

Il y a quelques semaines, on m'a demandé de faire des exposés à propos de la schizophrénie. C'est moi qui ai choisi le sujet, et je me suis laissé aller à proposer un thème — cela s'est passé par téléphone, j'ai dit: « À propos des symptômes primaires de la schizophrénie »...

Puis, tout à l'heure, à la gare, en prenant le train, j'ai croisé un collègue, psychiatre à Blois, qui me dit: « Tiens, tu veux qu'on voyage ensemble? » Je réponds: « Non, parce que je voudrais réfléchir un peu. — Sur quoi? — Sur les symptômes primaires de la schizophrénie »...

Et lui de me dire: « Mais qu'est-ce que c'est que ça?! »

Il est vrai que l'on n'ose plus tellement parler de ces choses-là, qui paraissent dépassées.

Pourtant, pour moi, c'est resté depuis quarante ans des choses que j'aurais bien voulu essayer de préciser. Je vais saisir cette opportunité pour le tenter — mais alors, quel travail extraordinaire, que d'essayer de regrouper ce qu'il y a sous ce vocable!

Cela me semble important de le faire sur un plan tout à fait pratique, à savoir celui de la rencontre quotidienne et de l'« efficacité », si l'on peut dire, vis-à-vis du schizophrène.

1. Phénoménologie de la rencontre

Ce qui est dominant dans le travail psychiatrique au sens large, dans l'abord psychothérapique de quelqu'un, c'est de pouvoir essayer de préciser à qui l'on a affaire, à qui l'on parle, et comment parler¹; et ce, pas simplement sur le plan du nommable ou de l'état-civil, mais sur le plan de la structure de la personnalité. J'ai toujours maintenu que la plus grande dignité que l'on peut avoir vis-à-vis de quelqu'un, c'est de faire un diagnostic. Autrement dit, même dans la rencontre, il y a la sous-jacence, plus ou moins explicite, d'une sorte de « diagnostic de personnalité » : c'est quelque chose qui demande souvent beaucoup de temps, d'efforts et de déchiffrement de ce qui est en question dans la rencontre.

1. Les titres des chapitres et, sauf mention contraire, les italiques hors citations, les notes ainsi que tous les éléments entre crochets sont le fait de l'éditrice. Les passages retranscrits placés en notes (celles-là sont donc de J. Oury) sont marqués [NdA]. Voir la note générale p.444.

Avec les schizophrènes, il me semble qu'un des points essentiels est d'essayer de faire en sorte qu'il y ait une rencontre à un certain niveau qui puisse avoir, tout au moins, un certain potentiel d'efficacité. Il ne faut pas être intoxiqué par cette dimension d'efficacité, mais il faudrait néanmoins que la rencontre serve à quelque chose: que ce ne soit pas simplement une rencontre tout à fait superficielle...

Cette première approche serait de l'ordre de la *phénoménologie de la rencontre* — et c'est déjà une prise de position, que de parler de certains « modes de rencontres » avec la schizophrénie. Il n'est pas de position objective, impartiale; mais cette prise de position n'est pas pour autant quelque chose de flou ou de non-structuré. On peut dire que cela fait partie de la dimension du travail même dans lequel nous sommes plongés¹.

Le problème est de savoir à *qui l'on parle* dans la rencontre avec un schizophrène authentique: il s'agit de savoir ce qu'on appelle « schizophrène », et si, dans cette rencontre, il se passe quelque chose. Bien sûr, nous avons des perceptions: on regarde, on voit la mimique, les gestes, on écoute s'il parle, etc., mais dans la rencontre avec le schizophrène, *il se passe quelque chose* qui dépasse, justement, la stricte observation dite « objective ».

En ce sens, une affirmation de Rümke m'avait semblé remarquable: ce qu'il nomme en allemand « *Praecox Gefühl*² ». Pour traduire cela, certains parlent de

1. [NdA] Voyez à ce propos Henricus Cornelius Rümke, « Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants », [in Ferdinand Morel (dir.), *Premier congrès international de psychiatrie, vol. I: Psychopathologie générale. Psychopathologie des délires*, Paris, Hermann et C^e, 1950, p.125-173].

2. [NdA] Je préfère ne pas employer la traduction française proposée par Rümke lui-même, qu'on trouve aussi dans les livres et les traités de

l'« odeur » (López Ibor dit « *olor*¹ ») du schizophrène — non pas l'odeur olfactive, mais au sens où il y a quelque chose qui dépasse l'intuition, qui ne trompe pas. On dit : « C'est un schizophrène », et en effet, quelques mois ou années après, l'« évolution » de la maladie (chère à Kraepelin²) montre que c'était bien un schizophrène. Ainsi, Rümke, à chaque fois, dit : « Vous voyez, je ne me suis pas trompé : *Praecox Gefühl* », du premier coup, comme ça. Cela m'a semblé intéressant, parce qu'il me semble que c'est tout à fait ça : « On ne se trompe pas ».

Bien sûr, il faut se demander ce qui se joue là ; et pour répondre à cette question, il faut avoir une certaine expérience. Il y a un sentiment particulier — un sentiment, on peut dire, de « malaise », ou un sentiment de ne pas être à sa place, ou encore un sentiment d'étrangeté³ : c'est là une forme un peu intellectualisi-

psychiatrie. Il traduit l'expression « *Praecox Gefühl* » [H.-C Rümke, « Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl“, *Zentralblatt für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1942] par « sentiment du précoce » ; mais alors, vraiment, qu'est-ce que ça veut dire, « sentiment du précoce » ? Rien.

1. Voir Juan José López Ibor, *Los problemas de las enfermedades mentales*, Barcelone/Madrid, Editorial labor, 1949. On peut rapprocher le mot catalan et espagnol « *olor* » (qui est la « senteur » dans une acception aussi proche du « pressentiment » que de la « sensation ») du mot latin « *odor* », qui a donné l'« odeur » en français (sensation olfactive, mais qui compte aussi parmi ses acceptions les sens de « indice » et de « pressentiment »). À ce sujet, voir aussi p.260.

2. La « *dementia praecox* », considérée comme une « psychose endogène », fut caractérisée par son « évolution » par Emil Kraepelin à partir de la sixième édition de son *Traité de psychiatrie*. Voir E. Kraepelin, *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Johan Ambrosius Barth, 1899 (disponible sur www.archive.org).

