



Schizophrénie et temps partagé ¹

Julien Fousson ²

Il y a des notions qui sont bonnes et pratiques parce qu'elles nous permettent de ranger les faits observés, mais il y en a d'autres qui ne peuvent ne pas être vraies parce qu'elles ouvrent devant nous un champ d'activité nouvelle.

Eugène Minkowski

Substituer le phénomène au symptôme constitue l'un des principaux apports de la phénoménologie à la psychiatrie. Un signe présenté par le patient qui nous fait face n'est plus l'indice d'une maladie à inférer mais la « manifestation d'un caractère d'être de la Présence humaine » [13]. Cette conversion du regard clinique implique que l'on s'attache à décrire comment, chez ce patient, se déploie un *être autrement*, se révèle une potentialité de la Présence humaine, plutôt que de chercher en quoi son trouble constitue un défaut par rapport à une normalité préétablie.

Cependant, poursuivre ce projet expose sans cesse au risque de retomber dans une conception déficitaire de la pathologie, tel que le suggèrent déjà les expressions « perte de l'évidence naturelle » ou « formes manquées de la présence humaine ». Comme le souligne Naudin, ce risque est d'autant plus élevé que l'on considère la phénoménologie husserlienne ou l'analytique heideggerienne comme une grille existentielle préalable que la pathologie viendrait perturber [9].

La question de l'intersubjectivité dans la psychose apparaît comme le lieu privilégié de ce problème. En effet, les analyses phénoménologiques conduites auprès de ces patients révèlent une « faillite de la constitution d'autrui », c'est-à-dire une incapacité du psychotique à concevoir son interlocuteur comme un *alter ego* véritable. Or, la psychiatrie phénoménologique cherche à décrire la situation psychiatrique en terme de rencontre intersubjective entre un médecin et son malade. Mais la « faillite de la constitution d'autrui » chez ce dernier n'implique-t-elle pas, de fait, l'impossibilité d'une telle rencontre ?

Devant ce constat, Naudin et Azorin [10] écrivent : « On saisit là une des limites de l'application de la phénoménologie à l'expérience psychiatrique. Cette limite n'est surmontable qu'à la condition de penser l'expérience psychiatrique depuis sa situation primordiale, nécessairement intersubjective, et non pas depuis la position d'observateur extérieur qu'impose trop vite l'activité de théorisation secondaire (...) ».

¹ Ce texte constitue une version légèrement remaniée de mon intervention, alors intitulée « intersubjectivité et psychopathologie », au séminaire de psychiatrie phénoménologique de l'Ecole Française de Daseinanalyse, le 12 janvier 2008.

² Praticien Hospitalier sur le Service ERIC au Centre Hospitalier J.-M. Charcot (Plaisir, 78).

L'approche systémique

Le courant des thérapies familiales systémiques, qui s'est développé depuis les années 1960, s'attache quant à lui à considérer les troubles du patient depuis une perspective intersubjective [1, 2]. Là aussi, une conversion du regard est proposée au psychiatre. Le symptôme n'est plus l'attribut d'un individu – qu'il soit le reflet de sa maladie ou l'expression de sa Présence humaine –, mais est appréhendé comme une forme de communication, un message adressé à l'entourage. Ce message tire son sens du contexte dans lequel il surgit. Aussi, le thérapeute apprendra-t-il à ne plus penser : « le patient *est* délirant » mais constatera : « il *se montre* délirant », et se demandera : Quand ? Avec qui ? Dans quel but ?

Nous rencontrons Noé, un schizophrène de vingt-six ans, avec ses parents. Il participe activement à la conversation sans présenter le moindre élément délirant. Mais, dès que l'on aborde la question de ses échecs scolaires et professionnels, il se met à développer des thèmes de persécution auxquels se mêlent des préoccupations au sujet d'une « mission » dont il se sent investi. L'attitude systémique consistera à dépasser le sentiment d'étrangeté qui envahit le thérapeute à ce moment-là afin de proposer une hypothèse relationnelle de ce comportement : par exemple, que le malade montre à ses parents combien il souffre de ne pas avoir été à la hauteur de leurs attentes et peine à trouver sa place dans une famille où tous les membres ont réussi des études brillantes.

En outre, la systémie considère que les troubles du patient ont une *fonction* pour les membres de l'entourage. Le psychiatre s'interrogera alors sur ce que ces troubles *permettent* et sur ce qu'ils *empêchent* au sein de la famille.

Ainsi, on constate que le sentiment de persécution de Noé se traduit souvent, dans son discours, par une charge virulente contre notre société : nous vivons dans un mode décadent et pervers où les échanges monétaires ont pris le pas sur les valeurs humaines. Ce constat trouve un écho profond chez le père – avec toute l'amertume qu'il peut revêtir chez un homme de cinquante-cinq ans. Cependant, sentant que son fils a « un raisonnement idéaliste, déconnecté de la réalité », il passe de longues heures à discuter avec lui afin de le ramener à une conception moins pessimiste. On peut dès lors faire l'hypothèse que le patient, par son sentiment de persécution, par sa tendance à l'abstraction, et à travers les échanges avec son père, permet à ce dernier de lutter contre son propre pessimisme.

La mère, quant à elle, apparaît bien éloignée des considérations intellectuelles de son mari et de son fils ; c'est une femme émotive et sensible. Pimpante quinquagénaire passionnée d'horticulture et très investie dans la vie associative, elle lutte contre un important vide affectif. En effet, elle a très mal supporté le départ de sa fille aînée de la maison et le décès de sa propre mère, les deux personnes dont elle était le plus proche. Noé lui confie parfois la souffrance que lui causent différentes manifestations hallucinatoires : il sent des « piques » s'enfoncer dans sa peau, des « décharges électriques » traverser son corps, « on » fait sur lui d'horribles expériences. La mère est à son tour obnubilée par cette souffrance, comme si elle la ressentait dans sa propre chair. Dans une perspective systémique, on peut penser que Noé, en se confiant à elle, lui redonne un rôle de soutien maternel et lui permet ainsi de mettre de côté ses propres difficultés.

Si l'on s'intéresse maintenant à la dynamique familiale dans son ensemble, on note que la relation entre les parents apparaît extrêmement conflictuelle. Ils sont en désaccord quant à l'attitude qu'il convient d'adopter vis-à-vis de Noé : le père prône la

fermeté, la mère la compassion. Ils s'opposent également sur la priorité actuelle : pour le père, Noé doit trouver un emploi ; pour la mère, les soins psychiatriques s'imposent. Ces divergences donnent lieu à des discussions extrêmement tendues ; nous avons le sentiment qu'elles viennent recouvrir une dissension plus profonde. Aussi peut-on faire l'hypothèse que les troubles de Noé, qui le poussent à rester à la maison et s'opposent à son insertion dans la société, ont pour fonction de maintenir un *statu quo*. Celui-ci permet à ses parents de ne pas avoir à affronter le nécessaire changement qu'impliquerait son départ, voire même d'empêcher l'implosion du couple qui pourrait s'ensuivre.

La lecture systémique ici proposée ne se situe pas dans une perspective causaliste : il ne s'agit pas de penser que Noé devient malade ou « fait le malade » pour soutenir ses parents. Elle montre simplement que, dans la situation actuelle, les troubles de Noé leur apportent d'une certaine manière un soutien. Ainsi considérés, ces troubles n'apparaissent plus comme une défaillance individuelle que Noé subit passivement mais comme le moyen par lequel il reste activement en relation avec son entourage. Cependant, ce moyen s'avère extrêmement coûteux sur un plan personnel, à la fois en terme de souffrance et d'isolement social. Le même constat peut d'ailleurs être fait à propos du père et de la mère qui apparaissent profondément insatisfaits de ce qu'ils vivent.

La situation actuelle résulte donc des différents moyens que Noé et ses parents ont trouvé pour rester en lien, mais correspond aussi à une impasse dans laquelle chacun se sent prisonnier. Aussi, le travail d'un thérapeute familial consisterait, dans cette situation, à les aider à se remettre en mouvement afin d'atteindre un nouvel équilibre qui permettrait à chacun de regagner un peu de liberté.

