Il y a donc réponse adaptée au conflit, lorsqu'une différenciation fonctionnelle permet une réaction individualisée à chaque terme ou à chaque phase de la situation conflictuelle ; ou, en d'autres termes, lorsque la dialectique de l'organisme peut se constituer en fonction de la dialectique de ses conditions d'existence, et se reconnaître en elle.

Lorsqu'au contraire le conflit se présente avec un caractère de contradiction si absolue, ou lorsque les possibilités de l'individu sont si restreintes que la différenciation ne peut se faire, alors l'individu ne peut se défendre qu'en

se mettant hors circuit, qu'en répondant par une **inhibition généralisée**.

Il y a maladie lorsque le conflit, au lieu d'amener une différenciation dans la réponse, provoque une réaction diffuse de défense ; en d'autres termes, lorsque l'individu ne peut maîtriser, au niveau de ses réactions, les contradictions de son milieu, lorsque la dialectique psychologique de l'individu ne peut se retrouver dans la dialectique de ses conditions d'existence.

C'est dire, en d'autres termes, qu'il est aliéné ; non plus en ce sens classique qu'il serait devenu étranger à la nature humaine, comme le disaient médecins et juristes du XIX^e siècle ; mais en ce sens que le malade ne peut pas se reconnaître, en tant qu'homme dans des conditions d'existence que l'homme lui-même a constituées. L'aliénation, avec ce contenu nouveau, n'est plus une aberration psychologique, elle est définie par un moment historique : c'est en lui seulement qu'elle est rendue possible.

CONCLUSION

La pathologie classique admet volontiers que le fait premier est dans l'*anormal* à l'état pur ; que l'*anormal* cristallise autour de lui les conduites pathologiques dont l'ensemble forme la *maladie* ; et que l'altération de la personnalité qui en résulte, constitue l'aliénation. Si ce que nous venons de dire est exact, il faudrait renverser l'ordre des termes, et en partant de l'aliénation comme situation originaire, découvrir ensuite le malade, pour définir en dernier lieu, l'*anormal*.

1) *Aliénation historique et aliénation psychologique.* — Ce n'est donc pas parce qu'on est malade qu'on est aliéné, mais dans la mesure où on est aliéné qu'on est malade. N'est-ce pas, toutefois, contredire ce que nous disions tout à l'heure sur l'histoire de l'aliénation ? L'aliénation n'est-elle pas issue, comme une notion abstraite des pratiques juridiques et médicales qui depuis le **xix^e** siècle concernent le malade ? L'aliénation n'est-elle pas comme une superstructure par rapport à la maladie ? En fait, c'est parce que l'aliénation historique est la condition première de la maladie, que l'on a fait de l'aliénation psychologique et juridique la sanction de la maladie. Dans une société comme la **nôtre**, le dément s'offre, en effet, comme une contradiction vivante, et avec toute la violence d'une insulte. La révolution bourgeoise a défini

l'humanité de l'homme par une liberté théorique et par une égalité abstraite. Et voilà que le malade mental s'érige en sujet de scandale : il est la démonstration que l'homme concret n'est pas tout entier défini par le système des droits abstraits qui lui sont théoriquement reconnus, puisque ce système ne fait pas place à cette éventualité humaine qu'est la maladie, et que pour les malades mentaux la liberté n'est que vaine et l'égalité sans contenu ; il est, d'autre part, la preuve que, dans sa vie réelle d'homme libre, de citoyen égal à tous les autres, l'homme peut rencontrer des conditions qui suppriment effectivement cette liberté et cette égalité ; qu'il peut se trouver dans des situations qui lient sa liberté et qui l'isolent à jamais de la communauté des hommes. Il démontre que la société bourgeoise, par les conflits même qui ont rendu possible sa maladie, n'est pas à la mesure de l'homme réel ; qu'elle est abstraite par rapport à l'homme concret et à ses conditions d'existence ; qu'elle met sans cesse en conflit l'idée unitaire qu'elle se fait de l'homme et le statut contradictoire qu'elle lui donne. Le malade mental est l'apothéose de ce conflit. Et si, par le mythe de l'aliénation mentale, on le repousse aux limites extérieures de la cité, c'est pour ne pas voir en lui l'expression scandaleuse de ces contradictions qui ont rendu sa maladie possible, et qui constituent la réalité même de l'aliénation sociale. Si on a fait de l'aliénation psychologique la conséquence ultime de la maladie, c'était pour ne pas voir dans la maladie ce qu'elle était réellement : la conséquence des contradictions sociales dans lesquelles l'homme s'est historiquement aliéné.