3. H.-C Rümke analyse ce sentiment en ces termes : « Dans la rencontre avec le malade schizophrénique, l'instigateur sent une hésitation curieuse et un sentiment d'étrangeté, qui se rapportent à la rupture du rapport mutuel normal quand deux personnes se rencontrent. Ce qu'on appelle l'instinct de rapprochement et ses expressions est troublé d'un

sée (mais tout de même très importante) du processus diagnostique qui avait été développé, dans une dimension phénoménologique, par Eugène Minkowski en 1927. Dans le diagnostic, on peut observer (par « intuition ») ce qui se passe en soi-même, par une sorte de résonance intérieure¹. À ce sujet, Rümke donne un exemple : il reçoit quelqu'un, un malade un peu déprimé, avec un peu d'hypertension, un monsieur qui présente bien. Et tout en lui parlant, il sent lui-même une certaine négligence : il ne se tient pas très bien, il s'affale un petit peu ; il est alerté, et se dit : « Celui-là fait un début de démence² »...

Il faut donc se placer à un certain niveau pour pouvoir être en résonance avec ce qui se présente.

Mais quelle est la qualité même du *Praecox Gefühl*? Depuis très longtemps, j'essaye d'expliquer cela d'une façon un peu différente... Il semble que ce que l'on ressent, c'est *une rupture avec les habitudes*.

Quand on reçoit quelqu'un (qu'il soit névrotique, mélancolique, mais surtout pas schizophrène) et qu'on lui parle, on a tout de suite le sentiment que la conversation, si minime soit-elle, est recentrée par quelque chose : elle passe par un point — les lignes, imaginaires ou autres, se nouent en un point. À ce sujet, j'avais cité dans une thèse l'expression de Marcel Jouhandeau, avec sa

côté seulement. » (« Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants », *op. cit.*, p.162).

1. Eugène Minkowski indique : « Là où il s'agira d'approfondir nos connaissances théoriques et pratiques sur la personnalité humaine, tout en réservant sa place à la réflexion, nous n'hésiterons pas à faire intervenir, dans nos recherches, l'instinct et l'intuition. » (*La Schizophrénie, Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris, Payot 1927, rééd. Payot & Rivages, 1997, p.130-131).

2. Voir H.-C Rümke, « Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants », *op. cit.*, p.162-163.

psychopathologie particulière dans ce domaine : il disait que ce qui comptait, dans la rencontre avec une personne, c'était de situer le « point de rassemblement¹ ». Pour lui, ce qu'il sentait se trouvait là où toutes les lignes se rassemblaient : c'était derrière la nuque. Or, chez le schizophrène, c'est comme si, dans le *Praecox Gefühl*, on sentait qu'il n'y avait pas de point de rassemblement — et ça se sent tout de suite. C'est bien connu sur le plan de la phénoménologie, mais également dans les abords psychanalytiques — avec toutes les écoles, aussi bien chez Pankow que dans les écoles kleinienne.

Resnik souligne que dans la « présence » même du schizophrène, *il y a quelque chose*, dans le sens où *il n'est pas là* : il y a des bouts de lui-même, qui sont à une distance... qui voyagent... Il n'y a qu'un tout petit bout de lui-même qui est là². On croit s'adresser à une personne,

1. Voir Jean Oury, *Essai sur la création esthétique* [1950], thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Hermann, 2008, p.114-115 ; un échange avec une malade schizophrène lui a évoqué cette citation de Marcel Jouhandeau : « L'endroit du corps où j'exige le plus d'ordre chez l'homme comme chez la femme, c'est la nuque, parce que c'est là que réside le centre de la volupté, les leviers de commandes du plaisir et que se nouent et se dénouent les liens de la vie et de la mort : là où se plaît à frapper la hache du bourreau, où repose le poids du monde entre les épaules d'Atlas, le lieu même de la personne, de sa force ou de sa faiblesse ; d'un œil caché, post-facial, de loin le plus sensible : qui veille à la direction ; ou à l'égarément. Volonté d'abord. Fatalité enfin quand l'homme a abdiqué. » (« Rafles de visages », in *Verve* n°5-6).

2. « Plus le vécu d'un objet interne ou d'une partie du moi est pénible au persécuteur, plus lointain est le lieu où le malade va projeter ce sentiment. Quand cette projection devient massive, le *self* se vide de plus en plus et l'individu se comporte comme s'il était dépourvu d'un moi et d'un monde intérieur. Le corps devient un espace vide et la pensée s'appauvrit et s'anéantit. Tout ce qui lui était intérieur se trouve morcelé ailleurs et partout. » (Salomon Resnik, *Personne et psychose, Études sur le langage du corps*, Paris, Payot, coll. « Sciences de l'homme », 1973. p.19).

et on s'adresse peut-être à une main ou à un doigt de pied, ou à un « bouton de culotte » (en référence à un cas clinique que j'aurai peut-être le temps de raconter¹). En fin de compte, c'est gênant quand on parle à quelqu'un, et qu'on s'aperçoit que l'autre est complètement ailleurs.

La dimension phatique du message est aussi en question : dans la dimension phatique, ce n'est pas forcément le contenu qui importe — cet aspect est décrit par Jakobson, par exemple, lorsqu'il parle de l'importance dans le message de l'élément phatique², c'est-à-dire de constater que l'autre est là pour que le message puisse passer — par exemple, au téléphone, quand on dit : « Allô ? », cela fait un peu de phatique, et l'autre redevient attentif. Or, chez le schizophrène, on a beau dire « Allô ? », ça ne donne rien du tout : l'autre est complètement ailleurs ; il faut employer d'autres techniques.

Tous ces éléments sont présents, implicitement ou non, dans cette première rencontre — qui peut se renouveler au long des années, mais c'est toujours la même impression. De quoi s'agit-il ? C'est intéressant, cette sorte de « dimension opératoire » qu'est la rencontre : il me semble que déjà, à ce niveau quotidien, dans cette rencontre, dans ce qui se passe, *il y a quelque chose qui n'est pas pareil*. Et tout l'effort de la psychopathologie est d'essayer de définir « ce qui n'est pas pareil » sans aller jusqu'à dire, en suivant van den Berg, que ce qui est troublé, ce n'est ni le psychiatre, ni le schizophrène, mais que ce serait l'entre-deux, la relation entre les deux³.

1. Voir *infra* p.37.

2. Roman Jakobson « Linguistique et poétique » (1960), dans *Essais de linguistique générale*, Paris, Minuit, 1963, p.215-217.

3. Voir Jan Hendrik van den Berg, « Bref exposé de la position phénoménologique en psychiatrie » : « Les symptômes psychopathiques sont des “faits de compréhension”, c'est-à-dire que chaque symptôme nous est fourni en une “rencontre” spécifiquement compréhensible

Nous voyons bien ici pourquoi la position que l'on prend en présentant certains faits ne peut être que partielle. Et à l'arrière-plan de ma description — à ma manière, en partant du *Praecox Gefühl* —, quand je dis :

- il n'y a pas « un point de rassemblement », mais une « dispersion »,
- il y a du « nulle part »,
- il y a de l'« ailleurs »,
- il y a une « présence » qui ne fonctionne pas bien, c'est déjà tout un programme !