Cependant, un tel travail ne présentera un intérêt qu'ultérieurement. En effet, l'état clinique de Noé requiert avant tout une prise en charge psychiatrique. Or, la systémie ne peut être d'aucun secours sur ce plan-là. En effet, en considérant les symptômes comme de simples faits de communication, elle exclut *a priori* toute possibilité de cerner ce qui fait la particularité de l'expérience vécue par le patient, et à plus forte raison d'y voir l'expression d'une pathologie définie.

Ainsi, l'approche systémique apparaît diamétralement opposée à la perspective phénoménologique : la première, en adoptant une lecture d'emblée intersubjective, se condamne à manquer l'expérience du malade dans sa spécificité ; la seconde, en se centrant sur cette spécificité, butte sur la question de l'intersubjectivité.

J'ai cherché à montrer dans mon mémoire de D.E.A. [4], puis dans ma thèse de médecine [3], comment on pouvait essayer de sortir de cette impasse en s'appuyant sur les travaux de Kimura et de Naudin, ainsi que sur la phénoménologie de Lévinas. Mais plutôt que de vous présenter ici un cheminement théorique trop abstrait, je souhaite partir de quelques situations rencontrées dans le cadre du service E.R.I.C.³ pour montrer ce que cette pratique psychiatrique originale peut nous apprendre sur la question de l'intersubjectivité dans la pathologie mentale.

³ Le service E.R.I.C. (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) est une unité d'urgence psychiatrique présentant, par rapport à un service d'urgence « classique », trois particularités : la durée (jusqu'à un mois), l'implication de l'entourage (entretiens familiaux) et la mobilité (entretiens et visites infirmières à domicile) [11, 12, 15].

Le sujet comme enjeu

Revenons donc à notre première rencontre avec Noé, ou plus exactement avec ses parents que nous recevons dans nos locaux. Une semaine auparavant, ils avaient réussi à convaincre Noé de les accompagner aux urgences générales de Versailles. Il y avait rencontré le psychiatre de garde qui lui avait déclaré : « vous êtes délirant et incohérent » et avait préconisé une hospitalisation. Noé s'y est opposé, les parents ont refusé de signer une demande d'hospitalisation sous contrainte. Le psychiatre a alors donné à Noé un comprimé d'un neuroleptique et la famille est rentrée à son domicile. Noé a très mal supporté à la fois la déclaration du médecin et le traitement. Depuis, il refuse de voir des psychiatres.

Les parents nous expliquent ne plus savoir quoi faire pour l'aider : malgré leurs sollicitations, il vit cloîtré chez eux depuis plusieurs mois, sans aucun contact avec le monde extérieur. Au fur et à mesure de l'entretien, nous parvenons à reconstituer le parcours suivant :

- Cinq ans auparavant, Noé est brusquement rentré des Etats-Unis où il aurait dû séjourner six mois ; les parents ont alors pensé à une « dépression » mais Noé n'a pas consulté et a réussi à reprendre ses études à la fac d'anglais.
- Noé a ensuite vécu en collocation avec sa sœur et son copain ainsi qu'un autre couple d'amis. Tout en poursuivant ses études, il travaillait comme vendeur à la Fnac. Les parents rapportent une grande méfiance, le sentiment d'être surveillé à son travail (il pensait notamment qu'on lui envoyait de faux clients pour le tester) ainsi que des accès de colère importants.
- Il y a deux ans, Noé est rentré chez ses parents et s'est inscrit au CAPES d'anglais. Ce fut un échec retentissant. Il expliquera à sa mère avoir eu, lors d'un cours en amphithéâtre, un « flash », révélation par laquelle il a brusquement compris que les gens pouvaient communiquer par la pensée.
- Depuis l'échec au CAPES, il y a six mois, il vit replié chez ses parents, terrifié par le monde extérieur qu'il perçoit comme menaçant.

En tant que psychiatre, ce parcours m'évoque assez rapidement le déploiement d'un processus schizophrénique. Le récit des parents semble en effet témoigner d'un repli autistique progressif ainsi que d'un vécu délirant de plus en plus envahissant. D'après les repères chronologiques fournis, on peut penser que ce processus schizophrénique évolue depuis près de cinq ans.

Pourtant les parents, et notamment le père, ne paraissent pas convaincus du caractère pathologique de ce que vit leur fils. Il y a là un décalage étonnant entre ce que l'on peut imaginer de l'état clinique du patient et ce que les parents semblent en percevoir. Notre étonnement grandira encore lorsque nous rencontrerons Noé, quelques jours plus tard, à l'occasion d'un entretien à domicile : ce jeune homme est manifestement halluciné et présente des perturbations importantes du cours de la pensée ; on ne peut rester à son contact sans éprouver rapidement un sentiment d'étrangeté radicale. Comment les parents, qui vivent tous les jours auprès de leur fils ces mêmes manifestations, peuvent-ils ne pas en prendre la mesure ?

Une telle question n'a rien de spécifique à la famille de Noé, et se pose régulièrement lorsque l'on rencontre l'entourage de patients schizophrènes.

Elle a depuis longtemps été repérée dans le champ psychanalytique où l'on considère que la réaction des parents résulte d'un mécanisme de défense particulier, le *déni*. Cette même question a également été à l'origine des premières théories systémiques : celles-ci décrivent un phénomène d'ajustement réciproque entre les

troubles du patient et les attitudes de son entourage, les uns et les autres concourant au maintien d'une *homéostasie*, c'est-à-dire d'un équilibre par lequel la famille parvient malgré tout à continuer de fonctionner.

A ma connaissance, seul Tatossian a abordé cette question de l'homéostasie d'un point de vue phénoménologique. Dans un article intitulé « Famille et institution : le sujet comme enjeu » [14], il souligne que l'institution psychiatrique manifeste, vis-à-vis du patient psychotique, la même ambiguïté que le groupe familial : si, officiellement, le but est d'amener le patient à l'autonomie, « cette tâche est tout autant et peut-être même plus prioritairement de maintenir la cohésion du groupe et son *homéostasie* que risque de perturber le sujet ». Or, il ne s'agit pas ici de n'importe quel sujet, mais d'un sujet psychotique, qui « pose le problème de l'identité humaine dans sa globalité et ce faisant l'affecte d'une incertitude radicale ». Aussi, les proches comme les soignants éprouvent à son contact « la *fragilité* de ce qui est sujet en eux ». Ce que Tatossian nomme « la *minimisation* de la différence psychotique » constitue alors un moyen de défense mis en place par les proches afin de parer au danger que représente, pour leur propre subjectivité, la faillite subjective du patient. Les soignants, quant à eux, parviennent aux mêmes fins soit en « déclassant [la psychose], sous le nom de *maladie*, hors de la condition humaine ordinaire », soit en recourant à la « *banalisation* professionnelle ».

Ces réflexions resituent à un niveau existentiel ce que la psychanalyse décrit en terme de mécanisme de défense psychologique et ce que la systémie aborde à un niveau communicationnel. Elles permettent de mieux comprendre l'attitude des parents de Noé : en minimisant les troubles de leur fils, ils luttent contre le vacillement de leur propre subjectivité à son contact.

Mais la « minimisation de la différence psychotique » ne se résume pas à la « minimisation des troubles ».

Certes, ces deux formules semblent se confondre si l'on considère le discours que les parents nous adressent : ceux-ci nous ont présenté un tableau moins inquiétant que celui que nous constatons. Cependant, c'est plutôt l'attitude des parents envers le patient que vise Tatossian. Qu'en est-il dans notre situation clinique ?

Comme j'y faisais allusion tout à l'heure, le père passe de longues heures à discuter avec Noé. Chaque fois que celui-ci tient un propos incohérent, il l'interrompt et lui demande de s'expliquer. Chaque fois que son discours se déconnecte de la réalité, il argumente point par point pour tenter de le ramener à la raison. Noé ne se laisse d'ailleurs pas démonter par ses arguments, et leur conversation prend souvent des allures passionnées – au point, nous confie la mère, qu'ils ont récemment failli en venir aux mains. Dans la relation à son fils, le père ne minimise donc pas toujours ses troubles. Lorsque ceux-ci se déploient dans le champ de la raison, il les repère avec la plus grande vigilance et lutte à sa manière contre eux. Pour ce faire, il s'implique de tout son être.

