

# A PROPOS DE L'ACCÈS PSYCHOTHERAPEUTIQUE AU MONDE DU SCHIZOPHRÈNE

par G. BENEDETTI<sup>(1)</sup>  
(Zurich)

L'ÉCHEC de toutes les théories par lesquelles on a tenté jusqu'ici de réduire la schizophrénie à une maladie somatique et d'en faire, donc, une entité nosologique bien délimitée, a stimulé, pour la pensée psychiatrique, la réflexion sur le mode existentiel du Schizophrène. Cette recherche se rattache à la meilleure tradition de la clinique psychiatrique de Zurich. Elle s'annonce déjà dans les œuvres fondamentales d'Eugen BLEULER et de C. G. JUNG. Ces auteurs ont montré que la symptomatologie schizophrénique doit, pour une large part, être considérée comme une expérience vécue. Un seul exemple, au lieu d'une théorie, illustrera ce point de vue.

E. BLEULER, dans le chapitre qu'il consacre aux stéréotypies et au maniérisme schizophréniques, renonce à une hypothèse de localisation cérébrale, soit à une causalité organique ; il écrit en revanche ceci :

« Il n'est pas rare qu'on trouve accès au malade par la stéréotypie. Une malade catatonique avec des mouvements de balancement avait fait la connaissance de son prince adoré lors d'un quadrille, quelques décades auparavant. Or elle resta figée, mutiste, oppositionnelle jusqu'au moment où l'on fit avec elle les mêmes mouvements de balancement que dans la danse. D'un seul coup elle fut transformée ; à peine put-on la reconnaître. Elle conta de ses amours tout

---

(1) Traduit de l'allemand par Chr. MULLER et G. SCHNEIDER. (Lausanne).

ce qu'on voulait en savoir, d'une façon parfaitement claire, comme un sujet normal. L'expérience put être répétée jusqu'à ce que les progrès de la catatonie l'eussent interdit. »

Cet exemple pourrait presque sembler trop banal ; pourtant il parvient, comme toutes les choses simples, à nous rendre transparent le fond du problème. Il est permis d'admettre que la patiente n'aurait pas eu d'oreille pour une expression verbale qui eût saisi le sens de sa stéréotypie par la pensée et qui l'eût objectivé. La malade était enracinée dans le symbole à tel point que toute interprétation intellectuelle ne lui serait apparue que comme un pâle reflet de la réalité intérieure, immédiatement vécue. Dans l'acte psychothérapeutique on renonça à confronter la patiente avec la réalité biographique et sociale sur le plan objectif, et on tenta de préférence de l'aborder en un point d'importance pour elle, soit dans le symbole même. Donc, on parle au malade par le symbole ; on le rencontre grâce à un comportement qui a du sens pour lui, d'où l'efficacité thérapeutique. De la sorte on supprime la barrière sociale distançant le malade. Médecin et malade forment un couple plus originel, celui-là même qui se crée avec l'enfant sur le plan du jeu et du drame et dans lequel tout ce qui n'a pas encore été, tout ce qui n'est pas accompli, tout ce qui émerge des besoins se laisse pressentir et s'affronter comme possibilité.

A partir de ces débuts classiques, la psychothérapie moderne de la schizophrénie s'est développée. Ainsi, Mme SÉCHEHAYE prend sur ses genoux sa petite schizophrène, Renée, qui refuse dans son délire toute nourriture et qui ne veut que des fruits cueillis à l'arbre même, donc au sein de la nature. Comme s'il s'agissait de son enfant, Mme SÉCHEHAYE lui donne ces pommes qu'elle a d'abord posées sur son sein maternel. Elle donne ainsi, d'une façon symbolique, le sein à l'enfant. Après avoir donné la nourriture elle parcourt avec cette fillette les étapes de son enfance, poursuivant l'action dramatique en tant que mère symbolique. Rejoignant les prémisses de BLEULER, elle développa une méthode psychothérapeutique, rigoureusement menée et libératrice.

Si elle appelle sa méthode « réalisation symbolique » elle entend par là : réalisation d'une expérience vitale, qui a manqué au malade, jusqu'alors refusée par le destin, et dont l'accomplissement dans la vie sociale n'est plus possible. Cette réalisation ne peut se faire que

sous la pression d'une relation personnelle, concrète, entre malade et médecin, relation qui en devient symbole universel. Tout se passe comme si le thérapeute et le patient, saisis par la souffrance immense, quittent le lieu que la vie leur a assigné à l'un et à l'autre en particulier pour n'être, au moment de la rencontre, que ce que l'heure exige.