Et ce qui vient s'inscrire derrière cette prise de position, ce sont des choses, les plus traditionnelles qui soient. Par exemple, quand je dis, en parlant du point de rassemblement : « Il y a plusieurs points », nous sommes dans la *Spaltung*, la dissociation au sens de Bleuler — qui est un « symptôme primaire » de la schizophrénie¹.

Maintenant, si je me mettais à énumérer les « symptômes primaires » selon chacun des auteurs, nous verrions qu'il y a des dizaines d'auteurs qui s'entrecroisent sur ce sujet. Il me semble que cela vaudrait la peine de préciser un tableau d'ensemble, à condition que ce

qui imprime à chaque symptôme son coloris particulier. Ce coloris, ou mieux encore, cette forme de “rencontre” est l'espace de la maladie mentale qu'on ne peut trouver ni chez le malade, ni chez le psychiatre, mais qui justement se révèle dans leur “rencontre” : dans l'unité pré-réflexive du malade et du médecin. » (*L'Évolution psychiatrique* n°2, 1947, p.31).

1. Ouvert à la psychanalyse, opposé à Kraepelin, Eugen Bleuler conteste le terme de « démence précoce » et invente le concept de « schizophrénie ». Il explique que ces malades souffrent d'une scission (*Spaltung*) dans *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Leipzig/Wien, Franz Deutike, 1911). Il existe une traduction résumée par Henri Ey (1926, Paris, Cercle d'études psychiatriques, 1945-1964 ; rééd. *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*, Paris, GREC/EPEL, 2001).

soit *sur un fond de parti pris de ce dont il s'agit*. Et le parti pris de ce dont il s'agit, c'est que dans cette rencontre, nous avons affaire, non pas à une collection de symptômes, primaires ou pas; comme le dit Wyrsh en employant un langage banal, nous avons affaire à *une personne*. Par cette prise de position en faveur de la personne du schizophrène, Jakob Wyrsh a pu prendre en compte (contrairement à Henri Ey, qui envisageait le processus schizophrénique uniquement dans un sens négatif en montrant un déficit permanent) des possibilités de reconstruction, chez les schizophrènes, de quelque chose qui, quelquefois, quand le tempérament est assez riche, dépasse largement, comme production esthétique ou autre, ce qui est produit par les normosés².

Pour ma part, j'aime mieux dire que chez le schizophrène (ou pas), ce à quoi nous avons affaire dans la rencontre, non seulement c'est une personne, mais, plus encore qu'un « être parlant », c'est un « parlêtre », comme dirait Lacan³. Il ne faut pas mettre de prédi-

2. L'opposition entre J. Wyrsh et H. Ey est particulièrement perceptible au sujet des hallucinations: alors que H. Ey considère que le phénomène de la croyance délirante est une manifestation relevant d'un déficit dans son *Traité des hallucinations* (Masson, 1973; rééd. Cercle de recherche et d'édition H. Ey, 2012), J. Wyrsh indique: « Le trait essentiel du mode d'existence de notre malade est l'hallucination, et si elle nous frappe tout d'abord dans ce tableau clinique, c'est qu'elle est devenue une véritable fonction vitale au sens où l'entend L. Binswanger, tout comme le sont pour les hommes normaux ou malades les perceptions, la pensée, la parole » (*La Personne du schizophrène, Étude clinique, psychologique, anthropophénoménologique*, trad. Jacqueline Verdeaux, Paris, PUF, 1956, p.25). Voir aussi Jacques Lacan, « Propos sur la causalité psychique » [Bonneval, 1946], *L'Évolution psychiatrique* n°1, 1947, p.123-165, rééd. dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p.151-193.

3. « C'est un cercle vicieux de dire que nous sommes des êtres parlants. Nous sommes des "parlêtres", mot qu'il y a avantage à substituer à l'inconscient, d'équivoquer sur la parlotte, d'une part, et sur

cat ici, c'est complètement tissé: un « parlêtre », c'est quelqu'un-tissé-dans-le-langage. Et justement, le schizophrène, on peut dire qu'il fait des démonstrations quelquefois éblouissantes de la plasticité du langage: on peut dire que c'est un parlêtre. On a affaire à un parlêtre; mais dire cela ne suffit pas encore, parce que nous ne pouvons pas nous contenter de jeux de mots! Une *rencontre*, ce n'est pas un jeu de mots. Alors, nous pouvons préciser que *le parlêtre constitue, en fin de compte, l'existence, ou la manifestation de ce qu'on appelle, d'une façon plus banale, Autrui.*

Je l'écris avec un grand A, Autrui, avec une révérence. Autrui, il n'a pas besoin d'être intelligent — ce n'est pas un critère de reconnaissance. Je salue Autrui aussi bien chez un imbécile profond, un crétin au sens de Binet-Simon: c'est toujours Autrui, avec le même respect absolu.

Dire cela, c'est introduire dans le problème des « symptômes primaires » une dimension que l'on peut dire *éthique* — car il n'y a pas l'éthique d'un côté, et la science de l'autre. Je dis cela parce que nous assistons, depuis quelques années, à une sorte de reprise des « symptômes primaires » sous forme de catalogue: après avoir été complètement méconnus en France, les travaux

le fait que *c'est du langage* que nous tenons cette folie qu'il y a de l'être: parce que c'est sûr que nous y croyons, nous y croyons à cause de tout ce qui paraît faire substance; mais en quoi est-ce de l'être, en dehors du fait que le langage use du verbe être? » (J. Lacan, « Le symptôme »: Columbia University, 1^{er} décembre 1975, dans *Scilicet* n°6/7, Paris, Seuil, 1975, p.50). Voir aussi *Joyce le symptôme* (rééd. dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001) et *Joyce le symptôme II* (Paris, CNRS, 1979). Le rapport du parlêtre au corps est explicité notamment dans « La troisième » (*Lettres de l'École freudienne* n°16, 1975, p.177-203, rééd. in *La Cause freudienne* n°79, Paris, Navarin, 2011).

de Kurt Schneider sur les onze symptômes pathognomoniques de la schizophrénie¹ ont été repris en Amérique, pour revenir ensuite à Paris sous forme de machine². Et le fait qu'on n'a pas tenu compte de ces travaux sur les onze symptômes de premier ordre de Kurt Schneider pendant longtemps, pour y revenir ensuite de cette façon détournée, me semble extrêmement dangereux... Bien sûr, on ne va pas lister les symptômes et simplement dire: « Est-ce qu'il est comme ci? Est-ce qu'il est comme ça? » ; on va les articuler pour les faire dépendre les uns des autres, les organiser en *structure*. Mais même si on les organise en structure, cela ne suffit pas, en fin de compte, pour décrire toute la personne. Donc, ces « symptômes pathognomoniques » sont simplement des clés, des sortes de moyens d'approche, qu'il faut critiquer.