De même, la mère multiplie les tentatives de contact avec Noé : elle lui prépare ses plats préférés, l'invite à passer du temps avec elle dans le jardin, cherche à le convaincre d'accepter l'aide de professionnels, etc. Nous voyons qu'elle aussi s'implique très fortement auprès de son fils, cherchant à l'aider dans son mal-être.

Plus encore, nous avons constaté lors du premier entretien que les parents semblaient véritablement fascinés par leur fils, admirant « la richesse de sa réflexion » (disait le père) et « sa très grande sensibilité » (notait la mère).

Nous voyons que la « minimisation de la différence psychotique » mise en lumière par Tatossian, ne peut se réduire à une « minimisation des troubles ». Si le problème du psychotique est bien le problème central de toute condition humaine en ce qu'il

pose le « sujet comme enjeu », la réaction de ceux qui s'y confrontent n'est pas univoque. On peut vouloir se défendre de la fragilisation qu'il induit ; mais on peut aussi se trouver fasciné par ce qu'il dévoile de notre propre humanité. D'ailleurs, ne sommes-nous pas, nous-mêmes, en tant que soignants ou en tant que philosophes, fascinés par la psychose justement par ce qu'elle révèle de la fragilité de ce qui est sujet en nous ?

La schizophrénie

Afin de poursuivre nos réflexions, nous allons maintenant nous focaliser sur la schizophrénie et nous demander si la spécificité clinique de cette pathologie correspond à un mode particulier de relation à celui qui en est atteint. Une nouvelle situation, celle de la famille Ressac, nous servira de fil conducteur.

Camille Ressac est un jeune homme de vingt-trois ans. Après plusieurs échecs scolaires et une rupture progressive de ses liens amicaux, il vit depuis deux ans dans sa chambre. Il n'en sort quasiment plus, si ce n'est pour de brèves incursions dans la maison (par exemple afin d'aller se chercher un plateau-repas). Il consacre le plus clair de son temps aux jeux en réseau, à surfer sur Internet et à regarder Arte pour, dit-il, « être moins con ».

Au cours des différents entretiens, le tableau clinique apparaît pauvre. Seuls quelques symptômes sont relevés : outre le repli autistique, nous observons une perte de l'élan vital (Camille déclare avec détachement qu'il fait « la grève de la vie ») et une froideur affective (la mère nous rapporte par exemple qu'elle s'est effondrée en larmes dans sa chambre sans qu'il manifeste la moindre réaction). Deux éléments peuvent évoquer un sentiment de persécution : Camille d'une part refuse de se rendre dans le jardin « à cause du regard des voisins », et d'autre part nous déclare : « à l'hôpital, on peut attraper des saloperies ». On ne repère cependant pas de délire plus explicite. Enfin, le patient ne présente aucun trouble du cours de la pensée.

En revanche, l'analyse de l'expérience vécue par Camille s'avère beaucoup plus contributive en révélant un mode d'être très particulier.

Considérons tout d'abord ses préoccupations. Camille nous dit s'intéresser à la nature, à l'environnement ; il s'inquiète beaucoup des menaces que l'activité humaine fait peser sur l'avenir de notre planète. Il pense que l'Homme est en train de perdre son identité, et que seul un « retour à la Nature » peut espérer le sauver. Lui-même aimerait vivre plus proche de la nature, dans « un environnement plus sain ». Bien sûr, ces propos n'ont en soi aucun caractère pathologique, et se rapprochent d'ailleurs d'une contestation écologique très à la mode en ce moment. Cependant, nous sommes frappés par leur caractère purement théorique. Comme le souligne le père, vivre à la campagne, en adéquation avec la nature, constitue un projet qui peut tout à fait être réalisé, mais Camille ne cherche pas à s'en donner les moyens. Il y pense, sans que jamais cette pensée puisse s'ancrer dans une démarche concrète. Plus encore, nous avons le sentiment, lorsqu'il en parle, de voir défiler devant nous des idées abstraites, détachées, dans lesquelles il ne parvient pas à s'impliquer personnellement : sa voix reste posée, son expression ne s'anime pas, il n'insuffle aucune passion dans ses propos.

On peut d'ailleurs se demander si ces préoccupations ne servent pas, d'une certaine manière, à justifier son immobilisme actuel, comme semble l'indiquer le dialogue suivant :

Le père : Qu'est-ce que tu attends pour réaliser tes projets ?

Camille : J'attends que le monde change...

Moi : Quand est-ce que le monde va changer ?

Camille : Oh, dans cent ans, peut-être...

Le père : Mais tu ne seras plus là dans cent ans !

Camille ne poursuivra pas sur ce sujet, se contentant d'un sourire énigmatique.

Nous retrouvons cette distance, ce détachement dans toutes les relations de Camille : même s'il se montre poli et attentif, nous avons le sentiment qu'il le fait de manière mécanique, sans véritablement s'impliquer. Spontanément, il parle peu. Lorsque nous lui en demandons la raison, il répond : « Je n'aime pas parler pour ne rien dire ; comme je suis hors circuit de la vie sociale, je n'ai rien à dire ». Pour lui, la relation à l'autre n'a de sens et d'intérêt que si les gens sont « compétents ». Nous sommes pourtant frappés, lors de différentes discussions sur le fonctionnement familial, de la pertinence de son point de vue ; comme le résumera un infirmier de notre équipe : « il a bien analysé ce qui se passe dans cette maison ». Mais là encore, cette analyse est celle d'un spectateur impartial, quoi que bienveillant, et non celle d'un membre de la famille, comme si aucune affection ne liait le jeune homme à ses proches.

Cette description de l'expérience vécue par Camille évoque fortement les analyses phénoménologiques de Minkowski dans son ouvrage intitulé *La schizophrénie* [8]. Il me paraît important d'en résumer ici certains aspects avant de poursuivre notre propos.

Pour Minkowski, le trouble essentiel de la schizophrénie est la « perte de contact vital avec la réalité ». Il écrit : « le contact vital avec la réalité vise le fond même, l'essence de la personnalité vivante, dans ses rapports avec l'ambiance ». Cette ambiance « est ce flot mouvant qui nous enveloppe de toutes parts et qui constitue le milieu sans lequel nous ne saurions vivre. Les "événements" en émergent comme des îlots, ils viennent ébranler les fibres les plus intimes de notre personnalité, la pénètrent. Et celle-ci de nouveau les fait siens, vibre, comme une corde tendue, à l'unisson avec eux, s'en pénètre à son tour et, en y joignant les facteurs dont se compose sa vie intime, réagit d'une façon personnelle (...) » [8, p. 83]. La perte de ce contact avec l'ambiance est justement ce que Minkowski situe comme point central de l'expérience du schizophrène. Ce dernier, dit-il, a perdu « cette fibre sensible qui nous permet de vibrer à l'unisson avec nos semblables, qui nous rattache à la personnalité intime de chacun d'eux, qui nous permet de la pénétrer et de nous sentir un avec elle » [8, p. 114].⁴

Afin de préciser la notion de perte de contact vital avec la réalité, Minkowski s'appuie sur la philosophie de Bergson qu'il résume ainsi : « Bergson oppose deux principes dans la vie. L'intelligence et l'intuition, le mort et le vivant, l'immobile et le fluant, l'être et le devenir, l'espace et le temps vécu, sont les divers aspects sous

⁴ Notons que Minkowski distingue cette perte de contact avec la réalité de la notion d'autisme forgée par son maître Bleuler. Ce dernier appelle autisme le « détachement de la réalité, accompagné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure » [cité in 7, p. 145]. Minkowski souligne : « "Réalité" est loin d'être synonyme de "monde extérieur" et il paraît erroné, en conséquence, de vouloir assimiler à tout prix la perte de contact avec la réalité à l'intériorisation » [7, p. 159]. Autrement dit, le schizophrène peut tout à fait demeurer tourné vers l'extérieur et y déployer une activité. Cependant, il s'absorbera complètement dans cette activité et demeurera indifférent à tout ce qui peut survenir autour de lui. Il s'est détaché de cette réalité mouvante de la vie que constitue l'ambiance, sans qu'il soit ici question de prédominance de la vie intérieure.

lesquels se manifeste cette opposition fondamentale. Ces deux aspects forment pourtant un tout harmonieux. Chacun d'eux, incapable d'assurer à lui seul l'existence de l'individu, vient compléter l'autre en limitant en même temps (...) son champ d'action ». Pour Minkowski, la schizophrénie peut se décrire comme une rupture de cette harmonie entre les deux aspects de la vie. On y observe « une déficience de l'intuition et du temps vécu et une hypertrophie consécutive de l'intelligence et des facteurs d'ordre spatial » [7, p. 255].

