

Harold SEARLES

L'effort pour rendre l'autre fou¹ *Un élément dans l'étiologie et la psychothérapie de la schizophrénie²*

Parmi tous les facteurs étiologiques de la schizophrénie, facteurs assurément complexes et, de plus, fort variables d'un cas à l'autre, on découvre qu'intervient souvent – je dirais même régulièrement – un élément spécifique. D'après mon expérience clinique, l'individu devient schizophrène, en partie, à cause d'un effort continu – largement ou totalement inconscient – de la ou des personnes importantes de son entourage, pour le rendre fou. Je sais bien qu'il serait absurde de réduire l'étiologie complexe de la schizophrénie à une simple formule stipulant qu'un individu devient schizophrène parce qu'un autre individu le rend fou. Une telle formule ne ferait pas justice à l'activité psychologique propre de l'individu dans la

¹Titre original : « The effort to drive the other person crazy. An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia », in *British Journal of Medical Psychology*, vol. 32 (1959), p. 1-18 repris in *Collected papers on schizophrenia and Related Subjects* (Londres, Hogarth Press, 1965).

²Cette édition est une reprise de L'effort pour rendre l'autre fou. Un élément dans l'étiologie et la psychothérapie de la schizophrénie, paru dans *La Psyché, Nouvelle revue de psychanalyse*, 12, 1975, traduit de l'Anglais par Brigitte Pontalis, © Editions Gallimard.

situation, à la complexité de cette relation interpersonnelle en question, aux processus de groupe complexes inhérents à la situation familiale, ou encore aux processus socio-dynamiques plus larges dans lesquels la famille ne joue qu'un rôle - rôle où, dans l'ensemble, elle est souvent impuissante à faire face à des circonstances trop tragiques pour pouvoir être contrôlées ou prévenues.

La littérature sur le sujet

Les seuls écrits sur la question que j'ai pu trouver dans la littérature spécialisée sont ceux d'Arieti³ et du groupe de chercheurs que dirige Johnson à la Mayo Foundation⁴, mais ils ne font guère plus qu'effleurer le sujet.

Arieti décrit ce qu'il appelle les psychoses "mises en acte" [acted out] ou "extériorisées" [externalized] et explique que "... ces personnes créent souvent des situations qui précipiteront et engendreront des psychoses chez les autres, alors qu'elles-mêmes restent à l'abri de symptômes manifestes".

Johnson et ses collaborateurs, à propos de la psychothérapie simultanée des schizophrènes et des membres de leur famille, soulignent que cette expérience confirme leur impression première, à savoir que "... dans certains cas, l'expression de l'hostilité du parent à travers un enfant pourrait à la fois provoquer une psychose chez l'enfant et protéger le parent de la psychose⁵". Ils ont découvert que dans un grand nombre de

³ S. Arieti., *Interpretation of Schizophrenia*, New York, Brunner, 1955

⁴ P.G.S Beckett et coll., " Studies in Schizophrenia at Mayo Clinic: I. *The Significance Of exogenous Taumata in the Genesis of Schizophrenia*", in *Psychiatry*, 1956,19,p. 137-142; et Johnson, Giffin, Watson et Beckett, " Studies in Schizophrenia at the Mayo. Clinic: II. Observations on ego Functions in Schizophrenia ", in *Psychiatry*, 1956, 19, p.143-148.

⁵ P.G.S Beckett et coll. op. cit

cas, il y avait eu dans l'histoire du patient une agression psychologique de l'enfant par le ou les parent(s), agression dont le type se reflétait très exactement dans les premières idées délirantes du patient. Il est intéressant de noter ici que, parmi les différents types d'agression qu'ils décrivent, ils font référence aux "menaces que la folie risque de s'emparer du patient".

Si Hill⁶ ne formule nulle part le concept particulier que j'évoque ici, il présente cependant un tableau de la relation symbiotique patient-parent qui constitue un cadre conceptuel dans lequel mon concept s'inscrit, je crois, avec précision. Il écrit que la mère (ou parfois le père) "crée les conditions de sécurité de l'enfant en réalisant les conditions qui satisfont ses propres besoins défensifs et agressifs d'éviter la psychose". "Ce qui, pour une part, rend vaine la lutte dépendance-indépendance du schizophrène ..., c'est sa conviction, fondée sur ses propres observations, que si son état s'améliorait et devenait normal, ce serait alors sa mère qui deviendrait psychotique..."

La psychothérapie simultanée de schizophrènes et de leur famille a conduit Bowen⁷ aux mêmes conclusions que Hill. Je citerai encore ce que Reichard et Tillman⁸, R.W. Lidz et T. Lidz⁹, et Limentani¹⁰ ont pu écrire sur la relation symbiotique.

⁶ L.B Hill, *Psychotherapeutic Intervention in schizophrenia*, Chicago, Univ. Of Chicago Press, 1955.

⁷ L.M. Bowen, Symposium du 29 mars 1956, Nat. Institutes of health, Bethesda, Maryland.

⁸ S. Reichard et C. Tillman, "Patterns of Parent-Child Relationships in Schizophrenia", in *Psychiatry*, 1950, 13, p. 247-257.

⁹ R.W. Lidz, "Therapeutic considerations arising from the Intense Symbiotic Needs of Schizophrenic Patients" (1952) ,in *Psychotherapy with Schizophrenics*, ed. Brody et Redlich, New York, int. Univ. Press.

¹⁰D. Lementani, "Symbiotic Indentication in Schizophrenia", in *Psychiatry*, 1956, 19, p. 231-236.

Je regrouperai mes hypothèses théoriques, en les accompagnant de brefs exemples cliniques, sous trois rubriques : les *modes* selon lesquels on rend l'autre fou; les *motifs* sous-jacents à l'effort pour rendre l'autre fou; et enfin, ce mode d'interaction tel qu'il se présente dans la relation *patient-thérapeute*.

Les modes selon lesquels on rend l'autre fou

Avant de décrire les modes ou les techniques employés par la personne qui s'efforce de rendre l'autre fou - ou, pour utiliser le terme technique, schizophrène -, je tiens à souligner ma conviction que cet effort est mené à un niveau essentiellement *inconscient*, et que ce n'est là qu'un des éléments d'une relation pathogène complexe qui dépasse de loin la capacité de l'un ou des deux participants à la contrôler pleinement.

Selon moi, on peut dire de manière générale que *l'instauration de toute interaction interpersonnelle qui tend à favoriser un conflit affectif chez l'autre - qui tend à faire agir les unes contre les autres différentes aires de sa personnalité - tend à le rendre fou (c'est à dire schizophrène)*.

Par exemple, la femme d'un patient en analyse raconte que son mari ne cesse de "mettre en question l'adaptation" de sa sœur cadette, jeune femme psychologiquement fragile, si bien que celle-ci finit par être de plus en plus angoissée; pour cela, il attire constamment l'attention de sa belle-sœur sur des aires de sa personnalité dont elle est, tout au plus, vaguement consciente, et qui ne s'accordent absolument pas avec la personne qu'elle se considère être. Les refoulements qui ont été nécessaires pour que se maintienne le fonctionnement du moi se trouvent ainsi affaiblis (sans que la jeune femme ait la possibilité d'entreprendre une psychothérapie) : le conflit et l'angoisse sont, par là, renforcés. On peut constater, de même, que l'analyste inexpérimenté ou inconsciemment sadique qui fait un grand nombre d'interprétations prématurées tend à

rendre le patient psychotique – tend à affaiblir le moi du patient plutôt qu'à le renforcer (selon son intention consciente) en aidant celui-ci, grâce à des interprétations plus opportunes, à assimiler progressivement le matériel auparavant refoulé.

Ou encore, une personne en excitera sexuellement une autre, dans des circonstances où il serait catastrophique que cette seconde personne cherche à satisfaire les besoins sexuels qui ont été éveillés en elle; là encore, un conflit est créé. C'est une chose que l'on rencontre très souvent dans les histoires de cas de schizophrènes : un parent a eu un comportement exagérément séducteur à l'égard de l'enfant, créant ainsi chez celui-ci un conflit intense entre, d'une part, des besoins sexuels, et d'autre part, des représailles sévères de la part du Surmoi (conformément au tabou culturel contre l'inceste). On constate aussi que cette circonstance peut créer un conflit chez l'enfant entre son désir de développer et d'atteindre sa propre individualité, et son désir régressif de se maintenir dans une symbiose infantile avec le parent, de se maintenir à ce stade, quitte à investir même ses aspirations sexuelles - qui constituent son atout dans le jeu de la réalisation de soi - dans cette relation régressive.

La stimulation et la frustration – simultanées ou alternant rapidement - d'autres besoins en dehors des besoins sexuels peuvent avoir, selon moi, un effet identique de désintégration. Un patient sortant d'une psychose où ses sentiments intenses d'ambivalence à l'égard de sa mère avaient joué un rôle central, a pu assez bien décrire la relation qu'il avait eue avec sa mère pendant son enfance. Fait qui caractérise bien l'attitude de rejet de la mère, le patient ne se souvenait pas l'avoir jamais vue embrasser son père - qu'elle avait dominé et sur lequel elle s'était impitoyablement acharnée. Il se rappelait qu'il l'avait vue un jour *commencer* à embrasser son mari. Cela s'était passé à une époque tardive de son enfance : on transportait son père sur un chariot pour le conduire à la salle d'opération où il devait subir une grave

intervention chirurgicale à la suite d'un accident de voiture. La mère s'était baissée comme pour embrasser son mari et le patient avait vu le visage de son père inondé de joie. Mais la mère, se ravisant, s'était redressée. Le patient décrit l'incident avec une émotion désolée, comme si lui-même avait bien souvent vécu entre les mains de sa mère ce genre de frustration.