Il faudrait situer *historiquement* les efforts qui ont été faits pour essayer de dégager ce qu'on appelle les symptômes « primaires » ou « pathognomoniques » — ce qui

1. [NdA] Kurt Schneider était psychiatre à Heidelberg; c'était quelqu'un de particulièrement vigilant dans ses approches cliniques, et qui, sur le plan phénoménologique, a essayé de faire une analyse permanente pour voir quels étaient les symptômes pathognomoniques, ce qui permet de faire des diagnostics ultra rapides vis-à-vis de toutes les formes de dépression et de mélancolie. [Voir *Klinische Psychopathologie* [1950], trad. Jean-Pierre Legrand: *Psychopathologie clinique*, Paris/Louvain, B. Nauwelaerts, 1970).]

2. Voir Charles-Bernard Pull et Patrice Boyer, « Automatisation du DSM-III » dans Pierre Pichot (dir.), *DSM III et psychiatrie française: comptes-rendus du congrès*, Paris, Masson, décembre 1984: « Le travail présenté ici décrit un procédé diagnostique automatisé, permettant de recueillir les informations nécessaires à établir des diagnostics selon respectivement dix et sept classifications différentes des psychoses non-affectives et des dépressions, puis d'établir ces diagnostics à l'aide d'un programme simple d'ordinateur. [...] Notre système se compose de plusieurs Listes Intégrées de Critères d'Évaluation Taxinomiques (LICET). » Voir aussi la note 1 p.83.

fait, en fin de compte, qu'il y a une certaine spécificité à ce qui se présente là. Pour situer un peu historiquement les préoccupations de certaines époques, il est certain, par exemple, que la schizophrénie n'est pas née d'un seul coup. Bien sûr, on raconte des fables — qui sont vraies, comme toutes les fables — de Bleuler qui aurait été influencé par Jung, lui-même influencé par Freud. Savoir ce qu'ils avaient fait de Freud, ça, c'est une autre histoire ! Mais enfin, en 1911, Bleuler a promu le terme de « schizophrénie¹ » ; et il me semble que dans cette distinction (nosographique) de la « schizophrénie » par rapport à la « démence précoce », il y a quelque chose de l'ordre d'une exigence *éthique* dans le sens où c'est par l'introduction d'une réflexion (même erronée) sur la distinction entre « symptômes primaires » et « symptômes secondaires »² qu'a pu se créer, à ce moment-là, quelque chose qui était l'amorce du secteur autour de Zurich : au lieu de rester enfermés ou attachés, ou mis en cellule toute leur vie, les malades pouvaient sortir en faisant un travail plus ou moins protégé de l'époque, être pris en charge — à l'époque, c'était une prise en charge « familiale³ ».

Un des « symptômes primaires », sous-jacent à ce que je disais tout à l'heure du *Praecox Gefühl*, est la *Spaltung*. C'est le principal symptôme primaire isolé par Eugen Bleuler. Cette dissociation, cette dislocation, cette

1. Voir la note 1 p.31.

2. Voir E. Bleuler, « Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie », in *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 124, 1930.

3. Sous la direction de Bleuler, la clinique du Burghölzli mit en place une thérapie active (et pas simplement occupationnelle), par le travail et la responsabilisation de chacun en fonction de ses goûts et aptitudes. Voir E. Bleuler, « Geschichte des Burghölzlis und der psychiatrischen Universitätsklinik », in *Regierungsrat des Kantons Zürich, Zürcher Spitalgeschichte II*, Zurich, Berichthaus, 1951, p.377-425.

Spaltung, nous pouvons dire (par la qualité même de la rencontre) qu'elle apparaît *au niveau existentiel*.

Le *Praecox Gefühl* nous sert ici d'indicateur : c'est une sorte d'index pour montrer qu'il y a de la « dispersion » et que *cela se sent* sur le mode du *Gefühl*, sur le mode très « Minkowski » d'une intuition diagnostique. Mais à l'époque de Bleuler, ce qui préoccupait les psychiatres sur un plan qui faisait presque écran à la recherche (d'une dimension alors dite « médicale »), c'étaient des préoccupations de fin de siècle, qui consistaient à rechercher les « causes » et les « mécanismes » dans la formation du tableau clinique.

Cette période étiopathogénique a duré longtemps, et dure encore ; et la position de Bleuler est une position théorique étiopathogénique, qui suit le courant de Kraepelin¹. Aujourd'hui, nous en sommes encore à décrire les formes majeures de la schizophrénie : l'hébéphrénie, la catatonie, et puis tous les tableaux paranoïdes. Nous cultivons la différence entre ce qui est principal (le champ pathognomonique), et ce qui est secondaire — si nous nous trouvons dans une période étiopathogénique, ce qui est principal va prendre l'allure de « cause », de ce qui est « primaire », et qui va causer le « secondaire ».

Ainsi, lorsque Bleuler disait que les symptômes primaires sont des symptômes « physiogènes » (c'est-à-dire inscrits physiquement), c'était avec, en arrière-fond, l'espoir anatomo-clinicoïde du XIX^e siècle de trouver la *Pierre de la folie*, de trouver, disons, la cause « matérielle » ;

1. [NdA] Le traité de Kraepelin, dans son édition de 1899 [*op. cit.*], regroupait, dans un tableau général de la « démence précoce », ce qui avait été vu d'une façon morcelée — en particulier, ce que Kahlbaum avait décrit sous le nom de « catatonie » et ce que Hecker avait décrit sous le terme de « mode hébéphrénique ».

aujourd'hui, ce n'est pas mieux: « Quelle est la cause matérielle? » — nous en sommes encore là!

Par exemple, je me souviens que j'étais, il y a très longtemps en 1947/1948, à l'hôpital de Saint-Alban, dans la montagne, en Lozère, avec François Tosquelles. Une fois, nous étions partis chercher un homme. Nous y avons passé la nuit: il était parti de chez sa mère pour se barricader avec des fusils; c'était une forme de schizophrénie très particulière. Je me souviens avoir reçu par la suite un coup de téléphone de son frère, qui était neurologue à Paris, à la Salpêtrière, et qui m'a dit: « Mais enfin, pouvez-vous me dire exactement quelle est la localisation du mal? ». J'ai dit: « Je ne sais pas (je tombais des nues!), j'y réfléchirai... Je ne sais pas Monsieur ». Il voulait certainement faire venir son frère pour l'opérer... Or, ce soir-là, la mère nous avait raconté: « Vous comprenez, hier soir, il s'est précipité sur moi parce qu'à la place de mes yeux, il voyait des boutons de culotte! ». En s'aidant des travaux de Kurt Schneider¹, on pourrait appeler cela une « perception délirante », pour se tranquilliser...