Précisons quelque peu la conception de Bergson. Celui écrit : « L'intelligence (...) a pour objet principal le solide inorganisé. Elle ne se représente clairement que le discontinu et l'immobilité. (...) De là son étonnement quand elle se tourne vers le vivant. (...) Justement parce qu'elle cherche toujours à reconstituer avec du donné, l'intelligence laisse échapper ce qu'il y a de nouveau à chaque moment d'une histoire. Elle n'admet pas l'imprévisible. Elle rejette toute création. Ainsi concentrée sur ce qui se répète, uniquement préoccupée de souder le même au même, l'intelligence se détourne de la vision du temps » [cité in 8, p. 89]. Pour le philosophe, l'intuition permet au contraire d'être aussitôt à l'aise dans ce que l'intelligence peine à saisir, et notamment le temps vécu.

A travers de nombreux exemples, Minkowski montre combien cette distinction se révèle pertinente sur un plan clinique.

D'une part, le schizophrène vit le temps d'une manière bien particulière. Il connaît la date, mais « n'en fait plus usage d'une façon appropriée aux exigences ambiantes » ; il évoque des souvenirs, mais ceux-ci demeurent isolés ; il fait des projets, mais n'arrive pas à s'y tenir dans la durée. La continuité du temps que nous vivons de manière intuitive lui échappe. Plus encore, son élan personnel semble s'épuiser progressivement, comme si un « statisme morbide » l'envahissait – jusqu'à ces états terminaux où les patients paraissent inertes, passifs, parfois seulement animés de stéréotypies « qui, au fond, ne sont qu'un éternel recommencement, sans progression aucune » [8, p. 100].

D'autre part, « le schizophrène, privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée, tend à construire son comportement [à partir] de facteurs et de critères dont le domaine propre, dans la vie normale, est uniquement la logique et les mathématiques » [8, p. 104]. Il présente ainsi ce que Minkowski nomme une « pensée spatiale » et décline en « rationalisme » et « géométrisme morbide ». Le rationalisme morbide correspond à une attitude où la réflexion logique prime sur l'implication vitale. Le malade élabore des principes abstraits auxquels il cherche ensuite à se conformer en toute circonstance ; il construit un cadre théorique dans lequel il tente de faire entrer le monde. Le géométrisme morbide consiste quant à lui en une préoccupation démesurée pour tout ce qui a trait à la symétrie, à la disposition dans l'espace. Ainsi, un patient de Minkowski lui déclare : « Je cherche l'immobilité. Je tends au repos et à l'immobilisation. J'ai aussi en moi la tendance d'immobiliser autour de moi la vie. J'aime pour ça les objets immuables, les caisses et les verrous, les choses qui sont toujours là, qui ne changent jamais. La pierre est immobile, par contre la terre se meut ; elle ne m'inspire aucune confiance. J'attache de l'importance seulement à la solidité. Le train passe sur un remblai ; le train n'existe pas pour moi, je veux seulement construire le remblai » [8, p. 120].

Revenons à l'expérience vécue de Camille. Nous voyons maintenant en quoi elle se rapproche des analyses de Minkowski. La notion de perte de contact vital avec la réalité rend bien compte de tout ce que nous avons décrit en termes de détachement et de manque d'implication. Même si la pensée spatiale de Camille ne prend pas la

forme caractéristique du rationalisme ou du géométrisme morbide, elle se laisse néanmoins percevoir dans la tendance du jeune homme à l'abstraction et l'analyse désincarnée. Sans doute une observation plus poussée à l'occasion d'entretiens individuels permettrait d'y ajouter d'autres éléments.

Schizophrénie et ambiance familiale

Lorsque les parents de Camille nous l'amènent pour la première fois, ils semblent bien loin de l'idée que leur fils puisse souffrir de schizophrénie. Le fait qu'il vive depuis deux ans chez eux sans rien faire ne les préoccupe pas en soi : « nous ne sommes pas pressés ; il partira quand il se sentira prêt ». S'ils s'inquiètent de son repli, c'est avant tout parce qu'ils pensent, avec douleur, que Camille ne veut rien partager avec eux. Tous deux trouvent que leur fils est un jeune homme extrêmement intéressant, qui connaît beaucoup de choses, et ne comprennent pas qu'il ne les fasse pas profiter de son savoir. La mère explique comment elle tente de partager du temps avec lui en allant dans sa chambre pour discuter ou en lui proposant des activités communes, mais en vain : Camille ne réagit pas et refuse poliment ses sollicitations. Le père insiste également sur cette notion de partage : « s'il en manque un, on ne peut pas parler de vie de famille ». Nous remarquons pendant cet entretien que les parents s'adressent essentiellement à leur fils et prennent un plaisir visible aux conversations qui s'ensuivent. Nous apprendrons plus tard que de telles conversations n'ont jamais lieu en dehors de notre présence. En quelque sorte, ils profitent de l'entretien pour partager un peu de temps avec lui, et donnent à cette occasion l'image de personnes plutôt complices.

Nous retrouvons ici cette fascination que j'évoquais tout à l'heure à propos des parents de Noé. S'y associe également ce que nous avons vu constituer l'autre versant de la minimisation de la différence psychotique, à savoir la minimisation des troubles. A un moment donné, Camille déclare penser qu'il est fou : « Je ne sors plus, je ne fais rien, vous voyez bien que je ne suis pas normal ! ». La mère sursaute, regarde son mari ; celui-ci réplique aussitôt : « tu es marginal, ça ne veut pas dire que tu es fou ! ».

Cependant, cette minimisation des troubles est à relativiser. Ainsi, après deux entretiens avec Camille et ses parents, nous décidons de convoquer les parents seuls. J'annonce à ces derniers que la situation de leur fils témoigne d'un processus pathologique qu'il convient de traiter afin d'enrayer son évolution. M'attendant à ce qu'ils aient du mal à accepter cette idée, je leur propose d'arrêter là notre suivi afin de les laisser réfléchir. Ils pourront nous rappeler lorsqu'ils se sentiront prêts à envisager des soins. Le père me répond alors : « nous savons bien que notre fils est malade. Nous pouvons commencer dès maintenant ».

Lors de l'entretien suivant, en présence de Camille, nous mettons en place une prise en charge qui associe un traitement médicamenteux, des entretiens médicaux sur notre structure, et des visites infirmières à domicile. Nous faisons un arrêt de travail à la mère afin qu'elle puisse rester auprès de son fils.

Par ce dispositif, nous allons progressivement découvrir le fonctionnement de la famille Ressac dans son ensemble – même si nous ne rencontrerons ni le frère aîné, ni la sœur cadette de Camille.

Les parents forment un couple sympathique qui donne une impression de grande complicité. Ils nous apprennent qu'ils se sont rencontrés très jeunes et vivent

ensemble depuis 33 ans « sans heurts ni conflits ». L'absence de conflit semble d'ailleurs la règle dans cette famille. Seul Camille s'autorise parfois quelques critiques, mais toujours avec bienveillance. Les parents soulignent qu'ils ont toujours répugné à s'imposer aux enfants de manière autoritaire, préférant recourir à la raison – raison qui paraît ainsi régir la totalité des échanges de la famille.