Cette réalisation symbolique d'un besoin archaïque que le malade n'a probablement pu satisfaire dans son enfance, dans la vie en commun avec parents, frères et sœurs — carence dont semble pâtir toute l'évolution du schizophrène — n'est pourtant pas une simple « technique ». Elle n'est possible que lorsqu'elle prend un caractère vraiment symbolique, c'est-à-dire lorsqu'à propos de certains faits, désignés comme symboles, le monde délirant du malade et le monde tel que le médecin le conçoit en tant que réalité, coïncident, se rencontrent et se fécondent. Voici ce qui est nouveau dans la thérapeutique moderne de la schizophrénie. Sur un tout autre plan que Mme SECHÉHAYE le psychiatre américain ROSEN innove en recourant à l'analyse directe, soit à l'interprétation et à la verbalisation des conflits inconscients de l'enfance. Il tente de personnifier aux yeux de ses catatoniques agités, ceux des hommes, voix et fantômes, qui président aux expériences psychotiques vécues ; de la sorte il atteint l'endroit intime où le malade se tient, là où pourra intervenir en définitive la décision dans le débat avec le schizophrène.

Souvent, cette nouvelle relation médecin-malade se manifeste cliniquement sous la forme d'un « transfert délirant ». Le malade emmène son partenaire médecin dans son délire ; le malade l'inclut dans son monde et lui attribue des rôles fantastiques qui correspondent précisément à la structure dynamique du délire. Du point de vue historique, il est intéressant de noter que c'est justement ce transfert délirant, si redouté par la psychanalyse d'autrefois, qui représente le terrain sur lequel on peut rencontrer le schizophrène. A ce renversement de doctrine correspond le fait que si nous rencontrons parfois chez les schizophrènes hospitalisés, n'ayant pas subi une psychothérapie intensive, des délires amoureux ou persécutifs incorrigibles, avec transfert sur le médecin, cela se voit plus rarement dans nos psychothérapies. Dans ma propre expérience qui s'étend sur environ 20 cas, je n'ai rencontré le transfert délirant que pendant une période limitée, toujours comme un phénomène qui a un sens.

Il constitue une étape vers l'accomplissement d'une possibilité d'existence du malade, qui, autrement, serait demeurée lettre morte. Il fallait que cette expérience fût symboliquement réalisée et surmontée. Le transfert délirant permet, en rendant possible la réalisation symbolique de tensions refoulées et irrésolues, une évolution intérieure qui n'aurait pu se faire par la voie d'une interprétation objective.

Cette transformation de nos doctrines et de notre façon d'agir correspond à un changement fondamental de position à l'égard du malade, en d'autres termes à un changement de notre image de l'homme. La psychiatrie passée tenait son image de l'homme exclusivement des sciences naturelles. Elle était tentée de définir les relations interpersonnelles du malade comme étant le résultat de ses facultés conscientes, de ses actes volontaires, de ses conduites sensibles, etc. Elle essayait de réduire la causalité à un trouble primaire de ces fonctions élémentaires. La psychanalyse classique, également, avait tendance à admettre un sujet donné, isolé à l'origine, et qui par les relations entre moi et objet, par l'expérience de ses propres fonctions, découvre secondairement le monde environnant. Pour un tel sujet elle entendait alors jouer le rôle d'intermédiaire entre l'Image et la réalité, au moyen de l'interprétation. Il en va autrement de l'anthropologie médicale moderne qui part du fait reconnu qu'un tel sujet isolé n'est qu'une pure abstraction. L'homme se trouve depuis le premier acte de sa vie en contact avec autrui ; il comprend, il veut et il connaît. La personne n'existe que par rapport à un monde humain, également originel.

Comment peut-on alors rencontrer le schizophrène autiste et sans contact dans un monde délirant de telle sorte qu'il nous comprenne, qu'il nous accepte comme partenaire et comment saurons-nous l'essentiel, ce qui peut le libérer, ce qu'il aimerait entendre ?

