

# « L'ANTI-PSYCHIATRIE. Une interview du docteur Joseph BERKE », par Andrew ROSSABI

QUESTION : Pourriez-vous nous parler un peu de vous?

BERKE : Je suis un médecin américain. J'ai travaillé à Londres pendant cinq ans en tant que chercheur en psychiatrie et en sciences sociales avec la *Philadelphia Association*. C'est une œuvre de bienfaisance pour la santé mentale. Ronald Laing en est le directeur. La *Philadelphia Association* possède à son actif la mise en place de plusieurs communautés où des gens qui ont été auparavant diagnostiqués comme « schizophrènes » peuvent vivre sans être pour autant soignés au sens médical formel — et en aucun cas au sens médical du terme.

QUESTION : Est-ce que vous vous intéressez particulièrement à la schizophrénie ?

BERKE : Je m'intéresse au champ tout entier de l'expérience psychologique dont la schizophrénie elle-même constitue une partie importante. Je tiens à souligner que c'est plus un terme qu'un état ; et une partie importante de notre travail consiste à montrer comment, en réalité, on brise le style de vie, l'expérience vécue d'un individu en lui appliquant ce terme. Ce pourrait être un autre terme, comme « état dépressif » ; mais pour reprendre cet exemple particulier de la schizophrénie, nous pouvons dire qu'il ne décrit pas leur expérience vécue, c'est en réalité une étiquette que leur appliquent certaines personnes, en général pour des raisons d'ordre social.

QUESTION : Quelle définition donnez-vous donc de l'aliénation mentale?

BERKE : Il faudrait plusieurs mois pour en donner une définition et même si nous arrivions à une réponse elle risquerait de n'être pas appropriée. L'aliénation mentale est plus un fait social qu'un fait personnel, individuel. C'est un phénomène social et culturel. Les expériences qui sont considérées comme « normales » dans une culture ou une sous-culture particulière, peuvent être définies comme « folles » dans un autre ensemble culturel. L'aliénation mentale renvoie à un comportement ou à une expérience qui est « inacceptable » dans un cadre culturel donné.

QUESTION : Pourriez-vous nous parler de votre collaboration avec le docteur Laing ?

BERKE : Cela fait maintenant plus de cinq ans que je le connais personnellement. C'est à la fois un brillant penseur et un « chic type ». La raison pour laquelle je suis allé là-bas tient à ce que ses idées coïncidaient avec les conclusions que je commençais à tirer sur la manière dont fonctionne la psychiatrie. J'attendais une occasion de travailler avec lui. Nous nous aperçumes tous deux que la façon dont les gens sont traités, au sens traditionnel, « médico-psychiatrique », n'allège pas leurs souffrances, mais ne fait, en général, que les prolonger ; que les médecins interviennent en tant que dépositaires de l'ordre social afin de maintenir une forme particulière de comportement et d'expérience conventionnelle ; que le genre de traitement fourni revient psychologiquement à passer une camisole de force, calmants compris. En général, les psychiatres tentent de faire oublier aux individus ce qui les tracasse, plus qu'ils n'essaient d'en finir avec leurs tracasseries, leurs problèmes.

QUESTION : Il est évident que ceci est avant tout une question de temps, d'argent et de personnel. Le psychiatre de l'ordre établi est devenu une espèce de croquemitaine d'un monde souterrain — comme le policier. C'est une idée plutôt paranoïde.

