

Article

« Les pièges de l'antipsychiatrie »

Michel Laferrière

Philosophiques, vol. 4, n° 2, 1977, p. 267-276.

Pour citer la version numérique de cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/203077ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/documentation/eruditPolitiqueUtilisation.pdf>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

LES PIÈGES DE L'ANTIPSYCHIATRIE

par Michel Laferrière

L'antipsychiatrie est à la mode et on pourrait, en paraphasant Rémy Chauvin, noter « la masse énorme des travaux qui se font toujours sur un sujet dans le vent, et Dieu sait s'il existe de ces sujets dans les sciences comme ailleurs » (Chauvin, 1972, p. 103). On pourrait aussi noter que des colloques, comme celui de Milan en 1976, des sessions, comme celle à laquelle nous participons, des publications, comme, par exemple, celles de Cooper (1967 et 1970), de Laing (1960, 1967, 1969), de Laing et Esterson (1969), de Szasz (1961) en Angleterre, comme celles de Gentis (1970 et 1971) en France, de Basaglia (1970) en Italie, celle de Boyers et Orrill (1971) aux États Unis¹ ont été consacrées à cette contestation, ou à cette tentative de contestation de la psychiatrie. On pourrait enfin remarquer que l'antipsychiatrie elle-même est devenue objet de contestation, comme le prouvent certaines interventions au Congrès de Milan² ou le livre récent de Jervis (1977). On peut se demander pourquoi cette mode soudaine, et pourquoi un mot a pu servir à regrouper des théories et des pratiques psychiatriques « radicales » au sens américain du terme. Nous essaierons, après quelques remarques méthodologiques et une tentative de définition de la contestation protéiforme que constitue l'antipsychiatrie, de proposer une analyse sociologique de l'apparition et de l'institutionnalisation de ce qui est peut-être un nouveau « mythe »³ et d'en tirer certaines conséquences quant à sa théorie et à sa pratique.

Tout d'abord, une précaution méthodologique me semble né-

-
1. Il serait trop long de donner ici une bibliographie qui se voudrait exhaustive des différents ouvrages groupés sous le vocable d'« antipsychiatriques ».
 2. Voir, par exemple, les témoignages de Roger-Pol DROIT dans *Le Monde* du 10 décembre 1976, pp. 21-22.
 3. Pour reprendre le titre du livre de JERVIS (1977).

cessaire. De quel droit, quelqu'un « qui n'en est pas » peut-il parler de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie ? Car je n'en suis pas, à savoir que je ne suis reconnu, ou certifié, ni comme psychiatre, ni comme antipsychiatre, ni comme un quelconque autre psy-, ni comme « fou » (ce qui, au moins pour les antipsychiatres, me ferait reconnaître comme partie et/ou victime de l'univers psychiatrique). Je pense pouvoir répondre à cette question de deux façons. D'une part, d'une façon « libérale » traditionnelle : je suis « sociologue », je peux donc traiter « en tant que sociologue », c'est-à-dire en tant qu'expert (si on admet qu'il existe une expertise sociologique) des problèmes que je veux, et qu'« on » me laisse aborder⁴. Et si on m'objecte, selon la même tradition libérale, que je ne comprendrai rien à la psychiatrie parce que je n'en fais pas partie, je pourrai répondre, comme Max Weber, qu'il n'est pas nécessaire d'être César pour comprendre César et que le *Verstehen* peut remplacer la stricte identité avec le sujet étudié. Je pourrais également invoquer les réflexions récentes de Robert King Merton, et les traduire en langage vulgaire : plus on est de fous, plus on rit, ou plutôt, plus on est de sociologues, plus on comprend, ou encore, en prenant le ton exhortatoire et ironique de Merton lui-même :

« Insiders and Outsiders in the domain of knowledge, unite. You have nothing to lose but your claims. You have a world of understanding to win » (Merton, 1972, p. 44.)⁵

Et si, d'une façon plus « radicale », on accuse la sociologie traditionnelle d'un pluralisme de mauvais aloi, en arguant qu'une somme d'erreurs ne fournit pas une vérité, on ne pourra, malgré tout, m'accuser de parler de l'antipsychiatrie sans en être, car on ne pourra fournir aucune justification épistémologique de la supériorité de ceux qui sont impliqués dans l'antipsychiatrie par rapport à ceux qui n'y participent pas. Au contraire, la plupart des tenants de