Il en va de même avec le désir de l'enfant - que celui-ci sent aussi comme un devoir - d'aider un parent, par exemple : on constate souvent dans l'histoire des schizophrènes que l'un des parents (ou les deux) n'a cessé de faire appel à la sympathie, à la compréhension de l'enfant, et à ce qu'on pourrait appeler une intervention thérapeutique de sa part, tout en rejetant ses efforts pour aider, si bien que la sympathie sincère de l'enfant et son désir d'aider ont fini par se combiner à une culpabilité, à une rage, et peut-être surtout à un sentiment d'impuissance et d'inutilité personnelles. Dans ce contexte, Bateson et ses collaborateurs¹¹ ont montré l'importance des injonctions parentales de nature contradictoire, ou "double entrave" [*double bind*], dans l'étiologie de la schizophrénie.

Une autre technique, étroitement liée à celle de la stimulation-frustration, consiste à traiter l'autre à deux niveaux de relation (voire plus) n'ayant absolument aucun rapport entre eux. Cette technique tend à forcer l'autre à dissocier sa participation à l'un ou l'autre de ces niveaux (peut-être même aux deux) : il sent, en effet, que ce serait "follement" inadéquat de réagir en fonction de ce niveau particulier puisque celui-ci semble n'avoir absolument aucun rapport avec ce qui se passe à l'autre niveau, plus conscient et plus manifeste.

Un exemple : au cours d'un travail qui dura plusieurs années avec une schizophrène paranoïde, attirante physiquement et

¹¹ G. Bateson et coll., "Towards a theory of Schizophrenia", in Behavioral Science, 1956, 1, p. 251-264.

souvent très séductrice, il m'est arrivé une ou deux fois d'avoir beaucoup de mal à ne pas devenir fou quand, simultanément, elle avait les deux comportements suivants : a) elle engageait une discussion politico-philosophique où elle s'exprimait avec une sorte de vigueur virile et compétente et, de mon côté, bien que pouvant difficilement placer un mot, je me sentais absolument poussé à discuter avec elle de certains de ces points, et je discutais; b) pendant ce temps, elle se promenait à travers la pièce ou se campait sur son lit, vêtue d'un costume de danse à jupe très courte, dans une attitude provocante. Elle ne faisait aucune référence verbale au sexe, si ce n'est pour m'accuser au début de la séance d'avoir des désirs "lubriques", "érotiques"; après quoi, toute l'interaction verbale se limitait à cette discussion sur le théologie, la philosophie et la politique internationale, alors que, pour moi, cela crevait les yeux que l'interaction non verbale était sexuelle. Mais – et c'est là, à mon avis, le point capital – je ne sentais aucun accord de sa part (à un niveau conscient) à propos de cette interaction plus voilée; cette interaction sexuelle non verbale avait tendance à apparaître comme une "folie" de ma part, pur produit de mon imagination. Je savais que ma réaction à ces deux niveaux sans rapport l'un avec l'autre avait une base réelle, mais il me fallait faire un tel effort que j'avais l'impression, je le répète, de perdre la raison. Un enfant insécuté ayant avec un parent une inter-relation aussi nettement scindée subirait, à mon avis, des traumatismes importants de la personnalité si une situation de ce genre se reproduisait souvent.

Une autre technique, étroitement apparentée à celle qui consiste à entrer en rapport avec l'autre à deux niveaux distincts (ou plus) en même temps, consiste à passer brusquement d'une longueur d'onde affective à une autre, comme le font si fréquemment les parents de schizophrènes. Par exemple, la mère d'un jeune schizophrène gravement atteint, une femme exaltée qui parlait avec une rapidité de mitraillette, me déversa, en un flot ininterrompu de paroles,

ces phrases si incohérentes dans leur tonalité affective que j'en restai un moment abasourdi : "Il était très heureux. Je ne peux pas imaginer que cette chose lui arrive. Il n'était jamais déprimé, jamais. Il adorait son travail de réparation de radio chez Mitchell à Lewiston. Mr. Mitchell est quelqu'un de très exigeant. Je crois qu'aucun des hommes qui ont travaillé chez lui avant Edward n'est resté plus de quelques mois. Mais Edward s'entendait parfaitement bien avec lui. Il rentrait à la maison et disait (la mère imitant ici un soupir épuisé) : "Je ne peux plus supporter ça!" Avant son hospitalisation, le patient avait passé, pendant plusieurs mois, presque tout son temps en compagnie de sa mère, et il me parut significatif que pendant les premiers mois de son séjour à l'hôpital, il ait montré à toutes sortes de signes (les expressions du visage, etc.) qu'il était assailli par des sentiments qui changeaient de qualité avec une soudaineté et une fréquence confondantes. A un moment donné, son visage reflétait un mélange de haine et de dégoût, puis soudain il sursautait comme s'il avait été frappé par un objet massif, et son visage prenait alors une expression d'intense chagrin.

Si j'en conclus que ce phénomène résultait en partie d'un contact prolongé avec la personnalité mal intégrée de sa mère, ce n'est pas pour écarter la possibilité que le processus ait simultanément opéré en sens inverse. Bien au contraire, j'ai été frappé de constater chez la mère une meilleure intégration après que le patient eut quitté le foyer familial, et il est fort possible qu'au moment de mon entretien avec elle, lorsque son fils fut admis à l'hôpital psychiatrique, elle ait manifesté les effets différés d'un contact qu'elle avait eu des années durant avec un être très mal intégré, psychotique, dont la faculté d'ébranler l'intégration de l'autre me devint si désagréablement familière pendant que je travaillais avec lui. On touche ici au problème de la lutte, entre l'enfant et le parent ou entre la patient et le thérapeute, pour se rendre mutuellement fous; j'y reviendrai plus loin.

Les frères et sœurs d'un autre schizophrène m'ont raconté que leur mère, morte à l'époque, était absolument imprévisible dans ses changements d'humeur; par exemple, elle entrait de la synagogue, portant sur son visage tous les signes de la béatitude, comme si elle se trouvait plongée dans une expérience spirituelle qui la comblait de joie, et deux minutes plus tard, elle jetait une casserole à la tête de l'un de ses enfants. Elle était parfois chaleureuse et tendre avec le patient, mais souvent, elle se déchaînait brusquement contre lui, l'accusant ou le battant violemment. Au moment où le patient commença une thérapie avec moi, il souffrait de schizophrénie paranoïde depuis quelques années et il fallut plus de trois ans de psychothérapie intensive pour le libérer de l'idée délirante qu'il n'avait pas eu une mère, mais plusieurs mères différentes. Il protestait chaque fois que je parlais de "sa mère", disant qu'il n'avait jamais eu *une* mère; une fois, il me dit - et c'était très convaincant: "Quand vous employez le mot "mère", je vois toute une procession de femmes, chacune représentant un point de vue différent."

Le passage continu, inattendu d'un sujet de conversation à un autre sans qu'il y ait nécessairement changement marqué dans le contenu affectif, est en lui-même un mode de participation interpersonnelle qui peut avoir un effet désintégrant sur le fonctionnement psychologique de l'autre; tout thérapeute ayant eu affaire à un patient donnant des signes prolongés et graves de confusion peut en témoigner.

Chacune de ces techniques tend à saper la confiance de l'autre dans la fiabilité de ses propres réactions affectives et de sa propre perception de la réalité extérieure (c'est là une formulation dont je suis redevable au docteur Donald Burnham). Dans l'un des articles de Johnson et de ses collaborateurs dont j'ai parlé plus haut¹², on trouve cette intéressante description des relations que les schizophrènes ont eues pendant leur enfance avec leurs parents :

¹² *Op. cit.*

"... Lorsque ces enfants sentaient la colère et l'hostilité d'un parent, chose qui leur arrivait souvent, le parent niait aussitôt qu'il était en colère et insistait pour que l'enfant le nie également; l'enfant se trouvait ainsi confronté à un dilemme : devait-il croire le parent ou ses propres sens ? S'il croyait ses sens, il conservait une prise solide sur la réalité; s'il croyait le parent, il maintenait la relation dont il avait besoin, mais faussait sa perception de la réalité. La dénégation parentale se répétant, l'enfant n'arrivait pas à développer une épreuve de réalité adéquate¹³."

Le sujet que je traite ici n'est pas sans rapport avec un tout autre domaine de l'activité humaine, celui de la politique internationale et de la guerre. Je fais allusion au lavage de cerveau et autres techniques du même genre. En lisant le livre fort intéressant que Meerloo a récemment écrit sur la question, *le Viol de l'esprit*¹⁴, j'ai souvent été frappé par les nombreuses analogies entre les techniques de lavage de cerveau qu'il décrit - conscientes et délibérées - et les techniques inconscientes (ou largement inconscientes) que l'on découvre à l'œuvre dans l'expérience présente et passée des schizophrènes, techniques qui visent à entraver le développement du moi et à saper son fonctionnement. L'isolement forcé dans lequel vit la personne qui subit un lavage de cerveau - la personne étant isolée de tous excepté de son (ou des ses) inquisiteur(s) - n'est qu'un exemple parmi d'autres des ces analogies; dans la vie de l'enfant qui

¹³ J'ai eu un patient qui, tout au long de son enfance, s'était entendu dire : "Tu es fou !" Chaque fois qu'il décelait la dénégation défensive de ses parents, il perdait confiance en ses propres réponses affectives, à tel point que pendant des années, il dut se fier à un chien pour savoir, d'après la réaction de celui-ci à telle ou telle personne, si celle-ci était bienveillante et digne de confiance, ou si, au contraire, elle était hostile et s'il devait se mettre en garde contre elle.