Ils vivent dans une maison agréable bien qu'un peu sombre ; les pièces sont aménagées et décorées avec goût dans des tons chauds. Pourtant, il s'en dégage une impression peu chaleureuse, sans vie. Les infirmiers qui font cette observation lors des visites auront du mal à se l'expliquer. Cette sensation est sans doute liée à l'ordre trop implacable qui règne dans cet intérieur : tout y rangé, à sa place. Mais, il s'agit avant tout d'une ambiance particulière, saisie intuitivement. Toujours est-il que l'aménagement de cette maison revêt une grande importance pour les parents qui lui consacrent beaucoup de temps. Ils nous expliquent changer régulièrement la décoration et la disposition des pièces. D'ailleurs, lorsque nous leur demandons d'aider Camille à sortir plus souvent de sa chambre, leur première idée est de refaire cette pièce de manière à ce qu'il ne puisse plus jouer à l'ordinateur tout en restant sur son lit.

Nous aurons peu accès à l'histoire de la famille, dimension à laquelle notre équipe porte pourtant une attention particulière. Comme le résume un collègue : « dans cette situation, nous sommes restés dans le présent ». Les quelques fois où nous avons abordé le passé familial, les réponses ont le plus souvent été laconiques, fragmentaires, ne permettant pas d'établir de liens entre elles. Plus surprenant encore, les événements actuels sont évoqués incidemment, comme s'ils ne concernaient pas vraiment la famille. Par exemple, des infirmiers apprennent lors d'une visite que la mère de monsieur Ressac est décédée deux jours auparavant ; une autre visite avait pourtant eu lieu la veille, sans que le sujet ne soit abordé.

Ainsi, il se dégage de cette famille un sentiment de temps suspendu, détaché du passé et des événements extérieurs. Chacun vaque à ses occupations sans faire de vague, et sans empiéter sur l'espace du voisin. Comme le dit Camille : « dans cette famille, on est proche mais chacun est isolé ». Les repas illustrent bien cette situation : ils ne mangent jamais ensemble, et chacun a son lieu de collation : le père devant la cheminée, la mère dans la cuisine, la sœur sur le canapé en face de la télévision, le frère dans un autre coin du salon, et Camille dans sa chambre.

Au fur et à mesure de cette description, nous voyons se dessiner un parallèle troublant entre le fonctionnement de cette famille et ce que nous avons pu décrire, avec Minkowski, de l'expérience schizophrénique.

Ainsi, les Ressac semblent présenter un rapport au temps très particulier : le présent ne s'y inscrit plus dans la continuité du passé, les événements de la vie surviennent sans qu'ils se sentent impliqués, l'absence de perspective d'avenir de Camille ne représente pas en soi un problème. Le temps, dans sa dimension vivante d'imprévisibilité et de création, se trouve neutralisé.

De plus, nous retrouvons à l'échelle familiale une hypertrophie des facteurs d'ordre spatial. D'une part, nous avons vu que la raison régirait tous leurs échanges. D'autre part, l'aménagement de la maison constitue une préoccupation récurrente et chaque objet y occupe une place bien définie. Les modifications de l'espace peuvent même tenir lieu de repères temporels comme l'illustre l'anecdote suivante. Les parents ont eu autrefois un billard qu'ils ont fini par donner car ils n'y jouaient plus. Lorsque nous leur demandons à quel moment cela s'est produit, ils demeurent pensifs. Puis

Monsieur finit par répondre : « lorsque nous avons transformé la salle de jeu en chambre ». Nous n'obtiendrons pas plus de précision.

Si nous poursuivons dans cette idée de parallèle entre le fonctionnement de la famille et le processus schizophrénique, nous constatons que le rapport au temps et à l'espace de cette famille semble sous-tendu par une perte de contact vital avec la réalité. Celle-ci permettrait notamment d'expliquer le fait que chacun soit seul, vaquant à ses occupations, et que personne ne s'inquiète outre mesure du repli de Camille. On pourrait même y rattacher l'impression d'absence de vie ressentie intuitivement par les infirmiers dans la maison.

Arrivés à ce point, plusieurs objections semblent s'imposer.

La première consiste à se demander si je n'amplifie pas ici certains traits familiaux finalement assez banals. Les parents, le frère et la sœur ont tous une vie sociale active à l'extérieur ; les comportements qu'ils adoptent à l'intérieur de la maison définissent certes un style de vie familiale, mais pourquoi tirer ce style du côté de la pathologie ?

La deuxième objection s'inscrit dans le prolongement de la première : quand bien même les traits familiaux relevés ressembleraient à certains aspects de l'expérience schizophrénique, ne faut-il pas y voir le fruit d'une coïncidence ?

Vous aurez compris que, si j'ai choisi la situation de la famille Ressac comme fil conducteur de mes réflexions, c'est que cette ressemblance ne me semble ni anodine, ni fortuite. En effet, notre expérience auprès des familles de schizophrène montre qu'on y retrouve fréquemment ce que nous venons de relever dans notre situation clinique : une sensation de temps suspendu et d'immuabilité, une difficulté à situer les événements actuels dans une histoire continue, un recours au raisonnement logique plutôt qu'à l'empathie, etc. Ces éléments confèrent à la rencontre avec ces familles, et notamment lorsqu'elle a lieu à leur domicile, une ambiance particulière qui frappe notre intuition – parfois même à tel point que le diagnostic de schizophrénie nous vient à l'esprit avant d'avoir rencontré le patient.

Mais une troisième objection s'impose aussitôt : une famille n'est pas un sujet, et il ne peut être question de lui appliquer directement une conception issue de l'analyse psychopathologique. A quoi correspond donc cette ambiance que nous percevons dans les familles de schizophrène ?

Le processus schizophrénique

Pour tenter de répondre à cette question, il nous faut tout d'abord revenir sur ce que nous avons dit jusqu'ici de la schizophrénie. En suivant Minkowski, nous l'avons envisagée dans son aspect déficitaire, aspect sur lequel cet auteur insiste d'ailleurs de manière délibérée puisqu'il cherche, dit-il, à déterminer l'essence d'une maladie. Pour cela, il choisit de faire abstraction de tout « ce qu'il y a encore de normal, de vivant dans la personnalité morbide » [8, p. 174]. C'est ainsi qu'il dégage la perte de contact vital avec la réalité comme déficit fondamental de la schizophrénie et insiste sur le caractère processuel de cette affection : au fil du temps, le déficit se creuse et le tableau clinique s'accroît.

Cependant, son œuvre fournit également une esquisse de ce qui permettrait de dépasser cette conception déficitaire de la schizophrénie. Dans *Le temps vécu* [7], il développe une phénoménologie originale où l'homme est appréhendé dans sa trajectoire de vie plutôt que dans son être. Le point de départ de cette vision

dynamique est l'opposition « entre le devenir ambiant et la faculté de vivre sa propre vie » [7, p. 42].

La faculté de vivre sa propre vie se réalise dans ce que Minkowski nomme l'élan personnel et qu'il considère comme une partie intégrante du devenir ambiant : « mon élan personnel me dit, par lui-même, qu'il se trouve *dans l'axe* d'un devenir bien plus grand et bien plus puissant que lui, et que plus j'affirme mon moi, plus j'affirme un devenir au-dessus de moi » [7, p. 44]. Cet élan jaillit du fond de mon être pour s'élaner vers cet avenir qui me dépasse. Cependant, il ne faut pas s'imaginer qu'il se distingue de mon être, comme s'il se déployait devant moi : *je suis cet élan*, et si j'ai, par l'introspection, la capacité de me retourner vers mon for intérieur, « cela ne veut point dire découvrir et affirmer ce qui y est déposé, mais en faire jaillir [mon] élan dans toute sa pureté » [7, p. 49].

Venons en maintenant aux rapports entre l'élan personnel et le devenir ambiant.

Tout d'abord, nous possédons la « faculté d'*avancer* harmonieusement avec le devenir ambiant, tout en nous pénétrant de lui et en nous sentant un avec lui » [7, p. 59] ; c'est, nous l'avons vu, le contact vital avec la réalité, que Minkowski nomme aussi *synchronisme vécu*.