4. Le « on » est ici volontairement vague, car je ne veux pas discuter les types de répression, de « tolérance répressive » et d'orientation de la recherche en science sociale. On sait bien, comme l'ont fait remarquer les sociologues radicaux américains, tels Veblen ou C.W. Mills il y a longtemps, ou ceux de l'Union of Radical Sociologists, de l'*Insurgent Sociologist*, ou encore de nombreux marxistes, que les chercheurs en sciences sociales s'occupent beaucoup plus des groupes et des pays opprimés et exploités, dangereux ou potentiellement dangereux pour les groupes et pays dominants, que de ceux qui détiennent le pouvoir. Les mécanismes d'incitation et de coercition, tant en ce qui concerne les subventions que les structures mentales des chercheurs et les paradigmes fondamentaux de diverses disciplines, commencent à peine à être étudiés.

5. « Membres et non-membres dans le domaine de la connaissance, unissez-vous. Vous n'avez rien à perdre sauf vos affirmations. Vous avez un monde de compréhension à gagner. »

l'antipsychiatrie récusent, comme nous le verrons plus loin, le rôle privilégié de psychiatre expert pour comprendre ceux qu'on a classés comme « malades », et on ne voit pas comment l'expertise, récusée dans un domaine comme un moyen de domination sociale, pourrait être appliquée comme critère d'exclusion de l'étude de ce domaine. La contestation, par ceux qui font partie de l'antipsychiatrie, de l'étude par un non-expert reviendrait à nier l'une des bases fondamentales de l'antipsychiatrie elle-même.⁶

Il est difficile de définir l'antipsychiatrie. Comme le note avec beaucoup de perspicacité Jervis (1977, pp. 11-14), le terme fait partie de ces mots et de ces concepts qu'un usage banal, fréquent et facile a vidé de tout sens spécifique, permettant ainsi son appropriation par une culture bourgeoise moyenne. Nous reviendrons plus tard sur les causes et les conséquences de cette appropriation, mais nous pouvons tout d'abord noter que le terme a été rendu populaire par la publication du livre de Cooper (1967) et par les écrits de Laing, en association le plus souvent avec Cooper et Esterson. On trouve dans les écrits de ces trois auteurs les résultats de leurs expériences cliniques : Laing, dans *The Divided Self* (1960), présente certaines idées que l'on retrouve, à divers degrés, dans les différents courants de l'antipsychiatrie. Ainsi, par exemple, l'attention que le thérapeute peut porter aux malades, même à ceux qui ont été étiquetés comme des « schizophrènes chroniques », entraîne des résultats encourageants, comme ceux que Laing lui-même a pu obtenir lors de sa pratique dans un hôpital municipal de Glasgow (Sedgwick, 1971, p. 3). La conduite des malades considérés comme psychotiques peut être interprétée comme ayant un sens ; ce sens n'est pas celui que les psychiatres traditionnels peuvent lui reconnaître, à savoir celui d'un symptôme d'un dérangement, mais celui d'une réponse à une situation, en fonction de relations avec certaines personnes de son entourage.

6. Nous sommes restés, au cours de cette brève discussion, au niveau de la discussion épistémologique traditionnelle, à savoir comment le chercheur peut-il arriver à un certain type de connaissance malgré son appartenance à un certain nombre de groupes et à une certaine classe sociale. J'ai tenté de montrer, dans une communication au Congrès annuel de la Société Canadienne d'Ethnologie, tenu à Halifax en 1976, que les problèmes épistémologiques mis de l'avant par certains groupes minoritaires aux États-Unis (tels les noirs, les femmes et les homosexuels), et auxquels Merton proposait une réponse, pouvaient être posés de façon très différente en suivant une problématique marxiste : le groupe professionnel ou ethnique d'appartenance, ou la classe sociale d'origine du chercheur individuel devient alors un problème sans importance ; ce qui est important, c'est la vision du monde que son oeuvre exprime.