¹⁴ *The Rape of the Mind*, Cleveland and New York, World Puts, Co., 1956.

deviendra schizophrène, le retour régulier de comportements du parent qui soumettent l'intégration à un travail d'érosion empêche que l'enfant se tourne vers d'autres personnes susceptibles de valider ses propres réactions affectives et de l'assurer contre la crainte que le parent a fait naître en lui : la crainte qu'il ne soit "fou" puisque ses réactions au parent sont si "irrationnelles".

D'après Meerloo, le lavage de cerveau et les techniques avoisinantes se rencontrent sous la forme *a)* d'expériences délibérées au service d'idéologies politiques totalitaires; et *b)* de courants culturels profonds agissant dans notre société actuelle, et aussi bien dans les pays démocratiques. Ce sont les mêmes techniques que je décris, mais se rapportant ici à une troisième aire : la vie des schizophrènes.

Motifs sous-jacents à l'effort pour rendre l'autre fou

Une relation interpersonnelle qui tend à rendre l'autre fou peut reposer en principe sur l'un quelconque d'une large variété de motifs; en fait, dans chaque cas particulier joue probablement une constellation complexe de motifs divers. Ces motifs vont, semble-t-il, de l'hostilité intense – à un bout de l'échelle - jusqu'au désir de relation plus saine, plus étroite avec l'autre, et au désir de réalisation de soi - à l'autre bout de l'échelle. J'évoquerai d'abord les premiers, qui sont plus évidents.

1° L'effort pour rendre fou peut consister, avant toute chose, en l'équivalent psychologique du meurtre; il peut, en effet, représenter essentiellement une tentative de destruction de l'autre, une tentative de se débarrasser de lui aussi complètement que s'il était physiquement détruit. Notons à ce propos que notre système juridique réserve son plus sévère châtement à celui qui commet un meurtre physique, alors qu'il ne prévoit aucun châtement - ou un châtement minime – pour le "meurtre" psychologique, pour celui qui détruit psychologiquement l'autre en le rendant "fou". Pour les gens

qui ignorent les détails de la loi, la seule peine légale en ce domaine qui se rapproche de ce dont je parle ici est l'accusation, qui n'a d'ailleurs rien d'effrayant, de "cruauté mentale", et dont on sait qu'elle est souvent invoquée comme excuse dans les affaires de divorce.

Je ne veux pas dire que cette situation juridique m'étonne ni suggérer des changements dans la loi à cet égard; selon moi, il ne serait pas possible pratiquement de prouver, légalement, qu'une personne a sensiblement contribué à en rendre une autre folle. Ce que je veux dire, c'est que cet état de choses existe et que, si l'on n'a des raisons de se sentir découragé par la loi de commettre un meurtre physique, l'on n'a pratiquement aucune raison de se sentir semblablement découragé de commettre ce que l'on peut considérer comme un meurtre psychologique.

Il faut noter, en outre, qu'une psychose assez grave pour nécessiter une hospitalisation de longue durée sert, de fait, à interdire au patient une participation continue à la vie - d'une famille, par exemple - presque aussi efficacement que le ferait la mort elle-même. Il n'est pas rare que les parents d'un enfant psychotique et hospitalisé depuis longtemps laissent courir le bruit que l'enfant est mort, encore moins rare que les membres de la famille vivant encore à la maison évitent de faire allusion au patient devant leurs amis et leurs relations, et évitent de consulter ou d'informer celui-ci des problèmes familiaux, presque comme s'il était "disparu".

Pour illustrer ce type de motif, je citerai le cas d'une jeune femme, hospitalisée depuis plus de trois ans pour une maladie schizophrénique, qui put me donner quelques détails sur la vie qu'elle avait menée dans sa famille avant sa maladie.

Elle avait une sœur de deux ans plus jeune qu'elle. Les deux filles étaient jolies; leur mère et leur père leur avaient mis dans la tête que la seule *raison d'être*¹⁵ d'une fille était la

¹⁵ En français dans le texte. (N.d.T.)

conquête d'un mari riche et occupant une position sociale élevée; toutes deux étaient très prises dans le fantasme d'être l'épouse du père, leur mère acceptant de jouer un rôle très dévalorisé dans la famille. La rivalité entre elles était donc intense et ouverte.

Au cours de l'une de ses séances de psychothérapie, la patiente se rappela l'époque (deux ans seulement avant sa première hospitalisation) où sa sœur avait été plaquée par son amoureux qu'elle avait présenté à une prétendue amie, nommée Mary. Pendant environ un an après cet événement, me dit-elle, sa sœur avait porté des lunettes noires, "se promenant dans toute la maison en parlant de suicide" et en pleurant. La patiente me dit que les lunettes "la rendaient folle" (la sœur). Elle ajouta encore : "Ma sœur disait qu'elle lisait beaucoup pour ne pas devenir dingue" et me fit ce commentaire: "la jalousie et la haine...et toutes les taquineries... ça rend dingue." Elle me dit "combien Sarah [la sœur] était jalouse de Mary" : j'eus l'impression qu'elle allait dire "de moi", mais elle dévia pour dire "de Mary"; d'autres remarques de sa part me firent penser que la jalousie entre elle et sa soeur avait été intense durant cette période. Je m'aperçus que, lorsqu'il lui arrivait de parler de la souffrance que sa sœur avait manifestée, un sourire sadique envahissait son visage. Elle me dit à un certain moment que "si deux personnes veulent toutes les deux la même chose", elles ne peuvent qu'éprouver de la haine et de la jalousie l'une pour l'autre, et elle me parla plus tard de la haine et de la jalousie que l'on ressent à l'égard de ceux qui vous empêchent d'avoir la chose ou la personne que l'on désire. Je lui fis simplement remarquer ici que l'on a, dans ces cas-là, naturellement envie de tuer l'autre personne, de s'en débarrasser. Ce à quoi elle répondit: "Tuer - ça n'est pas permis", comme si elle avait déjà envisagé la chose mais s'était heurtée au fait que, pour une raison qui lui était incompréhensible, c'était interdit.

Notons en passant que, dans le dossier de cette jeune fille, il était dit qu'elle avait verbalement menacé de tuer sa sœur

("Je t'aurai par-derrrière quand tu ne regarderas pas"), qu'elle avait ramassé un marteau et menacé de tuer sa mère avec. La sœur, qui s'était mariée quelques mois après la première hospitalisation de la patiente, avait peur de laisser celle-ci lui rendre visite, craignant qu'elle ne tue son bébé; bref, la famille prenait ses menaces de meurtre tout à fait au sérieux.

Après avoir déclaré, d'un air songeur, que "tuer - ça n'est pas permis", elle ajouta – ce qui était significatif - "mais il y a d'autres moyens". Un jour où elle me parlait des symptômes dépressifs de sa sœur, elle se mit à réciter les paroles d'une chanson intitulée "Mairzy Doats", chanson "idiote" en vogue à l'époque. Elle se concentra; à sa manière confuse, sur le mot "Mairzy", disant à deux reprises que le mot était parfois "Mairzy" et parfois "Mary" et me donnant ainsi l'impression très nette qu'au cours de la dépression de sa sœur, elle avait tourmenté celle-ci en lui posant des questions sur cette chanson, en prononçant souvent le mot haï de "Mary", le nom de l'ancienne amie de la sœur qui lui avait pris son amoureux et l'avait finalement épousé.

Il serait trop long de reproduire en entier tout ce matériel; ce qu'il faut noter surtout, c'est que la patiente avait senti qu'elle se trouvait engagée dans une lutte acharnée avec sa sœur : c'était à celle qui, la première, rendrait l'autre folle. Une autre fois, elle déclara, avec une angoisse manifeste : "Sarah disait que j'avais quelque chose à voir avec ça ", le "ça" faisant référence à la dépression de Sarah, et elle me rapporta les paroles de Sarah disant : " J'espère que tu n'aurais jamais ça"; ces paroles avaient manifestement pour elle une connotation de menace, de mauvais présage. J'eus l'impression très forte qu'elle se sentait coupable de la maladie de sa sœur, qu'elle sentait que la sœur l'en rendait responsable, et qu'elle craignait que, par représailles, celle-ci ne la rende malade à son tour.

On touche ici au problème de ce que j'appelle les "souhais de psychose", entièrement analogues aux "souhais de mort". En travaillant avec des patients qui, avant de tomber aux mêmes

malades, avaient connu l'hospitalisation d'un parent pour maladie psychotique, je me suis aperçu plusieurs fois que les patients se sentaient coupables de "souhaits de psychose" refoulés, absolument identiques aux "souhaits de mort" qui engendrent la culpabilité chez les personnes ayant perdu un parent haï. Les patients qui se sentent ainsi coupables de "souhaits de psychose" donnent l'impression de sentir qu'ils ont été autrefois les gagnants dans la lutte avec le parent - cette lutte où chacun s'efforçait de rendre l'autre fou -, et l'apparition, ensuite, de leur propre psychose semble être partiellement attribuable à la culpabilité et à la crainte de la revanche du parent, issues de cet ancien duel.