2) *Le normal et le pathologique.* — En faisant de l'aliénation sociale la condition de la maladie, on dissipe, du même coup, le mythe d'une aliénation psychologique qui

ferait du malade un étranger dans son propre pays ; on échappe aussi aux thèmes classiques d'une personnalité altérée, d'une mentalité hétérogène, et de mécanismes spécifiquement pathologiques. L'analyse fonctionnelle que propose la physiologie pavlovienne permet, en effet, de définir les processus de la maladie, dans les mêmes termes que l'adaptation normale : les mécanismes de l'excitation et de l'inhibition, de l'induction réciproque, de la réaction de défense, sont communs à toutes les analyses de la conduite normale ou pathologique. Les processus morbides sont de plain-pied avec les réactions normales ; « Il est impossible d'examiner les processus pathologiques séparément des processus normaux dont les mécanismes de base sont les mêmes (1). »

La maladie est faite de la même trame fonctionnelle que l'adaptation normale ; ce n'est donc pas à partir de l'anormal, comme le veut la pathologie classique qu'il faut chercher à définir la maladie ; c'est au contraire la maladie qui rend possible l'anormal, et le fonde : les réactions « paradoxales », comme le renversement de la valeur positive de l'excitation en valeur négative de la réaction, sont bien, en un sens, des phénomènes anormaux ; mais ils ne s'offrent jamais que sur un fond d'inhibition qui représente la réaction de défense, et la forme primaire de la maladie. L'anormal est une conséquence du morbide, loin d'en être le noyau élémentaire. C'est donc renverser les termes du problème que de chercher à définir la maladie à partir d'une distinction du normal et de l'anormal ; c'est faire d'une conséquence une condition, dans le but, sans doute implicite, de masquer l'aliénation comme condition véritable de la maladie.

(1) БУКОВ, Session de l'Académie de Médecine de l'U. R. S. S.

3) *L'organique et le psychologique.* — Nous avons montré, au début, comment la notion de personnalité semblait faire éclater les cadres de la pathologie classique, et comment elle exigeait un style d'analyse qui fût différent des analyses organiques. Mais la définition de la maladie mentale à partir de ses conditions réelles — historiques et humaines — nous ramène à une conception unitaire du pathologique. L'analyse pavlovienne du conflit montre, en effet qu'il faut laisser de côté l'antithèse de la psychogenèse et de l'organogenèse. Les maladies mentales sont des atteintes de la personnalité tout entière ; dans cette mesure, elles ont leur origine dans les conditions réelles de développement et d'existence de cette personnalité ; et elles prennent leur départ dans les contradictions de ce milieu. Mais le conflit ne se transforme pas d'emblée, et par simple transposition psychologique, en maladie mentale ; il devient maladie lorsque la contradiction des conditions d'existence devient contradiction fonctionnelle des réactions. Et c'est dans cette notion de trouble fonctionnel que la pathologie mentale trouve son unité avec la pathologie organique.

Le matérialisme, en psychopathologie, doit donc éviter deux erreurs : celle qui consisterait à identifier le conflit psychologique et morbide avec les contradictions historiques du milieu, et à confondre ainsi l'aliénation sociale et l'aliénation mentale ; et celle, d'autre part, qui consisterait à vouloir réduire toute maladie à une perturbation du fonctionnement nerveux, dont les mécanismes, encore inconnus, pourraient, en droit, être analysés d'un point de vue purement physiologique.