Parmi cet entourage, la famille, au sein de laquelle l'individu arrive sans défense, joue un rôle primordial. En un sens, l'analyse que fait Laing dans *The Politics of Experience* (1967), dans *The Politics of the Family* (1971), celle qu'il a tirée, avec Esterson, de ses réflexions sur son travail au Tavistock Institute (Laing et Esterson, 1964), ou la diatribe de Cooper (1970) contre la famille sont proches de l'analyse que font les interactionnistes américains en psychiatrie, tel par exemple Gregory Bateson (Bateson et al., 1956) : pour eux, la maladie mentale que l'on appelle schizophrénie traduit des demandes nombreuses et contradictoires imposées à l'individu, qui est pris et ne peut s'en sortir. Cependant les vues des trois Anglais diffèrent de celles de leurs collègues américains, car ils refusent de reconnaître l'existence de la schizophrénie :

« Nous n'acceptons pas la « schizophrénie » comme un fait biochimique, neurophysiologique ou psychologique ; nous pensons que c'est une erreur, avec le type d'évidence dont nous disposons actuellement, de penser que c'est un fait. Nous ne présupposons pas son existence » (Laing et Esterson, 1964, p. 12).

Selon les antipsychiatres anglais, la schizophrénie, et toutes les maladies mentales, sont des créations sociales, en ce sens que non seulement elles sont les réponses de l'individu à certaines pressions, mais encore qu'elles sont créées par l'action du psychiatre qui peut classer l'individu, avec l'aide de sa famille le plus souvent, dans une certaine catégorie. Les antipsychiatres anglais rejoignent ici tout un courant philosophique américain, dont l'importance a été capitale en épistémologie et dans les sciences sociales, celui de la phénoménologie. On retrouve ce courant en sociologie, avec Cooley et sa notion de « moi-miroir » (*looking glass self*), et avec W.I. Thomas et sa notion de définition de la situation⁷ ; en psychologie sociale, avec George H. Mead ; en philosophie, avec surtout Alfred Schutz, dans les années vingt, et plus récemment avec le courant ethnométhodologique (Garfinkel, 1967, par exemple). Or ce qui est frappant chez tous ces auteurs, c'est qu'ils considèrent la perception individuelle et l'interaction entre deux personnes, ou au sein d'un petit groupe, comme étant la base de la structure sociale et comme devant servir de paradigme fondamental pour expliquer la réalité sociale. Ainsi ces auteurs refusent

7. Voir, par exemple, le chapitre de MERTON sur le groupe de référence, in MERTON, 1968.

l'idée d'une société « gros animal », héritage durkheimien des sciences sociales américaines, mais ils ne peuvent pas, d'un autre côté, trouver comme élément d'explication ce qui peut dépasser l'interaction entre deux individus. Les notions de classe sociale, ou de société, par exemple, n'ont aucune fonction heuristique pour eux, si ce n'est dans la mesure où elles sont construites par des individus au cours d'une interaction sociale. La matrice des relations inter-individuelles est le seul élément permettant d'expliquer la construction de la société, comme la matrice des relations sociales, en particulier au sein de la famille, permet de comprendre la conduite des individus. La question est de savoir pourquoi les relations sociales entre différents individus, et en particulier entre différents membres de la famille, sont ce qu'elles sont, d'expliquer les pressions contradictoires (le « *double bind* » de Bateson) et la genèse des conduites individuelles, genèse qui peut avoir pour origines des pressions sociales supraindividuelles, et non conscientes pour les individus. La perspective d'un certain freudo-marxisme est, par exemple, complètement exclue des premiers travaux de Laing ou de ceux de Bateson.

La seconde théorie que l'on retrouve chez la plupart des antipsychiatres concerne le rôle du psychiatre lui-même dans la création de ce qui a été socialement désigné comme maladie mentale. L'influence de la phénoménologie est ici aussi très marquée ; on retrouve ces vues également parmi de nombreux sociologues américains spécialistes de la déviance, en particulier parmi les théoriciens de la théorie de l'« étiquetage » (*labelling theory*), selon lesquels un fait social n'existe que parce qu'il a été nommé, et donc reconnu. Aux États-Unis, Thomas S. Szasz a montré comment, historiquement, la notion d'hystérie a pu devenir l'un des moyens classificatoires employés par certains experts, les médecins psychiatres, et comment ces experts ont le pouvoir de créer des concepts et de les appliquer à certains individus. Selon Szasz :

« On a l'habitude de définir la psychiatrie comme étant la spécialité médicale qui s'occupe de l'étude, du diagnostic et du traitement des maladies mentales. Cette définition est pernicieuse et trompeuse. La maladie mentale est un mythe. Les psychiatres ne s'occupent pas de maladies mentales et de leurs traitements. Dans leur pratique réelle, ils s'occupent de problèmes existentiels personnels, sociaux et éthiques » (Szasz, 1961, p. 269).