Telles sont les questions que la psychothérapie moderne pose. Les notions psychanalytiques des conflits humains servent de base pour comprendre le symbolisme de l'expression schizophrénique. Eugen BLEULER fut le premier à s'en apercevoir. Toutefois, des instructions techniques ne suffisent pas, de loin, à enseigner la manière de s'adresser au malade. Elle nous est donnée si nous restons consciemment ouvert aux attitudes de schizophrène, aussi étranges et repoussantes qu'elles soient. Elle dépend d'une adhésion à la respon-

sabilité que nous assumons à l'égard de la souffrance du malade. Elle présuppose le cadre dans lequel nous pouvons seulement commencer à chercher quelques points méthodologiques dans notre confrontation avec le malade. Pour bien faire comprendre deux aspects de notre psychothérapie qui me semblent particulièrement importants, je me servirai de deux exemples concrets. Ces aspects sont :

a) la personnification dramatique au cours du transfert.

b) la rencontre avec le malade dans les rapports de l'existence préverbale, prélogique, corporelle.

Une vieille expérience nous dit qu'un contact durable avec un schizophrène ne peut être établi que péniblement et incomplètement. La psychiatrie clinique avait créé, pour cette raison, le terme d'autisme. La psychanalyse parlait de la même chose quand elle évoquait la fixation de la libido au degré autoérotique et narcissique et quand elle ramenait l'échec thérapeutique à une absence de transfert. Au début d'une psychothérapie le médecin ne représente rien pour le malade ; il est ou bien inexistant, ou bien il est une forme étrange, impersonnelle. En présence de cette force, le malade se sent moulé comme de la cire, influencé, et ne peut que se protéger par sa rigidité catatonique, par son négativisme bizarre. Il est connu qu'assez souvent, une brèche dans le monde schizophrène peut s'ouvrir lorsque le médecin arrive à personnifier une figure importante pour le malade, un personnage de son monde humain, à agir ce personnage et à le transformer finalement. Un exemple nous aidera à voir le problème de façon immédiate :

Antonio, un catatonique aigu, fixait continuellement le sol. Aux questions il réagissait par les plaintes stéréotypées : « C'en est fini de moi, fini ». Son horizon était rempli de voix et de fantômes. « Ceux-là veulent me tuer. Je ne sais pas qui. Une voix me le dit. Un de ceux-là. Je vais mourir cette nuit. Je ne suis ni un voleur, ni un assassin. Ayez pitié. Je ne hais personne. Je voudrais tout pardonner ». Toutes mes questions, mes paroles de consolation, ma présence bienveillante, mes encouragements, etc., restaient vaines. Alors je me rendis compte d'une chose : l'assurance répétée obsédante, du malade qu'il n'était ni un assassin, ni un voleur, cette justification stéréotypée, en l'absence d'une accusation signifiait la présence d'impulsions agressives plus profondes, bien cachées, mais qui ne pouvait être contestées. Ces impulsions, le malade les apercevait en lui-même avec terreur. Ce sont elles qu'il voulait nier par ses assurances de pacifisme ; pour elles il attendait la mort comme punition. L'assurance « C'est vrai, tu n'es pas un assassin » ne représentait pour lui aucun secours ; il pouvait se le dire assez à lui-même ; cela ne changeait rien à ses impulsions agressives ni au sentiment de culpabilité qui leur

était lié. Je préférerais alors lui montrer la présence réelle de ces impulsions tant redoutées de lui, en même temps que mon absence de crainte à leur égard. Je lui dis : « Ça suffit avec tes mensonges. Tu hais tes persécuteurs comme le diable ; tu voudrais leur couper à tous la tête ». Là-dessus, l'attitude du malade changea. Il regarda le médecin pour la première fois, il le considéra comme un danger indicible ; il avait peur du médecin, mais il écouta pour la première fois ce qu'on lui disait ; cette fois, il était présent et non plus dans son hallucinose. Il répliqua : « Quelle bêtise me dites-vous là. Non, pour l'amour de Dieu, je ne hais personne, puisque je suis le Christ ». Néanmoins je répétais mes interprétations sans désespérer et sur un ton de plus en plus dramatique. Le malade sursauta. Il ne prêtait plus attention à ses voix ; apparemment la parole du médecin le saisit davantage qu'elles. Le médecin, représentant ainsi la réalité interne si redoutée, était devenu lui-même le persécuteur, au lieu des voix. Il personnifiait l'« imago » dont le malade était possédé ; il remplissait l'horizon. Dès lors la possibilité était donnée, pour la première fois de se confronter avec ce malade autiste. Voici ce qui se passa : le malade voulut m'assommer : il se plaignit que je l'obligeais par hypnose à frapper, à éveiller des mauvais instincts. Soit dit en parenthèses : au moment où le médecin est responsable des impulsions dangereuses la charge devient supportable. Nous en vîmes réellement à une sérieuse bagarre mais qui se termina d'une façon heureuse pour tous deux. Le malade avait eu licence de vivre son agressivité *de facto* et d'éprouver que ni le monde ni lui-même n'en périrent.