Contre la première erreur, il faut sans cesse rappeler que la maladie ne commence pas avec ses conditions de possibilité, qu'elle ne débute, en fait, qu'avec les troubles

fonctionnels, et qu'enfin, si l'aliénation sociale est condition de la maladie, et l'aliénation mentale sa conséquence mythique, entre les deux, la maladie doit conserver sa réalité propre et ses dimensions spécifiques. Contre le second écueil, il faut faire valoir que les troubles fonctionnels ne pourront pas épuiser l'ensemble des faits pathologiques et leurs conditions, tant que toutes les formes possibles du conflit n'auront pas disparu des conditions de l'existence humaine. C'est seulement s'il est possible de changer ces conditions, que la maladie disparaîtra en tant que trouble fonctionnel résultant des contradictions du milieu. La réduction de toute pathologie mentale à une pathologie fonctionnelle de l'activité nerveuse ne dépend pas essentiellement du progrès de la connaissance physiologique, mais de la transformation des conditions d'existence, et de la disparition de ces formes de l'aliénation où l'homme perd le sens humain de ses gestes. C'est peut-être le sens qu'il faut donner au texte de Pavlov : « Je me suis convaincu qu'une étape importante de la pensée humaine approche, où le physiologique et le psychologique, l'objectif et le subjectif fusionneront réellement, où la contradiction pénible, où l'opposition de ma conscience à mon corps seront résolus en fait (1). » En d'autres termes, lorsqu'on rattache la maladie à ses conditions historiques et sociales d'apparition, on se prépare à en retrouver les composantes organiques, et on en fait une analyse réellement matérialiste.

4) *La thérapeutique.* — Dans ces pages consacrées seulement à la nature du morbide en pathologie mentale, il n'est pas de notre dessein d'aborder le problème des médications psychologiques, mais d'indiquer seulement

(1) Communication au Congrès de Rome.

comment il se rattache aux conceptions générales de la maladie. Dans les pratiques médicales classiques, on retrouve le sens de l'aliénation. Si on admet, en effet, que la personnalité du malade est altérée, et devient, sous le coup de la maladie, étrangère à elle-même, c'est en dehors d'elle que la thérapeutique doit être instaurée. On contourne la maladie et le malade ; on modifie par le choc les régulations de l'humeur, par la lobotomie, on libère les adaptations organiques de leurs surcharges affectives ; dans tous les cas, le chemin de la guérison ne pénètre jamais les mécanismes internes de la maladie ; ou, s'il le fait, comme dans la psychanalyse, c'est par un recours à l'inconscient, qui, par delà la personnalité du malade et sa situation actuelle, en appelle aux ruses de l'instinct et à la latence du passé. Admettons, au contraire, ces deux propositions que nous nous sommes attachés à démontrer : que la condition première de la maladie est à trouver dans un conflit du milieu humain, et que le propre de la maladie est d'être réaction généralisée de défense devant ce conflit ; alors, la thérapeutique doit prendre une allure nouvelle.

Puisque la maladie est, en elle-même, défense, le processus thérapeutique doit être dans la ligne des mécanismes pathologiques ; il s'agit de s'aider de la maladie elle-même pour la dépasser. C'est dans ce sens qu'agit la cure de sommeil : elle renforce les inhibitions pathologiques, en créant un état d'inhibition généralisée ; et, en vertu du principe que l'inhibition correspond à un processus d'assimilation de la cellule nerveuse, le sommeil prolongé permet des récupérations fonctionnelles qui font disparaître les inhibitions de défense, les foyers d'excitation et l'inertie pathologique.

Et d'un autre côté, puisque la maladie se réfère toujours

à une dialectique conflictuelle d'une situation, la thérapeutique ne peut prendre son sens et son efficacité que dans cette situation. On peut dire que la psychanalyse est une psychothérapie abstraite dans la mesure où elle constitue, entre le malade et le médecin, un milieu artificiel, intentionnellement coupé des formes normales et socialement intégrées de rapports interhumains ; dans la mesure aussi où elle cherche à donner aux conflits réels du malade le sens de conflits psychologiques, aux formes actuelles de la maladie, la signification de traumatismes antérieurs ; dans la mesure, enfin, où elle dispense des solutions réelles, en proposant, comme substituts, la libération d'instincts que sa mythologie imagine, ou la prise de conscience de pulsions où son idéalisme croit reconnaître l'origine des conflits objectifs. La psychanalyse psychologise le réel, pour l'irréaliser : elle contraint le sujet à reconnaître dans ses conflits la loi dérégulée de son cœur, pour lui éviter d'y lire les contradictions de l'ordre du monde. A ces sortes de psychothérapies, il faut préférer les thérapeutiques qui offrent au malade des moyens concrets de dépasser sa situation de conflit, de modifier son milieu, ou de répondre d'une manière différenciée, c'est-à-dire adaptée, aux contradictions de ses conditions d'existence. Il n'y a pas de guérison possible quand on irrealise les rapports de l'individu et de son milieu ; il n'y a, en fait, de guérison que celle qui réalise des rapports nouveaux avec le milieu (1).