Celui-ci, en effet, est à la base du « sentiment général de marcher avec le temps » : « C'est non seulement comme une progression générale que nous sentons en nous et en dehors de nous, mais encore comme un *rythme* unique, commun à nous et au devenir ambiant » [7, p. 63].

Par ailleurs, le synchronisme vécu constitue également le fondement de l'intersubjectivité à travers le phénomène de la sympathie – phénomène que Minkowski décrit en ces termes : « la sympathie ne saurait être instantanée, il y a toujours de la *durée* en elle, et dans la durée il y a comme deux devenirs qui, en parfaite harmonie, s'écoulent l'un à côté de l'autre. En le faisant, ils se pénètrent d'ailleurs d'une façon si intime qu'au lieu d'admettre l'existence d'un sentiment qui par une sorte de résonance évoquerait un sentiment analogue chez un autre individu, on serait porté à parler d'un seul sentiment qui, tout en restant un, vient s'intégrer dans deux vies individuelles différentes. Il y a là réelle *participation* » [7, p. 61]. Pour le dire en d'autres termes, la relation intersubjective est ici conçue comme la rencontre de deux trajectoires personnelles qui, vibrant à l'unisson, engendrent ce que je propose d'appeler un *mouvement collectif*. Celui-ci correspond à un rythme commun qui réunit et porte les deux individus le temps de cette rencontre. En outre, on peut penser que ce mouvement collectif ne se limite pas aux moments passés ensemble, et qu'il imprime à chaque élan personnel une inflexion particulière, une modification de trajectoire qui perdurera d'une manière ou d'une autre au-delà de la rencontre.

Le contact vital avec la réalité permet donc à l'élan personnel de demeurer en harmonie avec le devenir ambiant. Mais d'un autre côté, cet élan personnel risquerait à tout moment de se dissoudre dans les flots du devenir s'il ne comportait en lui-même un « *facteur de limitation* » : par celui-ci, mon élan personnel se détache de l'ambiance pour que je puisse mener à bien ce vers quoi je tends. Ce faisant, je me coupe en partie de certains événements qui auraient pu m'être positifs, mais me protège également de bien des heurts de la vie. Bien entendu, il ne s'agit pas ici d'une attitude que j'aurais à adopter par rapport à ces événements : c'est justement parce que je suis emporté par mon élan que survient cette limitation de mon implication dans l'ambiance. Le facteur de limitation ne correspond donc pas à un élément

extérieur à l'élan qui viendrait en quelque sorte le border ; il en constitue une propriété intrinsèque, un facteur cinétique lié à la dynamique même de l'élan vital.

Qu'en est-il maintenant du rapport entre ce facteur de limitation et le contact vital avec la réalité ? Au fil de son analyse, Minkowski semble évoluer dans sa conception de ce rapport.

Dans un premier temps, il conçoit le contact vital avec la réalité comme ce que nous vivons au plus près dans le phénomène du repos. Lorsque je me détends, je suspends en effet un temps mon élan personnel et la tension qu'il implique ; je me laisse porter par le devenir ambiant. Je deviens, pourrait-on dire, un pur contact vital avec la réalité. Ce dernier s'oppose alors au facteur de limitation en ce qu'il vient, d'une certaine manière le suspendre. Si le contact vital avec la réalité manque, seul demeure le facteur de limitation ; celui-ci emprisonne l'élan personnel qui se trouve coupé de la réalité. Nous retrouvons ici la schizophrénie conçue comme perte du contact vital avec la réalité.

Mais l'auteur aborde ensuite une seconde possibilité : contact vital et facteur de limitation s'enchevêtrent et s'interpénètrent à un point tel que l'un ne saurait être conçu sans l'autre. L'élan personnel ne peut pas se suspendre complètement pour goûter à l'harmonie du contact vital avec la réalité ; il demeure toujours un certain degré de limitation. Le contact vital, de son côté, n'est pas un état que pourrait atteindre l'élan personnel, il l'accompagne tout au long de sa course ; il « sert de support et de point de mire à l'élan, mais ne peut point être créé par lui » [7, p. 71].

Dès lors, le principe de limitation apparaît comme la limite même du contact vital, c'est-à-dire comme cette frontière à partir de laquelle on peut dire, à un moment donné du déploiement de l'élan personnel, que celui-ci est justement *mon* élan personnel et non une part quelconque du devenir ambiant. Lorsque je poursuis une activité, je me coupe de l'ambiance pour me concentrer sur mon but ; cette limite se resserre et mon élan, pourrait-on dire, *se focalise*. Quand au contraire je me repose, j'embrasse une part plus importante du devenir ambiant ; cette limite se dilate et mon élan *se déploie*. Contact vital et principe de limitation constituent l'envers et l'endroit, ou plus précisément deux directions opposées du même phénomène.

Minkowski ne reviendra pas en arrière pour réinterroger sa théorie de la schizophrénie à la lumière de cette seconde conception. Nous allons voir que cette dernière ouvre pourtant de nombreuses perspectives.

Arrêtons-nous un instant sur ce que décrit Pierre, un jeune schizophrène que j'ai suivi pendant deux ans dans le cadre d'entretiens individuels. Lors de nos premières rencontres, ce patient ressemble beaucoup à Camille : c'est un jeune homme poli, effacé, toujours un peu distant ; il ne présente pas de symptômes franchement évocateurs d'un processus schizophrénique. Plus d'un an s'écoule avant qu'il ne me confie le détail de son expérience vécue. Il partage alors son temps entre sa chambre et un hôpital de jour pour adolescents.

A l'hôpital et sur les trajets, Pierre perçoit la présence des autres comme une menace : « J'aimerais être invisible, dit-il. On me regarde, on me fait des remarques, ça me blesse ». Pour se protéger, il s'efforce de présenter une expression impassible, un regard dur, et reste le plus souvent muet ; « mon image, c'est mon armure » précise-t-il, avant d'ajouter : « le problème c'est que ça enferme ». Souvent, il se « déconnecte des autres » et s'adonne à la rêverie : « Je me sens bien dans mes pensées, c'est chez moi, c'est mon refuge... Parce que pas dire un mot de la journée,

c'est dur ! ». Tout son séjour dans le monde extérieur se trouve dominé par cet effort pour tenir les autres à distance.

Dans sa chambre, il se sent plus à l'abri. Pour autant, les heures qu'il y passe ne correspondent pas à du repos. Il a, dit-il, un travail : « Il y a à résoudre le bordel et les émotions négatives qui viennent de l'extérieur, qui me polluent dans ma tête ». Il finit par me confier qu'il crée un monde « qui est celui-là mais interprété, défini par des règles cachées qui existent dans ce monde et que j'ai découvert... Des lois, que j'ai nommées mais que j'ai codées pour ne pas qu'on puisse les lire ». Il avait d'ailleurs toujours affirmé, comme un trait d'humour, qu'il souhaitait devenir « maître du monde » – expression qui prend ici une toute autre coloration. Voici les premières règles qu'il a nommées :

1. Ce que l'homme est
2. Ce que l'homme fait
3. Ce que l'homme a fait

Au moment où il m'en parle, il est en train de travailler, m'explique-t-il, sur la quatrième :

4. Ce que l'homme va faire

Il raconte son projet ainsi : « Je vais trouver toutes les voies envisageables que peut prendre un homme. A partir d'un caractère et d'un vécu on peut estimer vers quelle voie va se diriger la personne ». Il accompagne ces règles d'une « représentation en couleur dans sa tête ».

Un jour, Pierre se présente extrêmement angoissé à ma consultation. A l'hôpital de jour, il a été pris à parti par un autre adolescent et n'a pu réagir : « Les yeux me piquaient, je ne tenais pas en place... Dans cet état je suis une proie facile... J'essaye de tenir un visage... Mon seul moyen de défense, c'est mes yeux noirs... J'ai failli perdre mon image... On pouvait défoncer cette image ». Il refusera alors de retourner à l'hôpital de jour.