Dans le cas présent, la sœur n'avait pas été hospitalisée; mais, à d'autres égards, les circonstances étaient celles que j'ai évoquées à propos des patients qui, dans leur enfance, ont vu leur mère ou leur père hospitalisé pour une psychose.

Il semble que, dans la vie familiale de cette jeune fille, le mode spécifique de participation interpersonnelle dont il est question ici - l'effort pour rendre l'autre fou - ait été de règle dans l'interaction mutuelle des divers membres de la famille. Je ne mentionnerai qu'un seul autre élément relatif à l'histoire de cette patiente. Enfant et adolescente, elle avait éprouvé une très forte angoisse à propos de ses dents (elle en avait perdu quelques-unes accidentellement en jouant dans une cour de récréation). Son père lui faisait peur et la taquinait sans cesse sur ses dents: "Je vais t'enlever les dents pour en faire des *tees* de golf. "Dans les premiers mois qui suivirent son admission à Chestnut Lodge, elle fut, d'après le responsable du service, "écrasée de terreur" demandant sans cesse à ce qu'on l'assure qu'il n'arriverait aucun mal à ses dents et à d'autres parties de son corps. Après plusieurs années de thérapie, je me rendis bien compte qu'elle avait la conviction que les membres de sa famille, remplis de haine et d'envie à son égard, s'étaient concertés pour la rendre folle et se débarrasser ainsi de sa présence; si ce n'est pas là un

tableau général exact, cela décrit exactement une partie de ce qui était arrivé.

2° L'effort pour rendre l'autre fou peut être motivé par un désir d'extérioriser - et ainsi, d'éliminer - la folie que l'on sent menaçante en soi. Il est bien connu que les familles de schizophrènes ont tendance à traiter le patient comme "le fou" de la famille, le dépositaire de toute la folie des autres membres du groupe familial. Le livre de Hill¹⁶ auquel j'ai fait allusion comporte un certain nombre d'observations qui nous aident à comprendre que la folie du patient consiste, pour une bonne part, en l'introjection d'un parent fou (généralement la mère, d'après l'expérience de Hill et la mienne), un parent qui, une fois introjecté, va comprendre, lui, le propre surmoi du patient, surmoi irrationnel et à la puissance mutilante. Dans la mesure où ce processus a lieu dans la relation de la mère avec son enfant, celle-ci réussit effectivement à extérioriser sur lui sa propre "folie". Mon concept de l'effort pour rendre l'autre fou se dégage donc tout naturellement d'un certain nombre d'hypothèses formulées par Hill.

J'ai montré ailleurs¹⁷ qu'un des éléments capitaux de ce type de relation mère-enfant est l'amour et la sollicitude sincères de l'enfant pour sa mère, amour et sollicitude si forts qu'ils poussent celui-ci à collaborer avec elle dans cette intégration pathologique. En somme, il l'aime si profondément qu'il sacrifie sa propre individualité en développement à la symbiose si indispensable au fonctionnement de la personnalité de la mère.

¹⁶ *Op. cit.*

¹⁷ "Les sentiments positifs dans la relation entre le schizophrène et sa mère ("Positive Feeling in the Relationship between the Schizophrenic and his Mother"), in *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.39 (1958), p.569-586; Repris in *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*.

3° On peut trouver un autre motif dans le désir de voir cesser une situation conflictuelle intolérable et pleine d'incertitude. Si, par exemple, une mère menace souvent, devant son enfant, de devenir folle, ce qui impliquerait pour lui une catastrophe si cette personne indispensable se retranchait ainsi de la situation, l'enfant sera tenté de faire tout son possible pour la *pousser* à la folie et couper ainsi lui-même le fil qui retient cette épée de Damoclès suspendue au-dessus de sa tête; si, de toute manière, l'épée doit tomber, l'enfant se garde du moins satisfaction de sentir que c'est de sa propre main qu'est arrivée la catastrophe.

Nous constatons tous les jours dans notre travail psychiatrique que les patients ont tendance à attirer sur eux toute catastrophe ressentie comme inévitable, dans leur effort pour diminuer les sentiments intolérables d'impuissance désemparée et d'incertitude face à la catastrophe.

Hill¹⁸, Arieti¹⁹, Bowen²⁰, et moi-même²¹ avons décrit l'insécurité angoissante inhérente à la relation symbiotique toujours ambivalente que le schizophrène a eue, pendant sa première enfance et son enfance, avec sa mère ou son père. Quiconque s'est engagé dans une thérapie de longue durée avec un schizophrène a vécu *directement*, réactivée dans la relation transférentielle entre le patient et lui, la relation intensément ambivalente - mutuellement *ambivalente* - qui existait entre le patient et le parent le plus pathogène.

4° On découvre plus souvent qu'on ne le pense, à la fois dans l'histoire des patients et, de façon beaucoup plus impressionnante, dans ce qui se dévoile, par le transfert, de

¹⁸ *Op. cit.*

¹⁹ *Op.cit.*

²⁰ *Op.cit.*

²¹ "Eléments concernant certaines manifestations d'incorporation" ("Data concerning certain manifestations of incorporation"), in *Psychiatry*, vol.14 (1951), p.397-413. Repris dans *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*

leurs relations infantiles avec leurs parents, que les patients avaient fini par s'apercevoir au fil des années que tel ou tel de leurs parents était "un peu fou". Ils avaient l'impression – souvent juste, à mon sens - que les signes de la folie du parent étaient si subtils, ou si éloignés de ce qui apparaissait au grand jour - ces signes ne se révélant que dans leur propre relation avec le parent - qu'ils étaient les seuls à pouvoir en mesurer toute l'étendue. Dans ces cas-là, cette chose que sait l'enfant reste en lui comme un secret chargé de culpabilité; il a une forte tendance à se sentir plus ou moins responsable de la folie du parent et accablé sous le poids à la fois de la folie elle-même - puisque le parent cherche à satisfaire sur cet enfant particulier des besoins exprimés sur le mode psychotique - et sous le poids du fait qu'il sait qu'elle existe. Tout est ainsi en place pour que l'enfant soit tenté d'encourager le parent à devenir assez manifestement psychotique - tenté de pousser le parent à une folie qui sera évidente pour tous, et pas seulement pour lui : la famille et la collectivité partageront alors avec lui son fardeau. Parmi les patients que nous rencontrons, ceux qui ont connu ce genre d'expérience pré-psychotique sont beaucoup plus nombreux que ceux qui ont vu l'un de leurs parents devenir franchement psychotique et nécessiter l'hospitalisation.

Bien entendu, je ne méconnais pas le fait qu'un patient qui lutte lui-même contre une psychose naissante projetera vraisemblablement la "folie" qui le menace sur l'un ou l'autre parent. Cela arrive souvent et même, à mon avis, presque toujours. Mais le processus que j'ai décrit vient, assez fréquemment, s'y surajouter.

5° L'un des motifs les plus puissants et les plus souvent rencontrés est le désir de trouver une âme sœur pour adoucir une solitude insupportable. Dans tous les cas de schizophrènes avec lesquels j'ai travaillé assez longtemps et avec un succès suffisant pour comprendre relativement bien leurs relations infantiles, j'ai constaté que ce motif avait joué chez le parent qui avait intégré une relation symbiotique

avec le patient. Le parent précairement intégré est le type même de l'individu profondément seul qui cherche avidement quelqu'un avec qui partager ses expériences affectives intimes et sa vision déformée du monde. Ce motif apparaît dans le compte rendu que donne un surveillant de sa conversation avec un schizophrène de 28 ans :

Carl avait été calme - paraissant déprimé toute la matinée - quand il se mit brusquement à parler de la maladie de sa mère. Dit qu'il enviait sa sœur aînée parce qu'elle n'avait pas à supporter le poids de la maladie de sa mère. (La sœur n'est pas malade). Dit que sa mère "essayait" sur lui ses idées paranoïaques. Elle faisait le tour de la maison, baissait les stores, vérifiait qu'il n'y avait personne aux alentours, et lui faisait part alors d'idées, semble-t-il, complètement paranoïaques sur les voisins et les amis. Avec beaucoup de philosophie, [il] a déclaré qu'il sentait qu'elle avait besoin de compagnie dans sa maladie - qu'elle se sentait si seule qu'il fallait bien qu'elle se serve ainsi de lui...[II] s'imagine que les gens parlent de lui et formule naïvement et sans détour cette idée.

Ce motif parental se reflète dans la fidélité fanatique du patient au parent, fidélité qui ne fléchit, dans la psychothérapie d'une schizophrénie chronique, qu'après de longues années d'un rude travail de la part du patient et du thérapeute. On en trouve aussi le signe dans la fréquence avec laquelle les patients profondément atteints hallucinent ce parent sous une forme idéalisée, ce parent idéalisé se voit, d'après mon expérience, souvent clivé en deux parties, l'une étant la personnification du mal et l'autre la personnification de la puissance protectrice aimante. Avec les patients les plus atteints, il faut parfois des mois d'efforts considérables avant que le thérapeute commence à prendre, aux yeux du patient, une réalité investie libidinalement qui puisse se comparer à celle des images parentales hallucinatoires - mais qui, pour le patient, ont une réalité immédiate et très vive. Comme je l'ai indiqué plus haut, ce motif se reflète aussi, bien entendu,

dans le combat que mène le parent, par tous les moyens à sa disposition, contre les efforts conjoints du patient et du thérapeute pour libérer le malade de sa relation de "proximité" magique avec le parent, de sa relation de "compréhension mutuelle magique", de sa relation à "deux-contre-l'univers".