(1) Les conséquences pratiques de ces idées seraient à trouver dans une réforme de structure de l'assistance médicale et des hôpitaux psychiatriques. C'est une réforme de ce genre que réclament et qu'amorcent déjà certains médecins, qui ont exposé leurs idées dans un remarquable numéro d'*Esprit*, consacré à la psychiatrie (décembre 1952).

L'erreur est la même qui veut épuiser l'essence de la maladie dans ses manifestations psychologiques et trouver dans l'explication psychologique le chemin de la guérison. Vouloir détacher le malade de ses conditions d'existence, et vouloir séparer la maladie de ses conditions d'apparition, c'est s'enfermer dans la même abstraction ; c'est impliquer la théorie psychologique et la pratique sociale de l'internement dans la même complicité : c'est vouloir maintenir le malade dans son existence d'aliéné. La vraie psychologie doit se délivrer de ces abstractions qui obscurcissent la vérité de la maladie et aliènent la réalité du malade ; car, quand il s'agit de l'homme, l'abstraction n'est pas simplement une erreur intellectuelle ; la vraie psychologie doit se débarrasser de ce psychologisme, s'il est vrai que, comme toute science de l'homme, elle doit avoir pour but de le désaliéner.



QUELQUES DATES DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

- 1793 : Pinel est nommé **médecin-chef des** Infirmeries de Bicêtre.
- 1822 : Thèse de BAYLE, *Recherches sur les maladies mentales* (définition de la paralysie générale).
- 1838 : Loi sur les aliénés.
- 1843 : BAILLARGER fonde les *Annales médico-psychologiques*.
- 1884 : JACKSON, *Croomian Lectures*.
- 1889 : KRÄPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie*.
- 1890 : MAGNAN, *La folie intermittente*.
- 1893 : BREUER et FREUD, *Études sur l'hystérie*.
- 1894 : JANET, *L'automatisme psychologique*.
- 1909 : FREUD, *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans*.
- 1911 : FREUD, *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa*.
- 1911 : BLEULER, *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*.
- 1913 : JASPERS, *Psychopathologie générale*.
- 1921 : FREUD, *Au delà du principe de plaisir*.
- 1926 : PAVLOV, *Leçons sur l'activité du cortex cérébral*.
- 1928 : MONAKOW et MOURGUE, *Introduction biologique à la neurologie et à la psychopathologie*.
- 1933 : L. BINSWANGER, *Ideenflucht*.
- 1936 : Egas Moniz pratique les premières lobotomies.
- 1938 : Cerletti commence à pratiquer l'électro-choc.

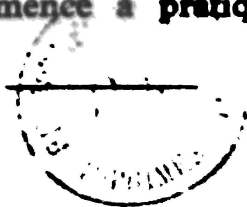
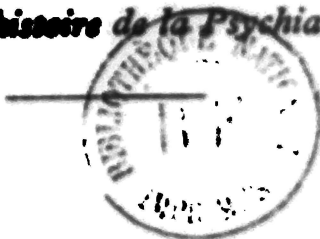


TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	I
CHAPITRE PREMIER. — <i>Médecine mentale et médecine organique</i>	3
PREMIÈRE PARTIE	
LES DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE	
CHAPITRE II. — <i>La maladie et l'évolution</i>	19
— III. — <i>La maladie et l'histoire individuelle</i>	36
— IV. — <i>La maladie et l'existence</i>	53
DEUXIÈME PARTIE	
LES CONDITIONS RÉELLES DE LA MALADIE	
INTRODUCTION	71
CHAPITRE V. — <i>Le sens historique de l'aliénation</i>	76
— VI. — <i>La psychologie du conflit</i>	91
CONCLUSION	103
<i>Quelques dates dans l'histoire de la Psychiatrie</i>	111



1934. -- Imprimerie des Presses Universitaires de France. -- Vendôme (France)
IMP. N° 21.000 IMP. N° 12.522