Bien que, tout comme Laing, Szasz reconnaisse que la classi-

fication définit le malade mental, il ne résout pas plus le problème de savoir d'où vient le pouvoir du psychiatre de faire admettre son diagnostic et sa classification, et il n'essaie pas non plus de donner une interprétation de l'histoire de l'exclusion, comme a pu le faire Foucault, ou de sa fonction dans nos types de sociétés.

Lié à cette théorie selon laquelle la maladie mentale est créée par un expert, le psychiatre, on trouve un courant antipsychiatrique critique des psychiatres et des institutions dans lesquelles fonctionnent les asiles. Le rôle du psychiatre devient alors d'aider le « fou » à accomplir le « voyage » au bout duquel il renaîtra, comme, par exemple, l'a tenté Laing dans la communauté thérapeutique de Kingsley Hall⁸. La contestation des définitions et du rôle répressif des psychiatres par les tenants de l'antipsychiatrie a entraîné une tentative de critique et de redéfinition du rôle de l'asile. L'asile ne doit plus être alors un lieu où les psychiatres peuvent contrôler un patient, menace sociale, mais une communauté thérapeutique pour « guérir la vie », pour reprendre le titre du livre de Gentis (1971). Ont été classés comme antipsychiatriques également ces expériences qui tendent à détruire le rôle traditionnel de l'asile, comme celle de Laing en Angleterre, celle de l'équipe de La Borde en France, ou celle de Basaglia à Gorizia en Italie (Basaglia, 1970). Ces tentatives concernant la pratique institutionnelle de la psychiatrie voudraient détruire, ou au moins limiter, le pouvoir d'expert du psychiatre, en faisant participer les « prolétaires » de l'asile, « malades » et personnel infirmier. Cette tendance n'explicite en général pas pourquoi le personnel infirmier est plus à même d'aider le fou, si ce n'est parce qu'il en a une pratique beaucoup plus proche. Tel est, par exemple, l'argument que l'on peut trouver dans le dernier livre de Gentis (1975), argument assez faible, car les infirmiers peuvent, eux aussi, mépriser les malades et les maltraiter. Un paupérisme de bon aloi ne devrait pas remplacer une analyse empirique de la situation de l'asile ni une analyse théorique de la position des non-médecins et des non-fous au sein de l'asile.

Le dernier courant que l'on trouve dans ce qu'on appelle l'antipsychiatrie, le plus radical aussi, concerne l'attitude vis-à-vis du

8. Il faudrait noter l'attrait que peut avoir la notion de « voyage », celui du schizophrène comparable à bien d'autres, et à bien d'autres « expériences ». Le langage de Laing correspond tout à fait à celui des années soixante, ce qui peut expliquer sa popularité, sans qu'on puisse déterminer à coup sûr lequel a influencé l'autre.

rôle du « fou » dans la société. Pour certains, le « fou », contestant la normalité dominante, est révolutionnaire et doit être armé pour combattre la société capitaliste dominante, « armé » parfois non seulement du soutien de ceux qui l'entourent, mais encore, pour certains allemands, armé de fusils. Le fou rejoint alors les autres contestataires radicaux, les femmes, les noirs, les groupes ethniques opprimés, les homosexuels, tous les groupes en situation minoritaire qui veulent un changement social caractérisé par la fin de la normalité dominante. Le fou, parce que menace de l'ordre public, devient *ipso facto* révolutionnaire.