(Intervention dans la salle:)

— On dit que la fille de Bleuler était schizophrène?

— C'est possible, je ne sais pas... Mais votre intervention me fait penser à ce que Bleuler évoquait également,

1. Kurt Schneider identifie onze symptômes de premier rang de la schizophrénie: « Publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de réplique, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, diffusion de la pensée, perception délirante, ainsi que ce qui est fait et influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté. » (K. Schneider, *Psychopathologie clinique, op. cit.*, p.131). La plupart de ces symptômes avaient été relevés comme caractéristiques de l'automatisme mental décrit par de Clérambault.

comme autre « symptôme primaire » : la *Sperrung*, c'est-à-dire le « barrage » : on est là, on parle avec l'autre, puis... Ce n'est pas une absence, ni une absence épileptique, c'est très différent, on le sent bien, il n'a pas perdu conscience. Quand je suis en train de parler, et que vous dites : « Et la fille de Bleuler ? », je suis surpris de ce qui se présente ; et pour un délirant, c'est un peu ça qui se passe, en fin de compte.

Pour comprendre la *Sperrung*, il faut se mettre à la place de l'autre : on vit tranquillement, puis, d'un seul coup, tout prend une allure extraordinaire. *Il se passe quelque chose*. On a un « sentiment » (au sens de López Ibor¹) de « malaise » : c'est bizarre, on ne sait pas pourquoi... C'est de plus en plus louche, mais ce n'est pas comme d'habitude. Et si ça dure, quel soulagement si on dit : « Ah, ça y est, j'ai compris : c'est mon voisin du second qui fait tourner la table et qui m'envoie des ondes ! » ; alors, on est tranquille, on peut travailler : c'est une cristallisation de quelque chose. Et d'ailleurs, [à propos de la cristallisation des symptômes dans l'étiopathogénie], si nous nous demandions ensemble quel est le rapport entre les boutons de culotte et la fille de Bleuler, cela pourrait nous mener loin ! Mais enfin, nous voyons que ce « mécanisme » de réassurance, de délimitation existe aussi chez le grand schizophrène délirant.

Nous pouvons donc dire que le « mécanisme » du grand schizophrène délirant, c'est le mécanisme normal ! Sauf que *ça a déraillé quelque part* ; mais où ? C'est là tout le problème des définitions, suivant les époques, et suivant le caractère des gens. Où ça déraillé ? Dans la tête ou dans les pieds ? Ou d'une autre façon ? Au niveau du moi — en laissant au moi le flou qui convient — ou bien au niveau, comme disent les Allemands, de la *Grundstimmung*,

1. Voir la note 1 p.27.

de l'« humeur fondamentale » ? Ou, d'une façon plus fine, de ce qui dérive de la *Grundstimmung*, au niveau des « états d'âme », de ce que je viens de décrire, par exemple, cette sorte d'inquiétude, d'angoisse bizarre qui n'est pas de l'angoisse névrotique ?

Cette sorte de flou, d'incertitude, de « pas pareil », de « qu'est-ce qui se passe donc, ce n'était pas comme ça hier », on peut dire que c'est une *modification*; c'est comme s'il y avait un nouvel « état d'âme » qui se gonfle, quelque chose qui n'est pas pareil et qu'il faut expliquer. Certains ont été jusqu'à dire que c'était l'« état d'âme » qui déclenchait le « déroulement »...

Avec la phénoménologie, nous pouvons déjà essayer de savoir à *quel niveau il se passe quelque chose*. Ce niveau n'est pas thématique, ni même affectif ou pathique — mais ce n'est pas pour autant ce que Kurt Schneider appelle *Untergrund*, un niveau d'« inaccessibilité » (qui est en-dessous, justement, du fond, de la *Grundstimmung*), et qui, pour dire simplement les choses, est inaccessible psychologiquement¹. Ce n'est pas à ce niveau-là qu'« il

1. K. Schneider indique: « Le “fond psychique” (*Untergrund*) de la réaction à l'événement vécu est très important: il n'est pas vécu, et ne motive pas la réaction, mais il agit d'une manière purement causale. D'autres événements peuvent influencer ce “fond” et, par là, la force de la réaction; agissent ainsi le moment de la journée, le temps, l'humeur vitale, de même que le sentiment de bien-être corporel, le sommeil, la satiété, plus encore des stimulants de toute nature, et aussi la musique. [...] Le “fond” sur lequel agit l'événement se modifie souvent sans l'intervention de causes aussi apparentes. Ce n'est pas en se référant aux lois de la pensée rationnelle que l'on comprend l'influence des événements vécus sur l'affectivité. Le fond psychique n'est pas seulement un facteur qui peut modifier le poids affectif des événements. Il existe aussi une tendance réactive et labile à la dysthymie, qui est due à une prédisposition du “fond psychique”. [...] La nature même du “fond” échappe à l'expérience ; elle est une question purement philosophique. Pour nous, le “fond psychique”

se passe quelque chose » ; par contre, c'est à partir de l'« état d'âme » que se développe une « situation ».

Par exemple — on rencontre souvent cela dans l'étude phénoménologique de la perception délirante —, hier, j'ai vu un monsieur qui vient en consultation extérieure, mais qui a été hospitalisé un certain temps pour une « psychopathologie primaire ». Il dit : « Bien voilà, quand je regarde la télé chez moi, ça me parle, ils me parlent, et la speakerine me fait des clins d'œil ». Il est en même temps dans une conscience absolument claire — car on pourrait dire : « Ah bien oui, tu t'étais endormi ; et puis tu t'es réveillé dans un état hypnagogique, tu avais bu un coup de trop, je ne sais pas ; c'était exogène, ton histoire ! ». Et l'autre de répondre : « Non, non, très clairement... ». Et c'est bien vrai, la *qualité de clarté* de ces hallucinations, sur laquelle Kurt Schneider insiste beaucoup : c'est dans une clarté absolue, avec une critique parfaite, à laquelle on ne peut pas échapper¹. Il y a une sorte de passage très

est simplement un concept-limite. Nous le concevons donc comme une limite au-delà de laquelle aucune expérience ne peut s'étendre, quelque chose que l'on ne peut donc simplement considérer comme corporel, mais qui ne peut non plus être expliqué par la psychologie. Il s'agit donc de quelque chose de tout autre que l'inconscient de la psychanalyse. » (*Psychopathologie clinique, op. cit.*, p.44-45).