Je n'ai pas encore parlé du désir opposé, et sain, des parents d'aider leur enfant à atteindre une vraie maturité, si incompatible avec le type de relation évoqué ici qui, subjectivement, est une relation d'omnipotence mutuelle et d'amour paradisiaque mais qui, en fait, est intensément ambivalente et psychotique. Les parents ne sont jamais dépourvus de ce désir sain; ce désir est même souvent assez fort pour leur permettre d'apporter une contribution indispensable à la tâche dans la quelle patient et thérapeute sont engagés. Mais il n'en reste pas moins vrai que cette relation infantile omnipotente entre les parties les "plus malades", les moins matures de la personnalité du parent d'une part, et la personnalité du patient d'autre part, constitue le plus grand obstacle au mieux-être du patient.

Tout ceci se répète dans le développement transférentiel d'une relation continue patient-thérapeute, et le thérapeute finit inévitablement par baigner dans l'expérience subjective de proximité magique et d'omnipotence partagée avec le patient. Le caractère "ensorcelant" de cette phase explique bien souvent, à mon avis, la longue durée du traitement complet de ces patients. Le thérapeute met un pied dans le processus psychologique où se trouve engagé le patient, processus qui consiste à maintenir un clivage entre son "bon soi" et son "mauvais soi" ainsi qu'entre le "bon autre" et le "mauvais autre"; à vrai dire, le thérapeute plonge généralement à pieds joints dans ce processus, et pour un nombre de mois indéfini. Après quoi, thérapeute et patient "lézardent" pendant longtemps, vivant une expérience purement "bonne" de lui-même et de l'autre, tandis que les "mauvais" éléments de la relation sont maintenus refoulés et

projetés sur le monde extérieur au nid. En vivant lui-même ce genre d'expérience, le thérapeute mesure toute la force du piège tendu par le parent à l'enfant, mesure combien celui-ci a été tenté de partager avec le parent les délices de la "folie".

6° Dans sa réalité, une relation interpersonnelle est si complexe que toute tentative de description (telle que j'entreprends de la faire ici) n'est qu'une grossière simplification. Un peu de cette complexité apparaît néanmoins dans le motif que je vais maintenant envisager.

Un mode de participation interpersonnelle qui a toutes les caractéristique d'un effort pour rendre l'autre fou peut être, en réalité, puissamment motivé par un désir conscient ou inconscient d'encourager l'autre dans le sens d'une intimité *plus saine*, d'une meilleure intégration, à la fois interpersonnelle et intrapersonnelle. De fait, l'intervention psychothérapeutique réussie prend souvent, précisément, cette forme apparente.

C'est-à-dire qu'ici, l'effort conscient ou inconscient consiste à activer, dans la personnalité de l'autre, les éléments dissociés ou refoulés afin non pas que son moi soit submergé par l'accession de ces éléments à la conscience, mais que son moi les intègre. Bien entendu, l'initiateur de ce type de participation ne conceptualise pas forcément tout ceci et n'en imagine pas obligatoirement à l'avance tous les détails.

Cet encouragement à l'intégration intrapersonnelle et interpersonnelle de l'autre ou à sa réalisation de soi constitue l'essence même de la relation d'amour telle que l'a définie le philosophe et théologien Martin Buber²². D'après lui, cette relation d'amour "rend l'autre présent" et, lorsqu'elle est réciproque, c'est un "affermissment mutuel"; il est convaincu que "l'aide que s'apportent les hommes pour devenir eux-mêmes élève la vie entre les humains à ses plus hauts sommets...". En d'autres termes, il me semble que, de

²² M.S. Fridman, Martin Buber. *The Life of Dialogue*, Chicago, Univ. of Chicago Press, 1955.

par sa nature même, une relation d'amour implique une réponse à la totalité de l'autre, que cette réponse est même souvent nécessaire (en particulier, dans nos rapports avec un petit enfant ou avec un malade psychiatrique adulte, mais, dans une certaine mesure aussi, dans nos rapports avec quiconque) lorsque l'autre n'est pas conscient lui-même de sa propre totalité; la relation d'amour implique que l'on trouve en lui une personne plus complète qu'il n'a conscience d'être, et qu'on y réponde.

Pour revenir plus spécifiquement à l'effort apparent pour rendre l'autre fou, on s'aperçoit que cet effort peut être très voisin de (peut même comporter un) effort visant, celui-là, à faciliter l'intégration de l'autre, effort que l'on peut considérer comme l'essence même d'une relation d'amour. Le véritable effort pour rendre l'autre fou - pour affaiblir son intégration personnelle, pour diminuer l'aire de son moi et accroître l'aire des processus dissociés ou refoulés de sa personnalité - peut, en revanche, être considéré comme précisément le contraire d'une relation d'amour comme celle que décrit Buber.

J'imagine que, dans de nombreux cas où un parent favorise la "folie" de son enfant, la psychose de l'enfant représente l'avortement d'un désir conscient ou inconscient du parent d'aider l'enfant à atteindre une intégration meilleure, plus mature. On ne peut jamais exactement connaître - et tout thérapeute peut en témoigner - les capacités du moi de l'autre, et il se peut bien que les parents accomplissent souvent des actes analogues à ces interventions du thérapeute qui sont intempestives ou inappropriées aux besoins du moi du patient et qui, au lieu d'avoir l'effet désiré de plus grande intégration, ont un effet désintégrant pour le patient.

Il est important de noter ici que, dans de très nombreux cas où se déclenche une psychose, les circonstances précipitantes, quelles qu'elles soient, ont conduit le patient à prendre conscience de certaines vérités sur lui-même et sur ses relations avec la famille; ces vérités, réellement précieuses et dont il a depuis longtemps besoin, pourraient

fournir la base d'une rapide croissance du moi, d'une rapide intégration de la personnalité. Mais elles arrivent trop vite pour que le moi du patient les assimile, et le moi régresse, reculant devant ce qui est maintenant, pratiquement, une boîte de Pandore ouverte. Ainsi, ce qui aurait pu devenir - et ce qui probablement, dans un grand nombre de cas, devient chez les gens qui ne font jamais appel au psychiatre - une expérience de croissance valable, créatrice, intégratrice, ne sert ici qu'à développer une psychose, diverses défenses pathologiques (délires, hallucinations, dépersonnalisation, etc.) étant érigées contre la connaissance de ces vérités.

En psychothérapie, le thérapeute est souvent amené à apporter, dans une progression habilement dosée, le genre même de participation qui, moins adroitement apporté (par inexpérience, ou parce que sa position à l'égard du patient est, avant toute chose, une position de haine au lieu d'être une position d'amour), aurait exactement l'effet inverse à celui recherché sur le plan thérapeutique. Des interprétations prématurées, par exemple, peuvent avoir sur le patient un effet plus désintégrant qu'intégrant.

7° Le motif suivant est lié au fait, bien mis en évidence par Hill, que la mère du schizophrène met l'enfant devant une menace : elle deviendra folle s'il devient un individu en se séparant d'elle psychologiquement.

Le motif est alors celui-ci : le désir de l'enfant d'individuation peut être vécu par lui comme un désir de rendre la mère folle. La mère régit à son à son désir d'individuation comme étant un effort pour la rendre folle; il me semble donc absolument naturel que l'enfant soit incapable de faire a distinction entre, d'une part, son propre effort d'individuation - normal et précieux -, et d'autre part, un désir monstrueux - auquel la mère va constamment réagir -, de rendre sa mère folle.

Une telle condition psychodynamique est, à mon avis, absolument identique à celle qui s'établit lorsque la mère montre que le développement effectif de l'enfant la tuerait; comme nous l'apprend le travail clinique, l'enfant, dans ce

cas, arrive à vivre ses désirs normaux d'individuation comme de monstrueux désirs de tuer sa mère. Hill met ce dernier point en évidence dans son livre.

Si, examinant de plus près la relation de l'enfant avec une mère comme celle que décrit Hill, nous changeons de cadre de référence pour nous représenter la *lutte entre* mère et enfant pour se rendre mutuellement fous, un autre point intéressant surgit : on peut voir dans les prétendus efforts de la mère pour rendre l'enfant fou un noyau de motivation louable, bien que non formulé comme tel par elle, motivation qui la pousse à favoriser l'individuation de son enfant. Il est vraisemblable que dans l'esprit d'une telle mère, le concept de séparation psychologique, d'individualité, se confond à tel point avec la folie qu'elle ne peut conceptualiser ce motif comme un désir d'aider son enfant à devenir un individu. Mais il se peut qu'une partie saine de la mère sente que l'enfant a besoin de quelque chose qu'elle ne lui apporte pas, quelque chose d'absolument essentiel, et que ce soit cette partie d'elle-même qui, en apparence, essaie de rendre l'enfant fou - qui, en réalité, essaie d'aider celui-ci à devenir un individu.