BERKE : Je ne pense pas que vous soyez assez paranoïde pour comprendre comment agissent les psychiatres et comment fonctionnent les hôpitaux psychiatriques à leur façon de prendre les gens en

charge. Un des ouvrages les plus importants sur ce sujet est l'étude faite par un sociologue nommé Erving Goffman, intitulée : *Asylums*. Ce livre étudie la manière dont fonctionne un hôpital psychiatrique. Goffman a passé plusieurs mois dans un hôpital en tant qu'aide-infirmier, ce qui est la meilleure place pour pouvoir observer ce qui se passe. Les gens qui font tourner les hôpitaux sont essentiellement les infirmiers et les aides-infirmiers et le simple fait de travailler à cet échelon vous permet de voir ce qui arrive tant au point de vue individuel que social. Goffman se rendit compte que, au lieu d'aider l'individu qui était admis comme patient, l'hôpital tentait de perpétuer le genre de situations et de relations familiales « désaxées » qui, dans un premier temps, avaient rendu « fou » le patient. En d'autres termes, il montra comment et pourquoi l'hôpital psychiatrique est un milieu qui « rend fou ».

Il est important de comprendre *pourquoi* les gens, en particulier les jeunes gens, sentent qu'ils deviennent fous, pensent qu'ils ne peuvent faire face, et autres choses de ce genre. En général, c'est à cause des modes de relations « désaxés » qui ont cours dans leur famille. Nous faisons beaucoup de recherches sur les familles ; c'est une partie importante de notre travail. Bien souvent, nous nous apercevons qu'une personne qualifiée de « déséquilibrée » est le membre le plus équilibré de sa famille.

QUESTION : En d'autres termes, c'est une espèce bouc-émissaire?

BERKE : Oui, c'est vrai. La raison pour laquelle l'individu est qualifié de « déséquilibré » réside en ceci qu'il essaie de s'échapper de rapports « fous » ou « déséquilibrants » — du mode de comportement qui est partagé par tous les membres de sa famille. Prenons par exemple un jeune homme qui s'efforce d'affirmer son indépendance, plutôt que de s'adapter aux mœurs, aux rites de sa famille. Lorsqu'un tel individu est conduit dans un hôpital psychiatrique, il est vraisemblablement, dans la plupart des cas, très effrayé et il ne comprend pas ce qui se passe. On l'amène dans un endroit très bizarre avec l'idée que les gens qui s'y trouvent vont l'aider. Mais, sociologiquement parlant, le même genre de structures qui a brisé sa vie dans sa famille se trouve reproduit à l'hôpital. C'est pourquoi, bien souvent, le milieu hospitalier contribue à rendre les gens fous — en particulier lorsqu'ils pensent qu'ils se rendent à l'hôpital pour se sortir des liens que leur a imposés leur famille.

QUESTION : Vous estimatez qu'ils sont manœuvrés d'un milieu déséquilibré à un autre. Mais y a-t-il une alternative ? La notion de guérison semble se perdre dans tout cela. Comment, pratiquement, soignez-vous quelqu'un qui souffre ?

BERKE : En général, deux facteurs sont liés au type de souffrance dont vous parlez — l'infirmation sociale et/ou personnelle, individuelle. Il nous faut tout d'abord découvrir ce que ressent l'individu, quel est ce trouble qui le préoccupe. A cela se trouve lié le problème de la sémantique. Un grand nombre d'informations surgissent parce que les individus s'infirment sémantiquement — ayant affaire à des termes renfermant une charge émotionnelle tels que « schizophrène », « aliéné » ou autres. Parce que l'aliénation possède une définition culturelle et sociale, une définition de manuel, elle n'explique, ni même n'exprime ce que ressent la personne. Il est tout à fait possible de lire un manuel de psychiatrie et de penser que l'on est réellement fou, parce que pratiquement tout ce qui est exprimé dans un manuel de psychiatrie est ressenti par les gens « normaux ». Le problème c'est qu'il n'existe pas de gens « normaux ». Nous parlons du profil transversal des gens ; aussi, ce qu'il nous faut découvrir, c'est ce qu'est l'aliénation, ce qu'il en est de l'expérience, et il nous faut distinguer les infirmations sémantiques de ces autres formes. En réalité, le problème consiste à créer une ambiance permettant aux gens de voir ce qu'il en est de leurs souffrances et leur offrant la possibilité de les comprendre. La souffrance est insupportable lorsqu'elle est incompréhensible. Elle ne disparaît pas à partir du moment où on la comprend, mais alors, en général, elle devient supportable. Cela permet à quelqu'un de saisir, d'appréhender les racines de ce qui lui arrive.