1. « S'il est important d'établir d'une manière incontestable ce qu'éprouve l'halluciné, il est aussi capital de connaître quelle est son attitude à l'égard de ses hallucinations. Si quelqu'un a vu sa mère morte se dresser sur son lit ou qu'il a entendu qu'elle a crié son nom et qu'il ajoute à son récit : "Je sais bien que cela ne peut pas être", on aura affaire le plus souvent à des hallucinations dites hypnagogiques qui ne sont pas caractéristiques d'une psychose. [...] Lorsque quelqu'un a vu de ses propres yeux quelque chose de concret, il ne peut pas corriger sa perception comme il le ferait d'idées fausses, d'un jugement erroné, d'une opinion trompeuse. Sur la base de réflexions ou de déclarations d'autres personnes, dignes de foi, il ne peut arriver qu'à la conviction qu'il n'est réellement pas possible que ce qu'il a vu ait existé. » (*Ibid.*, p.98).

rapide d'une objectivité à une croyance. Est-ce qu'il s'agit d'une sorte de croyance délirante, qui pourrait se thématiquer [en symptôme pathognomonique] ? Nous n'en sommes pas là, heureusement. Alors, que pouvons-nous dire ?

Nous pourrions dire : « Ah, bien, il a regardé la télé, et puis il a vu ça, et après, ça l'a rendu malade »... Mais nous pouvons aussi supposer qu'il y avait déjà une disposition particulière de *Grundstimmung*, d'état d'âme vulnérable avec, en même temps, une sorte de *mise en passivité absolue*, qui fait que ce qui venait de l'extérieur, de l'écran, influençait à ce moment-là un niveau inhabituel de sa personne.

Je veux dire par là que dans n'importe quelle chose de la vie de tous les jours (par exemple, regarder une prise de courant), il y a du « mouvement » ; n'importe quelle perception normale est un « processus d'activité¹ ». Or, dans l'« état d'âme » *schizophrénique*, c'est comme si, d'un seul coup, il n'y avait plus ce « processus d'activité ».

On ne peut même pas l'imaginer... Il s'agit d'une véritable « mutation » : *on passe d'un état d'âme à un autre dont le mot manque pour l'expliquer*. « De quoi souffrez-vous, Monsieur ? » Il pourrait répondre : « Je souffre d'une passivité »... Mais pas du tout ! Il aime mieux dire : « Mais je n'ai rien du tout ! »...

1. [NdA] Les phénoménologues l'ont bien noté, mais il me semble que les meilleures descriptions de cette dimension sur le plan scientifique sont des études de Viktor von Weizsäcker — qui illustrent parfaitement le « processus d'activité » de n'importe quel sujet. Il avait établi des liens étroits entre sa pratique médicale et une pensée épistémologique et anthropologique.

[Voir V. von Weizsäcker, *Der Gestaltkreis* [1933], trad. Michel Foucault : *Le Cycle de la structure*, Paris, Desclée de Brouwer, 1958, et *Pathosophie*, trad. Marc Ledoux *et al.* (Grenoble, Jérôme Millon, coll. « Krisis », 2011). Voir aussi Jean Oury, « Autour de la pensée de Viktor von Weizsäcker », *Institutions* n°1, Fédération inter-associations culturelles, 1986.]

Il faudrait sortir de cette impasse pour essayer de dire quelque chose du *ressenti* — *Praecox Gefühl*. De quoi s'agit-il? Il me semble que c'est dans cette « passivité absolue » que vont s'inscrire des systèmes perceptifs, mais tout aussi bien (si on peut séparer les choses) des systèmes idéiques que des sensations quelconques — qui vont, à ce moment-là, s'introduire, prendre possession du sujet depuis l'extérieur. À ce moment-là, il « existera » simplement en tant que forme, une forme de la vie courante, et c'est un phénomène qui contient déjà, en « réserve », une dimension d'*intrusion*. Qu'il dise: « Le speaker ou la speakerine, là, il faut que je regarde le programme, et que j'éteigne la télé quand elle ou il y passe », ou bien: « Chaque fois que je la verrai là, cette speakerine, à la télé, je fermerai le poste »... Il peut toujours imaginer tout ce qu'il veut: c'est orienté, déjà, vers des systèmes délirants.

Nous pouvons dire que quelque chose de cette « mise en passivité » soutient un système délirant. Mais ceci constitue déjà une prise de position, et je suis, à mon avis, en train d'avancer un autre « symptôme primaire » : ces variations, ces mutations de l'état d'âme sont très intéressantes, mais il me semble qu'il n'y a pas une sorte d'effervescence ou d'efflorescence délirante thématique à partir de cet « état d'âme ». On ne peut thématiser que s'il y a quelque chose de l'ordre des « activités du moi » : l'« état d'âme » ne se manifeste que parce qu'il s'agit, dans ces cas-là, d'un parlêtre, et pas du langage.

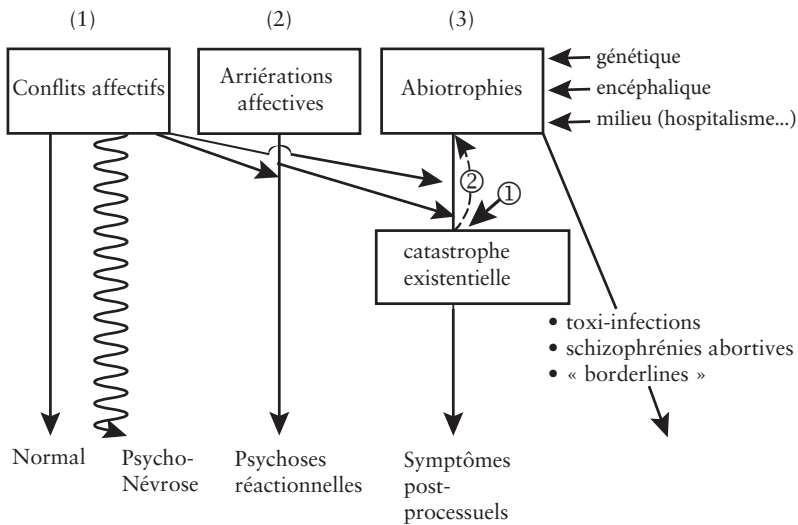
Or, dans la schizophrénie, *ce qui est en question se trouve au niveau du langage* — c'est donc là qu'il faudrait prendre position par rapport aux troubles primaires. Il me semble que l'un des troubles primaires est au niveau de ce que Lacan appelle « lalangue ». Pour le dire autrement, c'est au niveau de ce que certains phénoménologues

appellent « le dire » (et Lacan reprend, d'ailleurs, cette distinction du « dire » par rapport au « dit »¹).