Si on examine les différentes idées et les pratiques énumérées plus haut, on se rend très vite compte que l'antipsychiatrie est un simple renversement de certaines idées et pratiques de la psychiatrie traditionnelle. Que le discours du « fou » ait un sens et soit une réponse à une situation, toute la psychanalyse l'accepte comme prémisses fondamentales. Que des pressions contradictoires entraînent des difficultés pour l'individu, toute la pratique des travailleurs sociaux et des conseillers en orientation le prouve et en fait le fondement de son action. Que les définisseurs de problèmes individuels et sociaux créent ces problèmes en les conceptualisant et en les portant à la connaissance des individus, les sociologues des problèmes sociaux en débattent depuis des années. Cependant il faudrait savoir ce que l'antipsychiatrie ne dit pas, et, ne le disant pas, occulte. Robert Castel a montré l'occultation des relations de pouvoir au sein de la relation analyste-analysé dans la psychanalyse traditionnelle, et les conséquences politiques de cette occultation (Castel, 1973). On pourrait tenter la même aventure avec l'antipsychiatrie. Restant au niveau de l'individu, l'antipsychiatrie refuse de voir les origines sociales de la conduite qualifiée de psychotique. De même, accusant le psychiatre, l'antipsychiatrie refuse de voir d'où et pourquoi le psychiatre tient son pouvoir. Donnant le pouvoir au fou, parce que contestataire, ou à l'infirmier, parce que méprisé, l'antipsychiatrie risque de sombrer dans une espèce de romantisme révolutionnaire, similaire à celui qui, chez certains marxistes vulgarisateurs et vulgaires, fait du prolétariat une classe privilégiée et messianique sans offrir de justification théorique du rôle révolutionnaire de la classe ouvrière. Or, il me semble que deux dangers guettent cette antipsychiatrie messianique. Tout d'abord, le « fou » peut ne pas se révéler révolutionnaire, mais n'aspirer qu'à être « guéri » selon les critères de la normalité domi-

nante (on peut voir à ce sujet le livre de Basaglia, 1970, et les témoignages de « malades » qu'il contient). La naïveté des partisans de l'antipsychiatrie est parfois comparable à celle de certains « radicaux » américains, qui ont conclu trop vite, dans les années soixante, que la position de groupe minoritaire entraînait automatiquement des vues révolutionnaires. Nombre de recherches semblent prouver que, sur de très nombreuses questions, la grande majorité des Noirs américains, par exemple, ont des opinions et des attitudes comparables à celles de la majorité de la population des États-Unis. Ainsi, il semble que les tenants de l'antipsychiatrie confondent ce qu'un marxiste appellerait position de classe et conscience de classe ; les conséquences d'une telle confusion au niveau de la pratique sont l'échec de toute action.

Un autre aspect des idées tenues pour antipsychiatriques est leur aspect élitiste. Les « opprimés » deviennent ceux qui peuvent effectuer le voyage, ceux qui détiennent une certaine vérité, sans que jamais d'ailleurs on puisse savoir si cette vérité et cette parole qu'on leur rend sont la leur ou celle du psychiatre. Car le refus d'une analyse en terme de pouvoir entraîne la suppression d'une question fondamentale : le « fou », devant un antipsychiatre ou dans une institution antipsychiatrique, a-t-il plus le pouvoir de « définir la situation » que dans une situation de psychiatrie traditionnelle ? Ou l'expert, qu'il soit antipsychiatre, infirmier, assemblée de l'hôpital ou autre « fou », n'impose-t-il pas, à cause de son pouvoir social, sa définition de la situation ?⁹ N'y-a-t-il pas, en antipsychiatrie, un simple renversement du paradigme traditionnel de la psychiatrie ?

Le dernier élément qui peut rendre l'antipsychiatrie dans une certaine mesure suspecte, c'est son institutionnalisation. L'antipsychiatrie est devenue une mode, elle s'est répandue souvent comme un discours creux (voir Jervis, 1977), mais elle est aussi devenue une quasi-discipline. Laing a présenté au cours des années soixante ses idées dans un certain nombre de revues destinées au grand public, telles *Peace News*, *Views*, *New Left Review*, *New Society*, *Psychedelic Review*, ainsi qu'à l'Institute of Contemporary Arts et lors du First International Congress of Social Psychiatry, et à la Dialectics of Liberation Conference à Londres en 1967. Sur le con-

9. On pourrait se demander, par exemple, s'il existe un « sexisme » parmi les fous, ou une hiérarchie, au sein de la communauté asilaire, parmi les différents types de « maladies mentales ».