QUESTION : Nombreux sont ceux qui tentent de trouver un fondement chimique à la « schizophrénie ». Pourrait-elle être provoquée par un déséquilibre chimique du cerveau ?

BERKE : Aucun lien de causalité chimique avec l'état nommé « schizophrénie » n'a jamais été découvert. L'état, la condition nommé « schizophrénie » n'existe pas : c'est un terme qui désigne une infirmation personnelle et sociale. Cela est lié à la façon dont le mot fut forgé. A l'origine, le terme

utilisé était « démence précoce », invention qui s'appliquait aux individus dont le comportement montrait les signes d'une détérioration physique et mentale progressive. Ils s'aperçurent que cette détérioration n'arrivait pas nécessairement. Vous voyez, une chose telle que la schizophrénie n'existe pas vraiment. C'est un terme passe-partout qui se réfère à certains symptômes que les médecins sont censés distinguer chez d'autres au cours d'une entrevue, d'une consultation. Laing m'a parlé d'un article écrit dans une revue allemande de psychiatrie par des psychiatres allemands qui portent sur quelqu'un le diagnostic « schizophrène » sur la base d'un sentiment que ces psychiatres sentent en eux-mêmes — un sentiment étrange qu'ils nomment : sentiment « précoce ». Dans cet exemple, pouvons voir clairement que le diagnostic de schizophrénie est décidé plus en fonction des problèmes des médecins que de ceux des malades. C'est une première chose. La seconde peut se résumer à ceci qu'aucune expérience physique n'a jamais été mise en corrélation, de manière positive, avec un état mental en particulier.

Il existe un test qui fait virer les urines au rose, il existe un test qui fait virer les urines au vert, il existe un test qui fait virer les urines à l'orangé — tout cela signifie que l'analyse des urines des individus qui sont censés être des schizophrènes fait apparaître certains résultats après que l'on y ait ajouté certains réactifs chimiques. Il y a quelques années, dans un hôpital psychiatrique, il fut découvert que le produit qui était censé être en rapport avec la schizophrénie était lié au fait que l'on donnait du café aux patients tous les matins. Ainsi, le « produit X » était un produit dérivé de la caféine. Et tous les jours on découvre quelque chose de nouveau.

La raison profonde de cette situation peut être trouvée dans les annales de l'histoire de la médecine. Considérons l'expérience et le comportement de gens qui étaient considérés comme des sorcières, des démons ou des possédés, etc. Ces gens étaient enfermés dans de sinistres tours pour protéger la population. Puis, au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, un médecin nommé Philippe Pinel apparut et avec lui apparurent toute une série d'autres « bienfaiteurs ». Ils s'efforcèrent de mettre un terme à la façon dont étaient traités les soi-disant « fous ». Ils dirent : « Voilà, si nous déclarons que ces malheureuses personnes *ne* sont *pas* possédées par le démon, mais qu'elles ont une espèce de *maladie* comme le rhume, ou la tuberculose, alors nous pourrons les traiter en malades et non pas en « fous ». C'est une différence très importante. Parce que la folie, dans la plupart des cas, est une désignation morale — c'est un jugement de valeur. Un individu est *fou* et *mauvais*. Ces deux termes sont très proches l'un de l'autre. Mais si alors vous pouvez dire d'un individu qu'il n'est pas seulement mauvais, possédé par les démons, le diable, moralement mauvais, mais qu'il est malade, alors vous pouvez transformer l'attitude des gens en général envers cette personne.