La fabrique du dire se fait mal, et la dissociation est déjà là. Il y a des trous, des crevasses, des *Spaltungen* au niveau du dire et de lalangue. Et nous savons bien que s'il y a des défauts dans lalangue, cela pourra s'exprimer de travers dans le langage : *le dire est une forme de prise dans les rets du langage qui se manifeste sous forme de délire dans les mutations de l'état d'âme.*

Pour expliquer ces « mutations », voici un petit dessin que j'ai retrouvé, qui a dû être fait autour des années 1947 par François Tosquelles².

Il me semble que ce schéma peut servir de fil conducteur pour une conception un peu rapide de la schizophrénie.



1. Voir notamment Jacques Lacan, « L'étourdit », dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p.452.

2. Voir l'extrait des notes de Jean Oury retrouvées à La Borde intitulées « Schizophrénie — Tosquelles » p.421 et suiv.

Il y a trois carrés :

- Le premier (1) est celui de tout le monde. On en sort « schizophrène », ou n'importe quoi : on a tous ça. Depuis tout petit, on a des conflits de toutes sortes — des conflits affectifs. Si tout se passe bien, on est « normal ». Mais il peut se passer des « trucs » dans le milieu dans lequel on vit, et pour des raisons x, on peut être un peu « gondolé » : pour reprendre un terme de Freud, il s'agit de « psychonévrose ».

- En (2), ce que François Tosquelles nomme « arrières affectives » : dans ce cas de figure, notamment au regard des conflits, cela se passe moins bien. Si l'on est non pas « demeuré » mais un peu « mal foutu » quant aux possibilités de réagir, cela peut donner des psychoses réactionnelles à propos desquelles je vais citer à titre d'exemple (mais tout à fait prudemment) certaines formes de paranoïa sensitive, au sens de Kretschmer¹, bien qu'il englobe beaucoup de choses.

- (3) Ce carré m'amène à ce que je voulais vous dire. Curieusement, à cette époque, j'avais été surpris par ces troubles que François Tosquelles appelait des « abiotrophies ». D'où vient ce terme ? Il disait qu'il y avait une partie du corps, du système nerveux, qui vieillissait plus vite que le reste ; alors j'étais allé voir de ce côté-là... Dans les cours de neurobiologie, il n'y a pas de développement sur les abiotrophies en tant que telles, mais un article du neurologue belge Ludo van Bogaert parle beaucoup des

1. [NdA] Ernst Kretschmer définit dans sa thèse le syndrome qui porte son nom : le « délire de relation des sensitifs de Kretschmer ». [Son livre, *Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre* [1918] a été traduit par Susan Horinson sous le titre : *Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère* (Paris, PUF, 1963).]

abiotrophies¹ qu'il met au niveau de ce qu'il en est de la schizophrénie: c'est-à-dire, *prendre parti pour quelque chose*. Or, il me semble que sur un plan bien plus complexe, disons de métabolique hormonale, parmi les facteurs possibles de ces abiotrophies (van Bogaert avait indiqué les métabolismes génétique et encéphalique), il faudrait ajouter une troisième flèche pour le « milieu » — pensez, par exemple, aux psychoses infantiles, à toutes les immaturations neurologiques, ou à l'hospitalisme de Spitz². Dans ces exemples, quelque chose se marque dans le corps et laisse des traces: une défaillance, une déficience, une fragilité qui ne donnent rien pendant des années, qui peuvent même durer toute une vie sans que cela se voie; sauf qu'à un moment donné, il peut y avoir (en ① sur le schéma) des facteurs divers: la grippe, une encéphalite, une déception sentimentale, ça dépend des circonstances. Par exemple, on peut très bien se tirer plus facilement d'une encéphalite que d'une déception sentimentale!

Tosquelles met l'accent sur ce qui se passe alors, qui avait bien été observé par les phénoménologues, mais de manière insuffisante: c'est ce qu'il appelle la « catastrophe existentielle », c'est-à-dire l'entrée patente dans la schizophrénie, cette « mutation » dont je parlais tout à l'heure à propos de lalangue. Tosquelles a écrit sa thèse³ sur cette évidence de fin de monde, de « catastrophe existentielle », en la centrant sur la schizophrénie — puis il

1. Ludo van Bogaert, « Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux », compte rendu du XXXII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de pays de langue française, Anvers, 1928, p.277-286. Ce texte est disponible sur le site du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (www.cpnlf.fr).

2. René Árpád Spitz, « Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood », in *Psychoanalytic Study of the Child* 1, p.53-74.

3. François Tosquelles, *Le Vécu de la fin du monde dans la folie*, Nantes, Arefppi, 1986, rééd. Grenoble, Jérôme Millon, 2012.

s'est aperçu que dans certains cas, il y avait aussi des « vivances » de fin de monde chez des normosés qui n'étaient pas schizophrènes, par exemple chez les épileptiques, avec des nuances très différentes. Cette évidence de « fin du monde » (qui est une catastrophe *existentielle*) relève du narcissisme qui s'écroule. Quand on est vigilant, on la retrouve toujours : c'est un indicateur absolu, l'entrée dans le *processus* — qui reste à définir — de la schizophrénie. Cette « catastrophe » n'est pas forcément quelque chose qui serait de l'ordre de l'extraordinaire, qu'on supposerait la plus grave.

Dans la *Psychopathologie générale* de Jaspers, on trouve des descriptions de ce qu'on appelle « l'expérience délirante primaire⁴ ». À ce moment-là, tout s'écroule. Le temps lui-même change... Il peut y avoir accélération, comme dans un film que l'on passerait trop vite — mais c'est *vécu*. Il y a des variations aussi bien temporelles que spatiales. Il y a une déstructuration. Mais plus c'est violent, moins c'est grave. C'est ce que la plupart des phénoménologues ne voient pas : ils ne voient pas que les catastrophes les plus graves sont les plus insidieuses — elles peuvent se produire en plusieurs jours, plusieurs semaines, parfois plusieurs mois. Cela s'effondre progressivement... Puis, tout à coup, on se dit : « Tiens, ce n'est plus le même ! ». C'est-à-dire qu'il y a un *changement absolu au niveau même des dimensions essentielles de la personne* — autrement dit,

4. Selon Karl Jaspers, « Les processus délirants primaires peuvent se classer en perceptions délirantes, représentations délirantes et “*Bewusstheiten*” délirantes. » (*Allgemeine Psychopathologie* [1913], trad. Alfred Kastler et Jean Mendousse : *Psychopathologie générale*, Paris, Félix Alcan, 1928, p.88). Le chapitre premier de la *Psychopathologie* fut consacré à la description phénoménologique des processus délirants primaires. Cet ouvrage a été réédité avec une préface de Jacques Sédar, Paris, Bibliothèque des introuvables, coll. « Psychanalyse », 2001.

une mutation. Nous pouvons dire que *cette mutation est l'effet de la catastrophe existentielle*.