Que constatons-nous ? Pierre ne semble pas souffrir d'une perte du contact vital avec la réalité, mais plutôt d'une perte du facteur de limitation ; son élan personnel est sans cesse menacé de se confondre avec le devenir ambiant. Ainsi, les « émotions négatives » qu'il rencontre s'installent directement « dans sa tête ». Lorsqu'il se trouve dans le monde extérieur, il lutte pour ne pas se trouver envahi : son « image », visage fermé et regard dur, correspond à un *effort pour restaurer une limitation avec l'ambiance*. De même, Pierre ne peut se laisser aller au repos dans sa chambre ; il se trouve aussitôt emporté par les flots du devenir jusqu'à embrasser l'avenir du monde entier. Son « travail », merveille de rationalisme morbide, lui permet de ramener ce devenir trop vaste à l'échelle d'une construction intellectuel maîtrisable. En demeurant le maître d'un monde de règles et de couleurs, il dégage son élan personnel du monde ambiant qui menaçait de l'engloutir.

Selon moi, la perte de contact avec la réalité résulte donc d'un effort de rupture par lequel le schizophrène tente de restaurer une limitation avec l'ambiance. Si déficit il y a, celui-ci porte alors sur le facteur de limitation – mais celui-ci est avant tout, nous l'avons vu, un facteur cinétique, lié à la dynamique de l'élan vital. Ceci dit, cette conception n'invalide en rien les observations cliniques de Minkowski. Je pense que celles-ci se situent simplement en un temps différent de la progression du processus schizophrénique. Ses patients présentaient en effet le plus souvent une longue évolution des troubles, ce que favorisait d'ailleurs le contexte asilaire de l'époque.

L'exemple de Pierre nous montre que les jeunes schizophrènes mobilisent l'intelligence et les facteurs spatiaux comme des ressources. Ils cherchent ainsi à tenir

à distance ce qui se donne dans l'intuition et le temps vécu, à savoir le devenir ambiant pour ainsi dire à l'état pur. Il paraît cohérent de penser que Minkowski, en relevant « une déficience de l'intuition et du temps vécu et une hypertrophie consécutive de l'intelligence et des facteurs d'ordre spatial », constate les conséquences de cette stratégie. Celle-ci a bien réussi à restaurer une certaine limitation avec l'ambiance, mais au prix d'un détachement de tout ce que l'intuition peut offrir à travers le contact vital avec la réalité.

Le temps partagé

Schizophrénie et mouvement collectif familial

Revenons à la famille Ressac. Même si nous ne disposons pas du même matériel clinique, nous retrouvons chez Camille des indices de ce que je viens de vous décrire à partir de l'expérience de Pierre.

Ses efforts pour se dégager du devenir ambiant apparaissent évidents, et l'on sent que les murs de sa chambre participent au maintien d'une limitation avec l'ambiance. Nous relevons également des éléments évoquant une confusion de son élan personnel avec le devenir, par exemple quand il refuse de se rendre dans le jardin « à cause du regard des voisins », ou encore lorsqu'il se préoccupe de l'avenir de la planète et de l'humanité. Quoi qu'il en soit, l'*effort de rupture du contact vital avec la réalité* domine le tableau, mobilisant, comme chez Pierre, la pensée intellectuelle et l'abstraction. Camille relève d'ailleurs lui-même la part active qu'il prend à son retrait lorsqu'il déclare : « Je fais la grève de la vie ».

Situons nous maintenant sur un plan familial. Comme toutes les familles, les Ressac constituent par l'interpénétration de leurs élans personnels ce que j'ai nommé un mouvement collectif. En d'autres termes, ils se trouvent portés par un rythme commun qui les maintient liés même si chacun poursuit sa propre activité. Or, l'effort que Camille déploie pour rompre son contact vital avec la réalité se traduit sur ce plan par une tentative de désynchronisation – ce que, d'une certaine manière, ses parents perçoivent puisqu'ils se plaignent de ce qu'il ne veut rien partager avec eux.

Même si cette plainte a mis du temps à s'exprimer devant une équipe psychiatrique, il est probable que la perception de cette désynchronisation ait été précoce – car ce phénomène, qui relève du temps vécu, et donc de l'intuition, se saisit immédiatement, alors que l'intelligence peine à le décrire. Il peut sembler à première vue que la famille n'ait alors pas réagi, laissant Camille se détacher du mouvement collectif familial. Je pense pourtant qu'il n'en est rien, que les membres de la famille ont au contraire cherché à lutter contre cette désynchronisation, et ce pour plusieurs raisons. Si nous nous référons aux analyses de Tatossian évoquées précédemment, on peut tout d'abord penser que la famille, en tant que groupe, tend spontanément à maintenir sa cohésion. Par ailleurs, la fascination à l'égard de l'expérience psychotique, en ce qu'elle pose le sujet comme enjeu, n'y est sans doute pas étrangère. Enfin, il est probable que le vacillement subjectif de Camille éveille chez son entourage ce que Lévinas appelle l'« ouverture originelle vers le secourable » : face à sa souffrance, ses proches ne peuvent rester indifférents et tentent de se porter à son secours [6]. Nous voyons surgir ici une troisième dimension de la « minimisation de la différence psychotique » : celle-ci consiste en une tentative d'assistance dont la

finalité est d'aider le psychotique à réduire cette différence qui le déchire – différence du sujet à lui-même et non plus différence à ceux qui l'entourent⁵.

Pour lutter contre la tendance à la désynchronisation de Camille, les membres de la famille vont développer des stratégies visant à demeurer en contact avec lui. Or, Camille fuit tout contact mettant en jeu l'intuition et le temps vécu. L'entourage va donc privilégier, dans la relation avec lui, l'intelligence et les facteurs spatiaux. Ainsi, comme nous l'avons vu, c'est avant tout par le raisonnement que les parents cherchent à le convaincre de partager du temps avec eux. Cependant, Camille utilise déjà pleinement ces ressources pour tenter de limiter son élan personnel – et d'ailleurs avec un tel succès qu'il donne le plus souvent le sentiment d'avoir perdu le contact vital avec la réalité. L'aide apportée se révèle donc toute relative. Plus encore, chaque membre de l'entourage, en recourant préférentiellement à l'intelligence et aux facteurs spatiaux, va s'habituer progressivement à se détacher personnellement, au moins lorsqu'il se trouve à la maison, de tout ce qui a trait à l'intuition.

Ainsi, les Ressayac, par l'adoption d'un mode relationnel particulier et par l'altération de leurs propres élans personnels, parviennent à maintenir une certaine synchronisation avec Camille. Il en résulte cependant que le mouvement collectif familial se rapproche progressivement de la trajectoire personnelle du patient – trajectoire qui porte la marque du processus morbide.

Certes, les traits que nous avons relevés dans cette famille ne témoignent que d'une légère inflexion de cette trajectoire. Mais nous avons pu constater dans bien d'autres familles que cette inflexion pouvait constituer à la longue une véritable dérive par laquelle le mouvement collectif se confond progressivement avec le processus schizophrénique. Parfois, cette confusion devient telle que nous avons le sentiment de faire face à une « famille schizophrénique ».

Implications thérapeutiques

Nous ne pouvons conclure cette analyse sans envisager brièvement ses conséquences sur le plan thérapeutique. Intéressons nous tout d'abord à *l'intervention thérapeutique*, c'est-à-dire à la rencontre avec le patient et sa famille.

Chaque famille possède son mouvement propre, et nous intervenons toujours à un moment particulier de sa trajectoire. Ce moment va déterminer l'ampleur des troubles du patient, mais également la capacité de mobilisation de la famille. Par ailleurs, nous possédons en tant qu'équipe notre propre mouvement collectif, soutenu par un rythme spécifique. Pour qu'une rencontre puisse avoir lieu, il faut que les rythmes de l'équipe et de la famille puissent se synchroniser *a minima*⁶. Cette synchronisation n'est possible que si notre propre rythme s'avère modulable. De plus, elle nécessite que nous parvenions à percevoir le rythme auquel évolue la famille et à nous y ajuster.