Ensuite, il se montra visiblement soulagé ; la crainte d'être assassiné avait passé. Par contre, les fantaisies agressives que j'avais soupçonnées commençaient à se montrer : il voulait voler, soudoyer, cambrioler, tuer. Il l'avouait, lui, le soi-disant Christ, avec une mimique soudainement animée et respirant le plaisir, en contradiction avec sa mimique figée et raide habituelle. En même temps la menaçante tension intérieure baissa et ce fut le début d'un entretien psychothérapeutique qui nous mena jusqu'aux sources de la psychose. Le temps ne me permet pas de vous montrer comment le malade m'identifia d'abord à un assassin, ensuite à un séducteur homosexuel, finalement à un père affectueux. En dernier ressort je cédai la place à une réalité supérieure dans l'image du monde du malade, car la psychose se termina ainsi : le malade rêva qu'il se trouvait en bateau en haute mer. Une tempête secouait le navire, mais « le médecin tenait ferme le gouvernail et il n'y avait plus de danger ». De plus en plus, la relation père-enfant se détachait de la situation psychothérapeutique concrète et se sublima en une expérience religieuse : le malade me confia qu'il avait maintenant la certitude de l'existence de Dieu et qu'il pouvait prier, ce qu'il n'avait jamais fait auparavant.

L'essentiel de cette expérience se résume en deux points :

a) La nécessité d'entendre des voix, à savoir de vivre dans une scission, cède au moment où le médecin épouse le rôle de cette

instance détachée, et où il révèle au malade que son conflit s'étend comme toute au monde.

b) L'importance d'une interprétation directe de ce genre est démontrée par le fait que, cette instance détachée, le fantôme halluciné qui hante l'horizon du malade et qui reste immuablement rigide dans le monologue délirant, peut se transformer par l'action directe, personnelle. Le malade vit ainsi une expérience nouvelle à l'endroit même où ses spectres ont surgi. Dès lors, le monde du Schizophrène se transforme et le transfert délirant se résoud de lui-même sitôt que son rôle est terminé. Il n'est pas rare que la psychose emprunte toute une série de modes de transfert, dans lesquels le médecin entre d'abord en scène comme diable, puis comme dieu, ensuite comme amant, jusqu'à ce que les mille faces de la psychose aient été vécues et transcendées dans la relation personnelle. La transcendance doit se faire jusqu'au point où ces forces ne disposent plus du malade mais qu'il dispose d'elles.

Pour illustrer le second problème, la rencontre avec le malade dans le domaine prélogique, oral, nous choisissons un autre exemple :

Voici une jeune fille de vingt ans, offrant l'aspect d'une Schizophrène chronique, au regard obtus, désarmée, se dérochant à tout attouchement. Si elle parle ce n'est que par phrases courtes, en style télégraphique. Aboulique et comme dans un rêve, elle reste assise dans un coin ; la cuillère s'arrête à mi-chemin entre l'assiette et la bouche. De temps en temps elle a des accès d'agitation, durant lesquels elle se déshabille toute nue ce qui semble en contradiction avec sa phobie du contact physique. Nue, elle se jette par terre en proférant des menaces de suicide. Une cure d'insuline et une cure de sommeil n'apportent que peu d'amélioration. Elle souffre d'une furonculose, déchire les pansements, souille le linge avec son pus et ne tolère aucun traitement. Au début de la psychothérapie un contact verbal fut impossible. Elle comprenait pourtant la signification formelle des mots, mais le sens du contenu lui échappait. Alors je la saisis par le bras, les épaules, partout où cela lui faisait mal. Elle cria et se débattit. Emporté moi aussi, je lui répliquai : « oui, je te tiens, je ne peux pas faire de mal à mon enfant ; pourquoi t'enfermes-tu dans ta peau jusqu'à en étouffer et à être couverte de pus ? » La malade balbutia, parla de mains qui n'osèrent jamais la toucher. À la fin de cette dispute la malade sortit de sa rigidité apathique coutumière et essaya de faire de l'ordre dans ma chambre. Les douleurs avaient disparu et la furonculose guérit en quelques jours. La semaine suivante, la malade développa une crainte bizarre de perdre ses petits objets personnels. Elle se mit à apporter différentes petites choses à la séance pour les avoir toujours avec elle. Elle pouvait tolérer la relation avec les objets uniquement par leur proximité physique. Elle pensait que des mains étrangères détruiraient et