minent, le Réseau International a été créé en 1975 (Jervis, 1977, p. 33). Le dernier élément qui prouve combien l'antipsychiatrie s'est institutionnalisée, ce sont les critiques qui lui sont adressées. L'antipsychiatrie a déjà ses renégats, Laing et Szasz, par exemple. Cooper, quant à lui, a déclaré regretter l'emploi du terme. Elle a également ses critiques de droite, avec les psychiatres traditionnels chez qui on constate un retour à une analyse biologique des causes des maladies mentales et un renouveau de la chirurgie psychiatrique (avec des propositions pour un système de lobotomie perfectionné, pour certains criminels, aux États-Unis par exemple) ; ses critiques de gauche aussi, comme l'ont prouvé les attaques menées contre les nouveaux psychiatres promoteurs du mouvement *Psichiatria Democratica* (Jervis, 1977, p. 6). Mais cette institutionnalisation semble inévitable, car l'antipsychiatrie est une pratique, et cette pratique ne peut se faire que dans des institutions, même si ces institutions sont différentes des congrès traditionnels ou des asiles d'antan. Cette différence entre institutions traditionnelles et institutions antipsychiatriques ne peut d'ailleurs être qu'un renversement : à l'asile oppressif, on oppose l'asile ouvert ; à un certain type d'expert, on oppose des non-experts qui redeviennent immédiatement des experts, sans avoir les qualifications socialement reconnues ; à un type de congrès, on oppose un autre type de réunions. Le personnel et les termes sont inversés dans une certaine mesure, mais on ne peut échapper à l'institutionnalisation. Car si on la refuse, le mouvement risque de périr, de ne pas s'étendre ; or, il y a un aspect messianique chez de nombreux antipsychiatres. Et si on l'accepte, on retombe dans le piège institutionnel. Le choix de l'institutionnalisation a donc pour conséquence d'entraîner la disparition de l'antipsychiatrie en tant que mouvement marginal ; le refus de l'institutionnalisation entraînerait la disparition de l'antipsychiatrie.

Or l'antipsychiatrie, qui refuse de poser un certain nombre de questions, a une utilité sociale certaine. Elle permet le retour d'un nouveau type d'experts, sauvant la notion d'expertise ; elle permet aussi d'éluder un certain nombre de questions en restant au sein de l'univers de l'individuel.

Département de l'Éducation,
Université McGill.

RÉFÉRENCES

- BASAGLIA, Giovanni, 1970, Paris, Éditions du Seuil.
- BATESON, Gregory, JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J., 1956, « Toward A Theory of Schizophrenia », *Behavioral Science*, I, 251.
- BOYERS, Robert et Robert Orrill, 1971, *R.D. Laing and Anti-Psychiatry*, New York, Harper and Row.
- CASTEL, Robert, 1973, *Le Psychanalysme*, Paris, Maspéro.
- CHAUVIN, Rémy, 1972, *Les Surdoués*, Paris, Le Seuil.
- COOPER, David, 1967, 1970, *The Death of the Family*, New York, Random House.
- GARFINKEL, Harold, 1967, *Studies in Ethnomethodology*, Berkeley, Calif. University of California Press.
- GENTIS, Robert, 1971, *Guérir la vie*, Paris, Maspéro.
1975, *Les murs de l'asile*, Paris, Maspéro.
- JERVIS, Giovanni, 1977, *Le mythe de l'antipsychiatrie*, Paris, Solin.
- LAING, Ronald D., 1960, *The divided self*, New York, Pantheon Books.
1961, *Self and Others*, London, Tavistock Publications.
1967, *The Politics of Experience*, Harmondsworth, Penguin.
1971, *The Politics of the Family*, London, Tavistock.
- LAING, Ronald D. et A. Esterson, 1964, *Sanity, Madness and the Family*, London, Tavistock.
- MERTON, Robert K., 1968, *Social Theory and Social Structure*, New York, Free Press.
1971, « Insiders and Outsiders : An Essay in the Sociology of Knowledge », *American Journal of Sociology*.
- SEDGWICK, Peter, 1971, « R.D. Laing : Self, Symptom and Society » in Boyers, Robert and Robert Orrill, *op. cit.*, pp. 1-50.
- SZASZ, Thomas S., 1961, *The Myth of Mental Illness*, New York, Harper and Row.