On s'aperçoit dans la relation psychothérapeutique que le patient – conséquence naturelle de cette expérience passée - tend à réagir au développement de sa propre individualité, à la croissance de son propre moi comme s'il s'agissait d'une folie génératrice d'angoisse; et le thérapeute (qui, à cette phrase du travail, se trouve dans la position transférentielle de la mère), tend également à éprouver cette angoisse. Les deux participants ont ainsi inconsciemment tendance à perpétuer une relation symbiotique l'un avec l'autre, par angoisse, ressentie de part et d'autre, que le patient ne devienne complètement "fou" – et en réalité, par peur qu'il ne sorte de la symbiose pour entrer dans un état de saine individualité. Cette formulation s'accorde avec la remarque d'Alberta Szalita-Pemow (communication personnelle) :

"L'individualité du schizophrène réside en partie dans ses symptômes."

8° Le dernier motif est très souvent en réalité, le plus puissant de tous; je n'en parlerai que très brièvement ici étant donné qu'il en a déjà été question à propos du cinquième motif et que j'y reviendrai longuement dans les dernières pages de cet article. Il s'agit d'obtenir, de perpétuer ou de retrouver les gratifications inhérentes au mode de relation symbiotique. On s'aperçoit le plus souvent que l'effort pour rendre l'autre fou, ou pour perpétuer sa folie, repose, avant tout, sur l'effort inconscient des deux participants pour essayer d'obtenir les gratifications qu'offre, en dépit de l'angoisse et de la frustration qu'il engendre, un mode de relation symbiotique "fou". Je n'envisagerai pas d'autres motifs; il en existe certainement, qui sont peut-être tout aussi importants que ceux que j'ai décrits. Mais les huit motifs dont j'ai parlé sont - d'après mon expérience, en tout cas - les plus puissants et ceux que l'on rencontre le plus fréquemment.

La relation thérapeute-patient

L'expérience clinique qui a conduit à l'idée centrale de cet article a consisté surtout en rapports et en observations sur la relation des patients avec leur groupe familial parental et avec le groupe des patients et du personnel de l'hôpital psychiatrique où ils ont séjourné; si j'en avais la place, je pourrais montrer que dans ces deux domaines, l'intégration du patient au groupe prend bien souvent la forme d'une lutte pour se rendre mutuellement fou.

Mais, comme je considère que, fondamentalement, les mêmes processus psychodynamiques jouent là, la seule différence essentielle étant qu'ils opèrent dans un groupe au lieu d'opérer dans une relation "dyadique", et parce que c'est la psychothérapie individuelle qui m'intéresse surtout, je limiterai maintenant mes remarques au cadre de la relation patient-thérapeute.

C'est dans celle-ci que l'on peut, selon moi, le plus nettement discerner ce mode d'interaction qu'est l'effort pour rendre l'autre fou. On s'aperçoit que ce type de relation prédomine plus précisément au cours d'une phase particulière du transfert du schizophrène sur le thérapeute - phase au cours de laquelle se trouve reconstituée, entre le patient et le thérapeute, une plus ancienne *lutte entre* le patient et le parent pour se rendre mutuellement fous. Mon propre travail thérapeutique et ce que j'ai pu observer du travail des autres thérapeutes de Chestnut Lodge m'ont donné l'impression que toute psychothérapie réussie avec un schizophrène comportait une telle phase. Au cours de celle-ci, le psychothérapeute se trouve, dans la plupart des cas, engagé dans cette lutte au point de sentir que sa propre intégration personnelle court un danger réel plus ou moins grand. La nécessaire participation du thérapeute durant cette phase de l'évolution du transfert est, dans la psychothérapie des schizophrènes, l'un des principaux éléments qui rendent parfois si perturbante la poursuite de ce travail.

Pendant plus de deux ans, l'un de mes patients schizophrènes m'a exprimé sa conviction que j'étais "plutôt *étrange*"; "Vous êtes fou, Docteur"; "Vous pensez d'une manière bizarre"; et, d'un air entendu, il me disait: "Vous ne parlez pas aux autres comme vous me parlez à moi, n'est-ce pas?" Dans le transfert de cet homme sur moi comme figure maternelle apparut, magnifiquement révélé, le fait qu'autrefois il avait constamment mis à l'épreuve la santé mentale de sa mère en l'entraînant dans des situations diverses pour voir si elle réagissait normalement ou anormalement. La mère, morte quelques années avant l'hospitalisation du patient, avait été une personne fortement schizoïde avec laquelle il avait eu pendant de nombreuses années une relation typiquement symbiotique. Les autres membres de la famille, extrêmement soucieux de sauvegarder leur prestige, avaient maintenu une barrière de

protection et de mépris autour de la mère excentrique et de ce fils, si semble à la mère dans son excentricité.

Avec cet homme, la lutte pour rendre l'autre fou fut réactivée avec une intensité inhabituelle. Il me mettait presque sans arrêt à l'épreuve, comme il l'avait fait autrefois avec sa mère schizoïde, pour corroborer son soupçon tenace que j'avais un léger grain, ou pire encore. Pendant des années, il répéta, d'un ton à la fois doucereux et narquois proprement exaspérant, qu'il était parfaitement sain et bon, et que j'étais moi-même tordu et mauvais; il y mettait une ténacité épuisante; parfois, il me harcelait de critiques sarcastiques et accusatrices, comme sa mère l'avait fait avec lui, au point que je pouvais à peine me retenir de sortir de la pièce. Je ne sais combien de fois il m'accusa de le rendre fou²³; après un certain nombre de séances avec lui où je dus faire un effort particulier pour conserver ma propre santé mentale, l'idée me vint que cette accusation qui revenait si souvent – à savoir que j'essayais de *le rendre fou* - pouvait bien impliquer une projection.

Au cours d'une séance avec une schizophrène de 24 ans, je fus assailli par des sentiments de confusion et de déréalité lorsque cette jeune femme, foisonnante d'idées délirantes, se mit à me lire un manuel des règles du jeu de "Go" japonais.

Elle semblait trouver quelque sens caché dans presque chaque mot, et même dans presque chaque syllabe; elle me regardait d'un air entendu, avec un sourire sarcastique, très fréquemment, comme si elle était convaincue que je

²³ Après plusieurs mois de mutisme, un schizophrène a commencé à parler à son thérapeute en lui disant plusieurs fois, dans une protestation angoissée : "Vous parlez trop bizarrement... Vous êtes trop fou." A la suite d'une visite de sa mère, il déclara, plein d'angoisse, que celle-ci voulait le tuer, et affirma qu'elle l'avait rendu malade et qu'elle avait conduit le frère du patient (qui était moine) à entrer au monastère. Quelques mois plus tard, les mêmes sentiments réapparurent dans ses accusations contre le thérapeute : "Vous vouliez me tuer. Vous m'avez rendu malade...des idées folles. Vous parlez trop bizarrement."

connaissais le sens secret qu'elle voyait dans tout ceci. Je réalisais soudain - et, sur le moment, cela eut sur moi un effet absolument désintégrant - combien cette femme était menacée, méfiante, et isolée. Ce qu'elle faisait avec moi ressemblait beaucoup à ce que sa mère avait fait avec elle quand elle était petite : celle-ci l'emmenait au cinéma et, sans cesse, lui donnait cet ordre "Maintenant, *pense!*", ce que la patiente prenait - à juste titre, selon moi - comme l'ordre de saisir dans le film les mêmes significations secrètes, particulières que sa mère - activement psychotique alors qu'elle élevait sa fille - y trouvait. La patiente avait été tout à fait démontée par cette tâche impossible (qui, accomplie avec succès, aurait signifié que la fille partageait la psychose de sa mère), tout comme je m'étais moi-même senti démonté par sa lecture pendant cette séance. Elle me raconta une autre fois comment elle avait fait la lecture à sa mère, exactement de la même façon, des heures durant pendant que celle-ci faisait le ménage dans la maison, et il me parut évident qu'elle avait tiré une grande satisfaction sadique d'avoir pu, par ce moyen, détourner l'attention de sa mère. De même, je l'ai souvent vue sourire d'un air triomphant lorsqu'elle avait réussi, par ses verbalisations chaotiques de matériel délirant, à me désorienter complètement et à me mettre plus mal à l'aise.

Depuis qu'elle était toute petite, cette femme avait entendu les autres membres de la famille lui répéter "T'es complètement folle!" chaque fois qu'elle réclamait des explications à l'un d'eux pour dissiper une confusion que, dans une certaine mesure, tous les enfants éprouvent lorsqu'ils se trouvent confrontés à une situation nouvelle ou complexe. Elle me dit un jour: "Chaque fois que j'ouvrais la bouche, il y en avait six ou huit [les membres de sa famille, exceptionnellement nombreuse] qui me sautaient dessus pour me dire que j'étais folle; je finissais par me demander si vraiment je perdais l'esprit." Il devint tout à fait clair qu'entre elle et d'autres membres de la famille s'était déroulée une lutte pour se rendre mutuellement fous. Cette lutte avait pris

une intensité particulière entre elle et sa mère; celle-ci était extrêmement changeante (comme le confirma l'un des frères de la patiente), et pendant des années après le début de la thérapie, la patiente eut la conviction que sa mère n'était pas une, mais plusieurs personnes. A propos de sa mère, elle me fit un jour cette remarque, qui dénotait bien l'existence de cette lutte : "Ils disaient toujours : "Tu es une psychosomatique! Si tu ne fais pas attention, tu finiras dans un asile!" C'est comme ça qu'ils étaient, eux, et ils ne voulaient pas l'admettre."