déroberaient tout ce qui ne restait pas dans son, dans notre voisinage. Pendant cette période je m'occupais d'elle comme d'un enfant ; je lui donnais à manger. Une autre façon d'agir de la malade était celle-ci : elle ramassait toutes sortes de fleurs déchirées, de branches, de bouts de papier, trouvés dans le jardin, les enveloppait et les gardait soigneusement. Il faut noter l'attention presque maternelle avec laquelle elle s'occupait de ces choses. Toute rupture de continuité semblait lui être pénible ; il lui fallait réparer tout ce qui est déchiré et déraciné. De même qu'elle se sentait l'objet de soins et de protection par le médecin, elle soignait les choses détériorées de son environnement. Elle agissait comme les enfants, qui, en jouant, s'identifient à la mère et qui prodiguent à leurs poupées et jouets les mêmes soins et la même éducation qu'ils ont reçue de leur mère. Elle fut rayonnante, lorsque je lui confiai une poupée en l'appelant du même nom qu'elle. Elle resta très attachée à ce jouet ; elle portait toujours la poupée avec elle, disant qu'elle était malade de la tête, que cette tête était fendue et qu'elle devait s'occuper de cet enfant jusqu'à la guérison. Elle agissait de la même façon qu'elle avait vécu la relation avec le médecin, selon des rapports existentiels physiques oraux.

La suite de cette psychothérapie me montra que cette fille avait vécu dans un monde schizoïde, pauvre en contact, dans lequel elle n'avait pu acquérir ni conscience du lieu, ni relation vécue avec les objets les plus proches par le goût, l'odorat, le toucher. C'est elle qui m'a décrit ce monde maternel comme celui d'un chaos brutal, sans affection et n'ayant pas la structure d'un foyer. Dans ce monde, les choses les plus simples, les fleurs, la vaisselle, les vêtements n'avaient pas de profil personnel, on les maniait comme des objets privés d'âme, ils étaient comme retirés d'un contact intime et étranger.

Le foyer familial n'était pas un centre où l'on est engagé dans une communauté, mais une scène de théâtre étrange, un monde où l'on est seul, un monde neutre. Ne venaient y faire irruption que les coups de la mère qui, dans ses accès de colère, maltraitait l'enfant. La sphère du langage lui était fermée ; ce n'est que par le toucher qu'elle apprit la réalité de sa propre existence. Mais c'était une réalité fragile. La psychose se déclencha après un chagrin d'amour, lorsque l'ami porta la main à son sexe et que, repoussé par elle, il la quitta définitivement. Cette agression sexuelle avait fait éclater son espace intérieur, resté infantile. Dans la psychothérapie enfin s'ouvrit pour elle un monde maternel fait de soins immédiats, proches du corps, de dévouement en deçà de tout appétit sexuel.

Dans ce traitement, le médecin n'est plus un miroir dans lequel le malade se reflète ; il n'est plus un observateur neutre et qui interprète, mais il monte lui-même sur la scène de la psychose, parle incidemment son langage, participe aux péripéties de la malade et agit de façon dramatique.

Emporté par l'enthousiasme thérapeutique, il abandonne la distance conventionnelle. Enfin, il se met dans la peau des personnages, en constante transformation, qui peuplent l'horizon du malade. Cette méthode thérapeutique se rapproche évidemment beaucoup de la psychothérapie des enfants. Quiconque possède une expérience de la psychothérapie des enfants reconnaîtra la parenté des deux procédés. Mais le monde du Schizophrène n'est certes pas analogue au monde de l'enfant. Loin de là. Ils doivent pourtant avoir en commun des catégories importantes, qui pour ma part n'ont pas été suffisamment caractérisées par le terme de *régression* schizophrénique et qui mériteraient d'être plus amplement définies.