C'est pour cette raison que Berze, phénoménologue de l'école de Heidelberg, insiste de façon catégorique sur la distinction entre syndromes processuels et syndromes post-processuels¹. Cela semble facile: il y a le « processus » en lui-même, la catastrophe avec ses manifestations perceptives... Et une fois la tempête terminée, restent ce qu'il appelle les « symptômes résiduels ». C'est un peu géologique: ce qui reste après un tremblement de terre, c'est une personnalité avec des séquelles. Et s'il s'agit d'une schizophrénie — affirmation qui reste à démontrer —, *cela ne redevient jamais comme avant*.

Cela pose la question de la personnalité pré-morbide: « Depuis tout petit, comment était-il? ». Il faut faire une anamnèse, une sorte d'histoire, ce que Weizsäcker appelle une « *pathographie* ». Une pathographie, c'est, en fin de compte, ce qu'a fait Freud avec sa technique particulière de faire des détours (comme au cinéma: aujourd'hui, et puis... dix ans plus tôt, et on en revient à maintenant). C'est une technique de *Nachträglich*, c'est-à-dire « d'après-coup »², mais qui est néanmoins une

1. Voir Josef Berze, *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hypophrenien überhaupt*, Leipzig, Deuticke, 1914.

2. À propos de cette technique, Jean Oury indique: « Lorsque j'ai commencé à travailler, sans grande « expérience » (au sens traditionnel du terme), il y avait une relation immédiate, rapide, de confiance avec les schizophrènes délirants, du fait qu'ils sentaient que j'étais, au niveau de l'interlocution, au même niveau. C'est dans ce sens-là qu'ils ont pu me raconter beaucoup de phénomènes vécus, ce qu'on appelle des *Erlebnis* de fin du monde, en pleine catastrophe schizophrénique. [...] Autrement dit, il s'agit d'être dans une disposition d'esprit que j'ai souvent caricaturé comme "être dans une apparente naïveté": tout croire! sans honte, c'est-à-dire sans prestance spéculaire, sans récupération moïque ridicule et professionnelle. Tout

pathographie. « L'homme aux rats », « l'homme aux loups », etc., ce sont des pathographies. Il semble donc qu'explorer ② sur le schéma suppose qu'il y a plusieurs hypothèses et qu'il faut se batailler¹.

Tosquelles — qui est un auteur qui s'ignore — indiquait également ce qu'il appelait les « schizophrénies abortives » : une sorte d'étranglement de la personne sans qu'il y ait de « manifestation délirante ». Là aussi, il y a plusieurs interprétations possibles : dans le cercle de Henri Ey, on parlait de la notion de *borderline*, de l'héboïdophrénie, etc. Il faut aussi regarder, pour compléter notre étude, toutes les flèches du schéma... On voit que la schizophrénie est le système exemplaire (parce que très complexe) pour essayer de comprendre quelque chose au niveau de ce qui se passe dans certaines formes de l'existence.

Pour bien délimiter toutes ces notions, il me semble important d'étudier l'usage que l'on peut faire de la notion de « réaction » quand on parle de « psychose réactionnelle » ou de « symptômes réactionnels », ou de « dépressions réactionnelles ». On peut dire, tout au moins, qu'il existe des réactions biologiques qui pourraient être qualifiées d'« exogènes » : par exemple, les manifestations psychiatriques ou

croire, au ras de ce qui est dit ; et ce n'est qu'après — c'est-à-dire pendant — que, dans une dimension rétroactive (*Nachträglich*), le "tout croire" est toujours traversé par une critique de base mais qui ne se manifeste pas : ça permet de respecter ma position et celle de l'autre. » (Jean Oury et Danièle Roulot, « schizophrénie et institution » [1^{er} février 1984] in *Dialogues à La Borde, Psychopathologie & structure institutionnelle*, Paris, Hermann, 2008, p.47-95).

1. [NdA] On peut se référer par exemple à la rupture entre Ernst Kretschmer (typologies « schizotyme », « schizoïde ») et Kurt Schneider, qui distingue la « schizophrénie » de ces typologies.

[Voir la présentation de ces typologies par K. Schneider dans *Die Psychopathischen Persönlichkeiten oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung* [1923], trad. Francis Demers : *Les Personnalités psychopathiques*, Paris, PUF, coll. « Bibliothèque de psychiatrie », 1955, p.34-45.]

neurologiques de l'alcoolisme ou des toxi-infections, ou la paralysie générale. Ainsi des réactions exogènes qui, souvent, portent le nom de celui qui les a le mieux décrites — les « réactions de Bonhoeffer¹ » : certains ont essayé de les appliquer au domaine de la schizophrénie — Bumke, en particulier, parle de « réactions schizophréniques »².

Pour terminer sur ce qu'on appelle « symptômes primaires de la schizophrénie » et faire une ligature, nous pouvons délimiter trois « périodes » dans leur histoire :

– la première, avec Kraepelin et Bleuler — le moment étiopathogénique ;

– deuxième période : Zutt, Blankenburg — l'approche phénoménologique de l'école de Heidelberg ;

– troisième période : la psychothérapie institutionnelle — la mise en question de toute la symptomatologie schizophrénique dans son rapport avec son propre contexte d'élaboration, avec ces deux concepts issus de l'analyse structurale de Karl Birnbaum³ : la « pathogénie » et la « pathoplastie » (ces termes sont repris par Tosquelles⁴) en relation avec ce qui se passe dans les « entours ».

Novembre 1984

1. Ces réactions ont été décrites dans Karl Bonhoeffer, « Die exogenen Reaktionstypen », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 58, Berlin, 1917, p.50-70.

2. [NdA] Voir à ce sujet *Le Concept de réaction en psychiatrie : Confrontations psychiatriques* [n°12, Société parisienne d'expansion chimique (Rhône-Poulenc)], 1974.

3. Karl Birnbaum, *Der Aufbau der Psychose: Grundzüge der Psychiatrischen Strukturanalyse*, Julius Springer, Berlin, 1923.

4. Voir François Tosquelles, « Institutions sociales, pathogénie et pathoplastie des troubles mentaux — conséquences thérapeutiques ». Congrès de l'hôpital psychiatrique de Fann (Dakar, 1968), où il fait part de cette redécouverte des travaux de Karl Birnbaum.