A certains signes, je pus néanmoins me rendre compte que ses efforts pour me rendre fou (en tant que figure maternelle dans le transfert au cours de cette phase de la thérapie) étaient parfois motivés moins par un plaisir sadique à me désorganiser plus ou moins, ou par un besoin d'extérioriser sur moi sa propre psychose, que par une sollicitude réelle à mon égard. Dans ces moments-là, l'interaction entre nous montrait clairement que j'étais, à ses yeux, dans la position d'une mère mentalement malade qui avait besoin d'un traitement qu'elle se sentait impuissante à me fournir - situation entièrement identique à celle qu'elle avait vécue dans son enfance dans sa relation avec une mère psychiatriquement malade qui n'avait jamais pu bénéficier d'un traitement pour sa schizophrénie chronique "ambulatoire".

Un jour où cet aspect du transfert était très net, la patiente me dit d'un air réprobateur, à la fin d'une séance où nous avions beaucoup discuté : "Pourquoi est-ce que vous n'allez pas dans un hôpital psychiatrique? - c'était ce que vous étiez en train de demander, pendant tout le temps où vous parliez". Le ton n'était pas d'hostilité mais de sollicitude et de désarroi, comme si elle était responsable de mon placement dans un hôpital psychiatrique et se sentait totalement responsable impuissante à remplir cette obligation. Deux semaines plus tard, dans une autre séance, elle me demanda : "Quand vont-ils vous envoyer dans un hôpital psychiatrique?... Je sais que

vus essayez d'y aller". Je suppose qu'il entraînait ici une projection de son propre désir inconscient d'être envoyée dans un hôpital psychiatrique. Néanmoins, tout ceci cadre si bien avec la relation qu'elle avait eue avec sa mère, il y avait, en outre, tant d'autres signes indiquant qu'elle réagissait à moi comme étant la mère de son enfance, que la signification transférentielle de ses réactions me parut ne faire aucun doute.

Les exemples que j'ai cités illustrent surtout les efforts des *patients* pour rendre fou leur thérapeute. Mon matériel clinique, extrait de mon propre travail thérapeutique et aussi des observations que j'ai pu faire sur celui de mes collègues, indique l'existence d'un effort comparable chez le *thérapeute* et laisse supposer que les thérapeutes utilisent (en grande partie inconsciemment, je le répète), comme les patients, toute la gamme des modes et des techniques que j'ai décrits plus haut; et la gamme des motifs sous-jacents paraît tout aussi étendue chez les thérapeute que chez les patients.

Dans tous les cas, on s'aperçoit que l'effort du thérapeute dans ce sens provient de deux sources; *a*) la nature du transfert du patient sur lui - relation du type "rendre fou-être rendu fou" – transfert qui fait que le thérapeute est, jusqu'à un certain point, inévitablement amené à avoir un état affectif et un mode de comportement complémentaires de ce transfert; et *b*) un trait de caractère du thérapeute, dépassant le cadre de sa relation avec ce patient particulier, et se présentant sous la forme d'une tendance inconsciente (dont la force, certes, varie énormément selon le thérapeute mais qui est sans doute présente au fond de la personnalité de chaque thérapeute), d'une tendance à rendre fou l'autre *quel qu'il soit*, du moment que sa relation avec lui est suffisamment étroite.

Ainsi, on s'aperçoit, lorsqu'on examine toute relation patient-thérapeute, qu'à ce stade, celle-ci se caractérise avant tout par une lutte des deux participants pour se rendre mutuellement fous. On peut penser alors que ce genre de comportement du thérapeute est partiellement fondé – et, à mon avis, le plus

souvent, principalement fondé - sur cette façon "normale" de répondre au transfert du patient.

Mais je crois que, dans une forte proportion de ces cas, la seconde des sources que j'ai indiquées - d'où découle le fait que le thérapeute, par son comportement, participe à cette lutte - joue également un rôle plus ou moins grand. A ma grande consternation, j'ai pu constater, à la fin de mon analyse personnelle (il y a environ sept ans), qu'il existait un tel trait de caractère chez moi, et j'ai découvert qu'il avait un effet non seulement dans mes rapports avec un ou deux patients que je traitais à l'époque, mais aussi dans mes rapports avec tous mes patients et un grand nombre d'autres personnes - parents, amis et connaissances. Les considérations générales qui vont suivre suggèrent qu'un tel trait de caractère est assez largement répandu parmi les psychothérapeutes et les psychanalystes:

1° Un type obsessionnel-compulsif de personnalité n'est certainement pas rare chez les thérapeutes et les analystes. Je ne suis pas sûr qu'une telle structure de personnalité soit prédominante parmi nous; mais la simple observation permet de penser qu'une telle structure es probablement au moins aussi fréquente chez nous que chez le reste de la population, dans notre culture qui attache tant de prix à des traits de caractère obsessionnels tels que l'ordre, l'esprit de compétition, l'intellectualisation, etc. On sait que l'un des principaux mécanismes de défense de l'obsessionnel est la formation réactionnelle. On ne devrait donc pas s'étonner de constater que le choix d'une profession, chez un assez grand nombre de psychothérapeutes et de psychanalystes, repose partiellement sur une formation réactionnelle contre des désirs inconscients qui vont précisément à l'encontre de l'effort conscient présidant à leur travail quotidien. On ne serait pas surpris de constater qu'un chirurgien révèle au cours de sa psychanalyse, des désirs puissants, et jusque-là profondément refoulés, au cours de sa psychanalyse, de découper (*dismember*) physiquement d'autres gens; de même,

on peut s'attendre à déceler, chez pas mal de ceux d'entre nous qui ont professionnellement choisi de traiter la maladie psychiatrique, la présence de désirs également puissants, refoulés depuis longtemps, de découper (*dismember*) la structure de la personnalité des autres.

2° Allons plus loin dans ce raisonnement - hypothétique, je le reconnais : il est compréhensible que, dans leur analyse de formation, les personnes qui ont choisi comme profession la psychothérapie ou la psychanalyse rencontrent une grande résistance à reconnaître en elles la présence de désirs de rendre d'autres fous puisque ces désirs entrent si directement en conflit avec l'intérêt, vif et sincère, qu'elles portent à la *résolution* de la maladie psychiatrique. De tels désirs inconscients – un tel trait de personnalité, disons – risquent par conséquent, dans l'analyse de formation, de passer inaperçus et d'échapper à une résolution complète, et l'on peut ne jamais s'apercevoir que le choix de la profession fait partie de la lutte de l'analysant contre ses souhaits inconscients d'encourager chez d'autres la désintégration de la personnalité.

On pourrait décrire plus précisément ceci de la façon suivante: les désirs de rendre l'autre fou font partie de la constellation de personnalité infiniment variée des individus affectivement sains; le choix de la profession de thérapeute et d'analyste suggère qu'au moins dans les cas où la structure de personnalité est une structure de type obsessionnel, l'individu lutte contre des désirs inconscients de ce type anormalement forts; et, en fin de compte, comme le thérapeute et l'analyste se trouvent engagés dans le travail particulier auquel ils se consacrent - le soulagement de la maladie psychiatrique - , il leur est particulièrement difficile de se permettre de reconnaître en eux la présence de ces désirs *qualitativement normaux*.

3° Nous sommes encore si nombreux à considérer volontiers - malgré l'abondance des témoignages cliniques prouvant aujourd'hui le contraire - telle ou telle maladie fonctionnelle

psychiatrique, ou tel ou tel patient, comme "incurable" que l'on est bien obligé de soupçonner que cette tendance à adopter une attitude non scientifique de "désespoir" masque peut-être, en fait, un investissement inconscient destiné à maintenir ces patients dans leur maladie. Je ne veux pas ici minimiser les très grandes difficultés qui font obstacle à la guérison de nombreux patients psychiatriques; bien au contraire, c'est l'expérience directe que j'ai de ces difficultés dans mon travail avec des psychotiques chroniques qui me persuade que nous devons ajouter le moins de facteurs possible venant de notre fait : ils viendraient compliquer encore une tâche déjà redoutable.

J'ai depuis longtemps constaté (dans mon travail avec les psychotiques ou les névrosés chroniques, dans mon expérience de supervision d'une vingtaine de thérapeutes à Chestnut Lodge et ailleurs, et en écoutant les présentations faites en réunions de synthèse ou en séminaires) que nous sommes particulièrement enclins à développer une attitude de désespoir au cours de notre travail avec un patient, comme moyen de nous accrocher inconsciemment aux gratifications déniées, mais, en fait, profondément valorisées, que nous tirons d'un mode symbiotique de relation patient-thérapeute. Au cours de cette phase, nous avons tendance, malgré nous, à lutter avec acharnement pour que le patient ne fasse pas de progrès important – progrès que, quelque part en nous, nous sentons comment devant avoir lieu dans un lointain avenir. Il arrive très souvent qu'un progrès dans la thérapie soit précédé par une phase de désespoir chez le patient et le thérapeute, désespoir où, rétrospectivement, l'on peut voir un désir de s'accrocher à leur mode de relation symbiotique l'un avec l'autre.