Je viens d'exposer ces bases de la psychothérapie des Schizophrènes en forçant un peu pour les besoins de la démonstration. Pour être complet nous devons envisager maintenant l'autre aspect du problème pour arriver à un ensemble : la participation du Schizophrène au monde de l'adulte. Si l'on observe bien il n'existe pratiquement aucun malade, qui, dans certaines situations, ne nous étonne pas par une lucidité subite, une faculté soudaine de se rendre entièrement compte de sa situation. Tout à coup, il est capable de se servir du langage adulte et de résoudre des problèmes différenciés. C'est précisément ce qui marque une différence frappante entre la démence organique et la pseudodémence schizophrénique. Or nous rencontrons sans cesse des situations thérapeutiques où nous sommes appelés à montrer au malade des possibilités d'existence non encore utilisées en recourant au langage de l'homme mûr en interprétant, en découvrant les raisons. Dans ces cas, nous ne pouvons nous dispenser d'appliquer les moyens analytiques classiques et éprouvés. Je terminerai mon exposé par l'exemple d'un traitement analytique dans le vrai sens du mot, qui nous fera, en même temps, comprendre le monde du Schizophrène.

Un Schizophrène chronique se désigne dans la psychose « comme une grange détruite par le feu, qui n'a qu'une façade, mais plus de contenu ». Il se sent intérieurement ravagé, pourri, vidé ; il ne ressent plus d'intérêt ni

d'incitation. Il croit être une machine, un automate. Il parle de lui-même sur un ton cynique et sarcastique : chaque mot est pour se dévaloriser. On le considère comme un Schizophrène chronique nivelé, dément. Pendant de longues périodes il ne travaillait plus de son propre mouvement, était tout occupé à écouter ses voix, son activité principale.

Ses hallucinations étaient le seul endroit où il pouvait encore exister, où il percevait sous forme de voix la coexistence avec autrui, niée en lui-même. En effet : lui, qui croyait ne rien sentir, lui le cadavre pourri, s'entendait appeler par des voix sur un ton vibrant, passionné. Son désir était de vivre sur une île déserte du Pacifique ; mais dans l'hallucinoïse il était le centre du monde ; tous les gens de la terre, près ou loin, s'occupaient de lui à son grand mécontentement, se mêlaient de ses pensées, donnaient des conseils et des directives. Il prétendait ne plus avoir d'intérêt pour le « non-sens » de l'amour, mais les voix persécutrices répandaient le bruit qu'il était un pauvre soupirant, sans espoir, un fou plein de désirs amoureux non réalisés. Il disait ne pas s'intéresser aux femmes : mais une foule de femmes le dérangent dans sa quiétude, lui faisaient de beaux yeux, l'invitaient à l'acte sexuel en menaçant de l'émasculer s'il n'obéissait pas. Il était donc, par son hallucinoïse, en contact permanent avec ce monde ; toutefois il s'agissait d'un contact involontaire, imposé, inquiétant, et inquiétant par le fait que le malade n'en était pas le maître et que les voix disposaient de lui. Il était devenu le jouet de forces étrangères qui le transformaient à volonté et le jetaient de ci de là.

Ce Schizophrène sans aucun contact, emmuré dans son autisme schizophrène, avait trouvé un mode de coexistence humaine, un mode faux il est vrai. Il était captif de possibilité d'existence non vécues, non explorées ; il fut contraint de vivre dans cette « possession » pour exister au moins encore. Lorsque ses voix avaient, 3 ans auparavant, cessé de parler, après une cure d'insuline, juste quelques semaines, le silence lui parut plus suspect et étrange que l'hallucination même. Car il n'était plus rien en dehors de son monde délirant. Ce fut une détente pour lui d'avoir de nouveau des voix, ses voix détestées et persécutrices. Ce malade avait donc en quelque sorte raison quand il considérait comme son souci principal d'épier et d'écouter ; il devait se porter tout entier vers la seule chose qui donnait encore un sens à sa vie.