Puis, les médecins ayant défini *a priori* le comportement sortant de l'ordinaire comme étant du ressort de la médecine, ils durent, pour comprendre ce type de comportement, appliquer des techniques médicales. Que firent-ils alors ? Tout d'abord, ils disséquèrent le cerveau des gens qui mouraient à l'hôpital psychiatrique. Ils recherchèrent un état particulier, des transformations du cerveau — qu'ils ne trouvèrent d'ailleurs pas. Ensuite, ils essayèrent d'étudier l'activité biochimique du « malade mental ». De nos jours, une telle approche est très courante. Des rapports sont établis avec l'usage de la drogue parce qu'on a découvert que les principales drogues psychédéliques comme le LSD, le DMT ou la mescaline, sont biochimiquement similaires à certaines substances produites naturellement par l'organisme, telle que l'adrénaline. Et le raisonnement se poursuit ainsi : la schizophrénie serait alors provoquée par une défaillance biochimique en rapport avec une surproduction de substances « psychédéliogéniques ». Ainsi, ils commencent à penser que des substances telles que l'adrénaline, qui se trouvent dans le sang, provoquent la « schizophrénie ». Malheureusement, cette théorie n'a jamais été prouvée.

Les hallucinations auditives constituent un symptôme courant de ce que l'on nomme habituellement la schizophrénie. Les gens entendent des individus qui leur parlent : « faites ceci ». « Faites cela ». « Ne faites pas cela ». Et ainsi de suite. Mais l'on a fait une observation intéressante : avec les drogues psychédéliques, les gens ont *rarement* des hallucinations auditives ; la plupart des fausses perceptions qui ont lieu sont d'*ordre visuel*. En outre, les individus qui se trouvent sous l'influence de la drogue ont rarement des hallucinations de quelque nature qu'elles soient. Tout ce qui se passe, surgit pour une grande part sous forme d'illusion visuelle. La distinction est très importante. Regardez ce grand mur. S'il n'y avait absolument rien dessus, s'il était totalement blanc et que nous commencions à y apercevoir quelque chose, ce serait une hallucination. Cependant, il faut reconnaître qu'il existe sur ce mur

différentes taches de saleté, des sortes d'alvéoles et de bosses, et ces éléments créent des objets *a priori* autour desquels l'esprit peut broder, déformer, transformer, rétrécir, élargir — ce sont les illusions. La plupart du temps, sous l'effet de la drogue nous avons d'étranges illusions visuelles, soit à partir de ce que je viens de dire, soit à partir de contrecoups, de répercussions, comme lorsque vous regardez la fenêtre qui se trouve ici et fermez les yeux : vous voyez toujours la fenêtre — cela s'appelle une image eidétique. C'est par la déformation des objets réels du mur ou des images eidétiques que surgissent les événements illusionnels. Ceci est très important car si les drogues psychédéliques ou leurs pareils biochimiques du sang étaient la cause des « maladies mentales », alors les gens qui absorbent de telles drogues auraient des hallucinations et elles seraient *auditives* et non visuelles. En fait, il est rare d'avoir des hallucinations lorsque l'on se trouve sous l'influence du LSD. La plupart sont des illusions, des illusions d'ordre *visuel*.

QUESTION : Pouvons-nous passer de la chimie à la sexualité ? Wilhelm Reich parlait du « schizoïde » comme d'une personnalité roide, figée, incapable de trouver le repos, véritable flot orgasmique dû à différentes tensions et cuirasses musculaires. Je suppose qu'un partisan de Reich déclarerait que la cause première de la « schizophrénie » réside dans la répression sexuelle — au sens le plus large — que subit l'enfant — et choses de ce genre qui finalement se situent dans la musculature réelle du corps. Vous, par contre, tendez à souligner le rôle de l'unité familiale, de l'entourage ou de la situation familiale. Il y a ici une différence.