Quantité d'articles et de livres ont souligné l'importance pathogène d'un tel mode de relation dans l'enfance – et en particulier dans celle du schizophrène; mais je crois que nous avons sous-estimé les éléments profondément gratifiants de ce mode de relation qui permet à chacun des participants de

se livrer avec délices à des sentiments de satisfaction infantile aussi bien qu'à des fantasmes de mère omnipotente. L'une des raisons pour lesquelles, selon moi, la schizophrénie est si difficile à résoudre est que le thérapeute rencontre tant de résistance interne à aider le patient à sortir de la relation symbiotique patient-parent reconstituée dans la transfert. Le patient, mais aussi le thérapeute, trouvera volontiers que les fruits à venir d'une relation plus mature valent *tout juste* - et encore – la peine d'abandonner la relation symbiotique qui, en dépit des tourments qu'elle inflige, offre de précieuses gratifications.

Chaque fois que j'ai pu acquérir des informations récentes et détaillées sur ces situations, j'ai découvert, comme on pouvait s'y attendre, que la lutte du patient et du thérapeute pour se rendre mutuellement fous se produit au seuil de ce qui est, comme le prouveront plus tard les événements, un pas en avant exceptionnellement important pour le patient dans la thérapie. C'est comme si tous deux luttaient, par un renforcement des techniques symbiotiques pour se rendre mutuellement fous, contre l'apparition de ce progrès dans la thérapie.

Il ne faudrait pas croire qu'après une telle percée, la thérapie n'ait plus qu'à poursuivre tranquillement son chemin. Dans la perlaboration, dans le transfert de la relation symbiotique du patient avec la mère, cette même lutte doit être sans casse recommencée. Même si plus tard, elle tend à être moins perturbante, le thérapeute est toujours susceptible d'éprouver le même noir désespoir, la même sensation d'être rendu complètement fou par ce patient impossible, et cela chaque fois qu'il se trouve au seuil d'une phase de relâchement de la relation symbiotique. On peut comparer cela au fœtus qui se sépare anatomiquement de la mère : une seule douleur ne suffit pas à faire entièrement émerger le bébé, il en faut une longue série. On peut ici citer les remarques que fait

Margaret Little dans un article intitulé "Le contre-transfert et la réponse du patient au contre-transfert"²⁴

Consciemment - et sans doute aussi, dans une large mesure, inconsciemment -, nous voulons tous que nos patients aillent mieux, et nous pouvons facilement nous identifier à eux dans leur désir d'aller mieux, c'est-à-dire nous identifier à leur moi. Mais inconsciemment, nous avons tendance à nous identifier aussi au surmoi et au ça du patient, à ce qu'il entre en lui d'interdiction d'aller mieux, de désir de rester malade et dépendant; ce faisant, nous ralentissons sa guérison. Inconsciemment, nous exploiterons la maladie d'un patient pour notre propre compte, à des fins à la fois libidinales et agressives, et il réagira très vite à cela.

Le patient en analyse depuis très longtemps devient généralement l'objet d'amour de son analyste; il est celui que l'analyste désire réparer, et les tendances réparatrices, même conscientes, peuvent, grâce à un refoulement partiel, être soumises à la compulsion de répétition : il devient alors nécessaire de toujours faire en sorte que le patient aille mieux, *ce qui, en fait, dignifie que pour pouvoir faire qu'il soit bien, il faut sans arrêt le rendre malade* [mots soulignés par moi].

Bien utilisé, ce processus répétitif peut être processus de progrès, et le "rendre malade" prend alors la forme nécessaire et efficace d'une mise à découvert des angoisses qui peuvent être interprétées et perlaborées. Mais cela implique de la part de l'analyste un certain degré de volonté inconsciente de permettre à son patient d'aller mieux, de devenir indépendant et de la quitter...

Si je me réfère à ma propre expérience²⁵, qui s'oppose à cet égard à celles de Reichard et Tillmann²⁶, de R.W., et T.

²⁴ "Counter-transference and the Patient's Response to it", *Int.J.Psycho-Anal.*, 1951, 32, p. 32-40.

²⁵ Voir mon article "Processus de dépendance dans la psychothérapie de la schizophrénie" ("Dependency process in the Psychotherapy of Schizophrenia"), *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol.3, 1955, p. 19-66; Repris dans *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*.

²⁶ *Op. cit.*

Lidz²⁷, de Limentani²⁸ et de bien d'autres, je m'aperçois que ce que le thérapeute offre ici au patient de nouveau et de thérapeutique, ce n'est pas un *évitement* du développement de la dépendance symbiotique à l'égard du patient, mais plutôt une *acceptation* du développement de cette dépendance, une acceptation du fait que le patient en est arrivé à compter beaucoup pour lui. C'est cette acceptation de sa propre dépendance à l'égard du patient que la mère n'a pas pu offrir à celui-ci.

Dans la grande majorité des cas où le patient et le thérapeute ont travaillé assez longtemps ensemble pour que cette relation symbiotique soit bien établie, et où l'on s'aperçoit que tous deux désespèrent de leur travail, il apparaît clairement que chacun lutte inconsciemment pour rendre l'autre fou - ou, plus exactement, pour le maintenir fou -, de sorte que les deux participants peuvent se cramponner à ce mode de relation symbiotique avec l'autre, mode de relation extrêmement immature et par conséquent "malade", mais profondément gratifiant.

Il se peut que le besoin - répandu non seulement chez les schizophrènes mais aussi chez ceux qui les soignent - de nier l'aspect gratifiant de la relation symbiotique, explique en partie la persistance tenace du concept absurde, dit de la "mère schizophrénogène". Il se peut, en effet, que nous soyons si puissamment attirés, à un niveau inconscient, par les gratifications qu'offre une telle mère, avec son mode de relation symbiotique, que nous soyons contraints de nier ce qui nous pousse régressivement dans cette direction, et ainsi consciemment contraints de percevoir cette mère - et, dans nos écrits scientifiques, de la décrire - comme une "mère schizophrénogène" totalement inattrayante avec laquelle ce serait un véritable enfer d'avoir un lien étroit.

²⁷ *Op. cit.*

²⁸ *Op. cit.*

4° La façon dont le thérapeute et l'analyste répondent aux communications du patient semble si souvent comme calculée pour rendre le patient fou (ou plus fou) qu'il est difficile d'attribuer entièrement ce phénomène au manque d'expérience clinique, de compétence, et de capacité de perception. J'ai l'impression, en effet, qu'une technique maladroite - technique qui favorise plus la désintégration que l'intégration chez le patient - est due, bien souvent, à un désir du thérapeute, chroniquement refoulé (et, du même coup, chroniquement présent) de rendre l'autre fou.

Il arrive souvent que nous, les thérapeutes, ayons fortement tendance à réagir à un seul aspect des sentiments ambivalents du patients. Ainsi, lorsqu'un schizophrène hospitalisé nous montre par son comportement excessivement perturbé qu'il a inconsciemment besoin de la sécurité qu'apporterait une hospitalisation continue, mais que *consciemment*, il demande avec force à sortir, nous sommes bien capables de lui répondre sur un ton rassurant : "Je vois que vous *voulez vraiment rester* à l'hôpital psychiatrique, et que vous *avez peur* de sortir" Une telle brutalité de la part du thérapeute se rencontre assez rarement sous une forme aussi absolue (quoique j'aie souvent constaté et compris rétrospectivement que j'utilisai moi-même avec mes patients une technique aussi peu thérapeutique et aussi brutale que celle-ci). Mais une participation du thérapeute moins nettement non thérapeutique est assurément très courante (je considère que tous les points exposés dans cet article sont valables aussi bien pour la psychanalyse que pour la psychothérapie, bien que ce soit la seconde qui retienne plus particulièrement mon attention). La facilité avec laquelle l'analyste méconnaît l'importance des sentiments et des attitudes conscientes du patient et réagit aux communications préconscientes ou inconscientes comme si celles-ci n'émanaient que des désirs et des attitudes "réels" et "vrais" a certainement bien souvent rendu fou plus d'un névrosé en analyse.

Pour se défaire de ces façons de réagir, il ne suffit pas que le thérapeute ou l'analyste apprenne une technique qui soit plus appropriée à l'état véritablement ambivalent et mal intégré du patient. Il doit, pour mieux aider ses patients, être prêt à affronter son propre conflit entre d'une part, son désir d'aider le patient à devenir mieux intégré (c'est-à-dire, plus mature et plus sain), et, d'autre part, son désir de se cramponner à lui, ou même de le détruire, en favorisant la perpétuation ou l'aggravation de la maladie, l'état de mauvaise intégration. Seule cette sorte de prise de conscience personnelle le prépare à servir plus efficacement les patients - surtout les schizophrènes et les "cas limites" de la schizophrénie -, le prépare notamment à les aider dans la traversée de cette phase cruciale du transfert que j'ai évoquée ici²⁹.

Traduit de l'anglais par **Brigitte Pontalis**

© Editions Gallimard.

²⁹ Les thérapeutes suivants m'ont aimablement autorisé à utiliser des faits concernant leurs propres patients : les docteurs Cecil C.H. Cullander, Jarl E. Dyrud, John P. Fort, Leslie Schaffer, Roger L. Shapiro, Joseph H. Smith et Naomi K. Wenner. Mais je suis seul responsable des formulations théoriques concernant ces faits.