Le plan thérapeutique ne fut nullement de nier la réalité des voix. Je répétais seulement au malade, lorsqu'il se plaignait de ses voix : « heureusement que tu as des voix, sans cela tu serais réellement mort ». Quand il me questionna sur l'origine de ses voix je lui répondis qu'il y avait vraisemblablement quelque chose, en un point de son existence, qui devait se faire entendre. Je l'assurai que les voix étaient donc des êtres réels et que comme n'importe quelle parole humaine, elles devaient avoir leur origine dans un rapport. Enfin, je remarquai qu'étant donné cette réalité immanente il était sans importance de les situer dans l'espace extérieur.

Je lui demandai alors ce que les voix voulaient somme toute de lui. La réponse du malade me montra son désespoir profond : Les voix voulaient au fond le « guérir » de son attitude bizarre, de son entêtement égoïste, de son éloignement du monde. Mais elles voulaient le guérir en se moquant de

son dernier refuge, l'autisme, et en exigeant de lui une autre alternative sans valeur, donc tout aussi inacceptable. Elles lui proposaient l'idéal d'un petit bourgeois neutre, sans opinion personnelle, se rangeant aux conventions sociales. En le dénonçant comme un parasite de la société, les voix le poussaient à entrer dans une communauté à force de dérision, mais sans qu'il s'interrogeât sur le sens de la communauté. Elles le privaient du dernier reste de respect de soi-même et de sûreté de soi et elles lui enlevaient ainsi la dernière possibilité d'entrer dans une communauté. Le prêchage moral de cette hallucinose n'était donc rien d'autre qu'hypocrisie, un obstacle à la guérison, une fausse solution du problème vital. Camouflées en éducateurs, ces voix étaient l'expression de la puissance destructive de la psychose.

Ces relations, je les ai montrées au malade au cours de nombreuses rencontres psychothérapeutiques. Quelle émotion que de sentir, comment ce Schizophrène figé et vide écoutait de temps à autre. Quand les voix s'employaient à le ramener de force dans la société, je posais la question du pourquoi et à quoi bon. Pourquoi vers la société, pour son bonheur ou pour se punir ? En opposition avec les voix, je devins l'avocat de cette souffrance qui se manifestait dans le comportement délirant. L'attitude bizarre, le distancement social, la perte de contact n'étaient pas en fait des symptômes de démence, comme le prétendaient les voix, mais l'expression d'une sensibilité, d'une vulnérabilité sensitive, d'une délicatesse d'âme dont les normes de la société ne tenaient pas compte. D'autre part, je ne me lassais pas de mettre en doute la colère du malade quand il entendait ses voix dire qu'il était un sot bourré de désirs amoureux. Je lui demandai s'il ne s'apercevait pas que cette voix le tournant en dérision était la sienne. Pourquoi estimait-il que toute tendresse, toute sensibilité étaient indignes d'un homme, efféminées, ridicules ? « Je dois le considérer ainsi », dit-il, « sans cela je serais une femme et non pas un homme ». Que signifiait cette dévalorisation de toute vie sentimentale ? La psychothérapie nous dévoila le contraste décisif de sa personnalité : besoin d'affection infantile, touchant et refoulé, d'un côté ; rude idéal de virilité et de sang-froid, de l'autre côté. « La fleur tendre » tel avait été le surnom donné par ses maîtres d'école : il était l'élève le plus obéissant, le plus doux et le plus sûr. Mais son idéal était celui d'un César Borgia passant cyniquement par dessus les cadavres. Pour être un tel homme il avait étouffé, dans cette scission, tout ce qui contrastait avec cet idéal. Mais plus il détacha tout ce qui appartenait en réalité au noyau précieux de son être, plus il s'affaiblit et s'appauvrit. Et par cet affaiblissement il s'éloigna encore davantage de son idéal. Son « soi » ainsi trahi lui apparaissait alors sous forme de l'« âme captive », gisant quelque part en dehors. Sa personne était devenue un automate. Cette âme, trahie et emprisonnée comme un revenant, réapparut dans son monde. Il avait beau s'enfermer dans sa chambre ou entrer volontairement en clinique, et espérer que derrière les murs épais d'un asile il échapperait à la persécution : par des fentes invisibles, les spectres n'en pénétraient pas moins dans son espace vital et, dans la psychose, il fut obligé de vivre toutes les valeurs qui eussent fait le prix de sa personnalité, comme si elles étaient dépréciation et péché. Pourquoi ce monde des sentiments chauds était-il devenu matière à moquerie ? Combien de fois n'avait-il pas été

ridiculisé par sa sensibilité, dans sa famille, à l'école, au service militaire. D'innombrables fois il s'était senti sacrifié par les autres à la norme de la société, jusqu'au jour où il était devenu l'image déformée de cette norme. Il revêtit la fonction du juge et du satiriste à l'égard de lui-même ; il se sentit en quelque sorte dans le camp de l'ennemi et se torturait par le mépris de lui-même. Tant pis s'il était devenu un cadavre pourri. Il avait du moins atteint l'idéal de l'homme qui marche sans scrupule sur des cadavres. Mais il était lui-même le cadavre.