BERKE : Une fois de plus, cela est lié au terme « schizophrénie » que vous employez en l'appliquant à une sorte d'état, à une situation de fait. J'ai cessé totalement de l'employer dans ce sens. Je ne rencontre jamais de « schizophrènes ». Dans la mesure où je ne choisis pas d'attribuer certaines choses à une autre personne en employant ce mot, celui-ci ne signifie pas grand-chose pour moi. Afin de nous y retrouver, nous devons parler de *l'expérience vécue* des gens. Le fait est que le terme « schizoïde » est souvent appliqué à des gens qui subissent une certaine dissociation, une rupture, un éclatement entre le soma et l'intellect, entre le corps et l'esprit. Cela signifie que la plupart de leurs sentiments, de leurs émotions, qui en fait engagent à la fois leur corps et leur esprit, éclatent, se divisent en une composante spirituelle et en une composante corporelle. C'est souvent ce que les gens entendent par « schizoïde ». Ce terme se rapporte aussi à un éclatement entre la tête et le cœur ; les sentiments, les émotions et l'intellect. Lorsque Reich utilisait le terme « orgasme », il ne le limitait pas à une simple expérience génitale, mais il se référait en fait à une expérience totale, émotionnelle, physique et mentale.

QUESTION : Bien. J'ai l'impression que pour Reich et ses partisans, l'orgasme idéal impliquait une reddition totale du moi — un engagement total dans la réalité physique de l'autre. Mais il est certain que le soi-disant schizoïde est incapable de faire une telle chose : il est absolument terrifié à l'idée de se laisser aller, de perdre tout contrôle. Mais il n'est pas d'une très grande importance d'approcher l'individu. C'est ce qui m'impressionne : l'importance que vous attachez à l'influence de la famille, à la situation familiale. Mais, certainement, il faut aller plus loin que la famille — il vous faut guérir la société tout entière, la transformer.

BERKE : Ceci est un point très important. En fait nous nous dressons contre l'ensemble d'une société qui rend ses membres fous et cela de manière systématique. Certains individus peuvent croire que le problème réside au fond d'eux-mêmes, mais ce n'est pas le cas. C'est un problème social qui est vécu au niveau de l'individu. C'est la raison pour laquelle nous ne devrions pas essayer de perpétuer les souffrances de l'individu, nous ne devrions pas tromper l'individu en lui faisant croire qu'il y a en lui quelque chose qui ne va pas. En réalité, il est encourageant de se rendre compte que ce dont on est en train de faire l'expérience est partagé par un bon nombre d'autres individus. Il y a beaucoup de personnes qui, au sens médical de ces termes, pourraient être considérées comme « schizoïdes », « schizophrènes », ou quoi que ce soit, qui peuvent avoir de puissants orgasmes, mais qui sont malheureuses dans d'autres domaines. Une fois de plus, cela montre que des termes comme « schizoïde », « schizophrène » sont inadéquats, sont dépourvus de toute signification.

QUESTION : Bien. Inventons un terme plus humain. Pourriez-vous, pour terminer, nous parler de vos travaux avec Mary Barnes ? Si j'ai bien compris, vous êtes en train d'écrire un livre ensemble. Sa folie semblait être d'un type classique, si vous voulez bien excuser l'expression.

BERKE : Mary Barnes est une Anglaise de quarante-cinq ans ; elle a travaillé dans un hôpital psychiatrique, a subi dans le passé une dépression nerveuse et fut diagnostiquée « schizophrène chronique » ; très rabaisée dans un hôpital psychiatrique, elle a recouvré sa santé, puis elle a commencé à se sentir de nouveau folle — c'est du moins ce qu'elle pensait. Elle ressentit cela comme une très grande régression : elle ne voulait rien faire, elle désirait redevenir un bébé, etc. Elle rencontra Laing il y a six ou sept ans — elle avait entendu parler de lui par d'autres personnes — et elle lui demanda si elle pouvait venir à Kingsley Hall, la nouvelle communauté « anti-psychiatrique ». Kingsley Hall avait ouvert ses portes en 1965 et elle fut une des premières personnes à s'y installer.