Peu à peu une transformation s'est produite au cours de la psychothérapie, quoiqu'elle soit loin d'être achevée. Mais quiconque connaît le malade doit s'en apercevoir. D'abord j'ai été pour lui l'ennemi. Les voix le mettaient en garde contre moi, disant que je complotais contre lui. Mais ces idées délirantes ne pouvaient se maintenir puisque le malade dut, à son corps défendant, se rendre compte que je participais à son sort. C'est alors qu'il commença à halluciner ma voix qui corrigeait à certains moments les instructions torturantes et les remarques de ses propres voix. Après huit mois de psychothérapie, ce malade eut un rêve, lui qui jusqu'alors n'avait jamais rêvé. Ce rêve nous montra, comme un éclair en pleine nuit, le long chemin parcouru et éclaira le nouveau paysage où nous nous trouvions. Le malade se vit dans un camp de concentration gris. Des fossés, des murs et des fortifications l'entouraient, le séparaient du monde ; l'air froid de la Sibérie passait sur ce paysage désolé. Dans son rêve, le malade occupait le fort central, celui dont les murs sont les plus épais. Et là il rencontra un inconnu, un homme au visage dur, travaillé par la souffrance de l'aliénation. Cet homme glorifiait un fait héroïque qui venait de se produire. On est à un tournant. Lui, le malade, ne voulut pas croire son interlocuteur ; il répliqua à cet homme par des arguments savants montrant l'invraisemblance des données historiques. Cependant l'autre souriait : « que dis-tu là, imbécile. Ce n'est pas seulement un acte, mais une multitude d'actes qui ont été accomplis ». Ici s'arrêta le rêve. Dans la séance thérapeutique qui suivit le malade fut obligé de réaliser, non sans émotion, qu'il s'était rencontré lui-même dans son rêve. Face à l'ancien « moi » encore ancré dans la maladie, se dressait un nouveau lui-même, un visage ravagé par la maladie et dont les traits souffrants annonçaient pourtant un changement. A partir de ce moment on ne l'entendait plus se plaindre de façon monotone de ce qu'il était un homme déperlé, vidé et pourri, une grange brûlée, une machine, un automate. Puis il rêva d'un voyage à travers un paysage romantique vers un château dissimulé dans les forêts. Parvenu au centre de ce château, il entra dans une salle des chevaliers gothique. Cette salle antique, cachée aux regards curieux, il l'appela « la belle âme », cette âme emprisonnée, dans laquelle il venait de revenir enfin pour la première fois. Le malade commença à pouvoir réaliser sa maladie. Il s'aperçut dès lors qu'il était malade depuis 15 ans, qu'il avait perdu 15 ans par sa maladie. Il crut deviner l'origine de sa maladie. Il pressentit qu'il n'avait pas tiré de lui, de sa vie, les possibilités qui y étaient déposées, qu'il s'était trahi lui-même, ce dont il était coupable. Cette interprétation est une confession et une révélation qui ne tient certainement pas compte de toutes les particularités de sa maladie. Mais un point me

semble important : c'est à ce moment que les hallucinations se mirent à diminuer nettement. Donc : au fur et à mesure que la responsabilité du malade vis-à-vis de son existence s'affirme, les voix accusatrices perdent de leur importance. Puisque le malade prend cette responsabilité de son propre chef, celle qu'il niait auparavant par son autodépréciation cynique, il a toujours moins besoin du Tribunal des voix étrangères qui lui imposent le problème de la responsabilité sous forme destructrice. Cette fois, l'apaisement des voix ne signifie plus, à l'encontre de ce qui se passa après la cure d'insuline, un vide plus grand encore de ce monde qu'il redoute, mais la possibilité d'une nouvelle relation où la parole n'est plus un fantôme, une voix machinalement transmise, mais un geste communicatif humain.