Le problème avec la folie réside en ceci que c'est un terme qui s'applique à une forme particulière d'expérience. Dans le cas de Mary, l'expérience était celle d'un retour à une première « version » d'elle-même, d'un désir de redevenir un bébé, de revenir à ses origines, presqu'à l'état de fœtus ; tout cela constituait une manière de faire face aux problèmes, aux souffrances qu'elle ressentait en tant qu'adulte. Elle voulait voir si elle pouvait renaître. Elle dut presque retourner à la situation intra-utérine, afin de recommencer à grandir. Et en fait, c'est ce qui se passa à Kingsley Hall au cours des cinq dernières années. Mary redévint un bébé, elle fut nourrie au biberon, elle joua avec ses fèces ; on s'occupa d'elle comme d'un bébé ; elle resta pendant de longs moments au lit, sans bouger d'un pouce et, ce faisant, elle revint à une époque antérieure au commencement de son angoisse. Le but d'un tel retour en arrière était de grandir, de vieillir à nouveau sans passer par l'angoisse liée à sa première croissance.

J'ai eu beaucoup affaire avec Mary. J'étais principalement responsable de subvenir à ses besoins immédiats, lorsque j'habitai à Kingsley Hall en 1965 et 1966, et aussi par la suite. Cette assistance fut une expérience, une expérience, pour ainsi dire, de mort-renaissance, pour moi aussi. C'est pourquoi j'admire le courage dont elle a fait preuve en réalisant ce qu'elle a fait — c'était une chose qui demandait beaucoup de courage et qui était très effrayante, en particulier, parce que tout simplement les adultes ne redévennent pas des bébés. Mais l'expérience de Mary confirma Laing et d'autres dans leur idée : l'expérience d'une régression, d'un retour à soi-même, était une expérience très curative, salutaire. Un livre a été écrit là-dessus par un psychiatre polonais, Kazimierz Dubrowski, intitulé : *Positive Desintégretation*. C'est un élément très important qui revient sur ce que nous disions à propos des hôpitaux psychiatriques. Une bonne partie de ce qu'un psychiatre pourrait nommer « régression » est une tentative d'auto-guérison naturelle. Notre travail, et ce que nous considérons comme le « travail » propre au thérapeute, consiste à aider un individu tout au long du chemin de son « expérience désintégrante » : nous devons pourvoir à ses besoins élémentaires (nourriture, chauffage, ambiance agréable) et laisser surgir et l'effondrement et la guérison sans nous immiscer dans ce processus. Alors, le retour, le voyage en sens inverse — la phase « intégrante » — constituera une expérience très salutaire. Le problème qui surgit avec les hôpitaux psychiatriques et, en particulier, avec les psychiatres, les infirmiers et d'une manière générale tous ceux qui y travaillent, c'est qu'ils empêchent ce processus de guérison d'avoir lieu, parce qu'ils ont peur de ce qui va se dérouler. Cette peur qu'ont les psychiatres, les infirmiers, d'eux-mêmes, fait des hôpitaux psychiatriques des endroits où aucune guérison n'est possible. Par conséquent, ces endroits ne sont en rien des hôpitaux. En vérité, ce sont des « maisons de fous », c'est-à-dire des endroits où les individus sont rendus « fous », des lieux où l'on perpétue la « folie ». Nous nous fixâmes pour but de créer un asile, au sens premier du terme, où il serait possible de guérir. A part Mary Barnes, plusieurs autres personnes vécurent des expériences similaires à Kingsley Hall — peut-être pas aussi spectaculaires que la sienne, mais pas moins utiles. Mary et moi-même avons écrit un livre ensemble sur cela... Cet ouvrage se compose d'un rapport rédigé par Mary sur sa propre expérience et sur son expérience avec moi et d'un rapport rédigé par moi-même sur ma propre expérience et l'expérience que j'ai vécue avec elle. Je parle de ma propre expérience, parce qu'elle fut une expérience profonde autant pour moi que pour elle.

in *Ronald Laing et l'antipsychiatrie, un dossier préparé par Robert Boyers*, 1973.