Ainsi, lorsque Noé est amené par ses parents aux urgences, son délire a atteint une telle ampleur qu'il paraît important de pouvoir rapidement soulager le patient. Le psychiatre des urgences a donc raison d'envisager aussitôt une hospitalisation. Mais ce faisant, il se situe dans un tempo extrêmement rapide – qui est justement celui de l'urgence médicale. Or, les parents ont depuis trop longtemps dérivé avec Noé ; ils se situent pour leur part dans un rythme beaucoup plus lent, dans un écoulement du

⁵ Kimura a admirablement montré que ces deux différences s'inscrivent dans un rapport de détermination réciproque [5].

⁶ C'est ce que visent les thérapeutes familiaux lorsqu'ils soulignent que le thérapeute doit « entrer dans la famille ».

temps proche de celui-ci de la schizophrénie, où tout événement imprévisible est soigneusement neutralisé. La synchronisation n'a donc pu se faire entre le psychiatre et les parents. Forts de cette expérience, nous avons quant à nous pris du temps avec eux en leur proposant plusieurs entretiens, puis un temps de réflexion. Une synchronisation entre notre équipe et la famille a pu alors s'établir.

Camille présentait pour sa part un tableau beaucoup moins inquiétant. Les parents ont accepté rapidement l'idée de soins, et ont pu s'impliquer activement dans la prise en charge proposée.

Abordons maintenant la question de la spécificité de la prise en charge du processus schizophrénique. Nous avons vu que celui-ci correspondait à une tentative de rétablir une limitation entre l'élan personnel et le devenir ambiant. A cet effet, le patient, tout comme l'entourage qui lui porte assistance, mobilise les ressources de l'intelligence et de la pensée spatiale. Ce faisant il se coupe progressivement du monde ambiant.

L'enjeu thérapeutique consiste précisément à favoriser chez le malade le maintien d'un contact *vital* avec la réalité. Il s'agit donc d'aider le patient, à travers la relation, à *vivre* qu'un contact nouveau peut s'effectuer sans pour autant que son élan personnel ne se trouve menacé de dilution dans le devenir ambiant.

Ce travail psychothérapeutique peut s'effectuer à l'occasion d'entretiens individuels. Il revient alors au soignant de *porter*, dans la relation, *le facteur de limitation* qui fait défaut au patient, permettant ainsi à ce dernier d'expérimenter sans danger un redéploiement de son élan personnel. Comme je le soulignais, le thérapeute ne peut y parvenir que s'il se synchronise suffisamment avec le patient et son entourage ; en même temps, cette synchronisation ne doit pas être totale afin que l'intervention thérapeutique insuffle à la relation un certain dynamisme vital. Ainsi, le soignant peut espérer aider le patient à infléchir son élan personnel vers une trajectoire qui ne coïncide plus avec celle du processus morbide.

Un suivi individuel du patient est un élément important du cadre, puisqu'il permet, ne serait-ce qu'en lui-même, d'aider le patient à expérimenter les limites de son élan personnel. Cependant, la dimension familiale que j'ai cherché à mettre en évidence s'avère déterminante. C'est d'ailleurs aux parents Ressac que j'emprunte la notion qui me paraît la plus pertinente pour situer l'importance de cette dimension, à savoir le *temps partagé*. En effet, le suivi individuel ne propose qu'un temps bref auprès du patient. Même s'il permet, par des entretiens suffisamment rapprochés, de créer un mouvement collectif qui englobe le patient et son thérapeute et dont les effets se prolongent en dehors des séances, cette tentative de synchronisation thérapeutique va se heurter au mouvement collectif familial qui tend, pour sa part, à épouser la trajectoire du processus morbide. Deux solutions s'offrent alors.

La première consiste à extraire le patient de sa famille, par exemple à travers une hospitalisation au long cours. Le risque est alors le suivant : le regroupement de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie favorise l'émergence d'un mouvement collectif par lequel ces personnes s'entraînent mutuellement dans leurs processus morbides respectifs. C'est ce que l'on nomme, en psychiatrie, la chronicisation. L'équipe soignante aura alors fort à faire pour parvenir à mobiliser chacun dans un mouvement qui lui soit propre.

La seconde solution consiste à s'intéresser à la famille comme ressource thérapeutique. En effet, celle-ci présente l'avantage de partager un temps important avec le patient. Certes, j'ai souligné toute à l'heure que ses tentatives d'aide se

révélaient infructueuses, et même suggéré que, en se mettant au diapason du malade, elle participait malgré elle à la progression du processus schizophrénique. Ce constat doit néanmoins être relativisé. Pour revenir à notre exemple, les proches de Camille, en se synchronisant avec lui, ne sombrent pas pour autant dans la pathologie ; même si le recours à l'intelligence caractérise leur mode relationnel, ils conservent une certaine capacité à s'inscrire dans un dynamisme vital. Le travail thérapeutique consiste alors à mobiliser cette capacité.

Pour cela, un processus thérapeutique familial doit s'enclencher, c'est-à-dire un mouvement collectif par lequel famille et soignants entrent en résonance. Ce processus débute, nous l'avons vu, par une synchronisation de ces deux collectifs. Un temps partagé se trouve alors constitué. Le décalage que l'équipe s'efforcera de maintenir transforme ce temps partagé en champ d'expérimentation vitale. Chaque trajectoire, personnelle et collective, se trouve réinterrogée dans son dynamisme. Des consignes spécifiques sont données aux proches afin qu'ils vérifient que leur implication vitale auprès du patient peut aider ce dernier à réduire ses efforts de rupture avec l'ambiance, c'est-à-dire qu'ils peuvent porter pour lui le facteur de limitation qui lui fait défaut. En d'autres termes, ils perçoivent progressivement qu'ils peuvent demeurer en relation avec le patient autrement qu'en s'adaptant à son mode de fonctionnement. Plus encore, ils vérifient que ce dernier peut au contraire évoluer et se rapprocher de leur propre fonctionnement. De cette manière, la famille peut remettre en mouvement sa trajectoire propre qui, en quelque sorte, servira d'axe à l'élan personnel du patient et permettra à ce dernier de lutter plus efficacement contre le processus schizophrénique.

Revenons une dernière fois à la famille Ressac. Une des consignes données aux parents a été de fixer une règle définissant un temps de partage imposé à Camille. Notre idée était la suivante : en imposant cette règle, les parents allaient constater qu'en s'impliquant sur un plan vital (ici, l'autorité parentale dans ce qu'elle a d'arbitraire, donc d'irrationnel), ils pouvaient pousser Camille à se mettre au diapason de leur propre mouvement. Peu importait donc le contenu de la règle, ni d'ailleurs que cela passe par l'établissement d'une règle ; l'important était que les parents s'engagent personnellement auprès de leur fils à travers un mode relationnel privilégiant l'intuition et le dynamisme vital. Pendant un temps, les parents n'ont pu appliquer cette prescription, nous expliquant qu'ils ne se souhaitaient pas adopter vis-à-vis de Camille une position autoritaire. Finalement, la mère a trouvé une solution originale qui permettait d'appliquer l'esprit de notre consigne tout en contournant la lettre : elle a installé au milieu du salon un billard, objet aussitôt très investi par toute la famille. Pour la première fois depuis longtemps, les Ressac partageaient une activité commune.

Conclusion

Pour conclure, je me contenterai d'insister sur le caractère trop schématique des réflexions que je viens de vous proposer. Celles-ci ne constituent qu'une esquisse de ce que l'on pourrait nommer une *phénoménologie du temps partagé*.

J'ai dû en chemin renoncer à vous parler de la question de l'intersubjectivité dans la pathologie en général. J'espère avoir réussi à vous montrer, à travers l'exemple de la schizophrénie, et je devrais même préciser, la schizophrénie hébéphrénique, que cette question de l'intersubjectivité revêt une importance à la fois au niveau théorique et sur le plan pratique. Une même analyse devrait pouvoir être menée au sujet

d'autres pathologies, comme nous l'indique, quoi que de manière très intuitive, notre expérience sur le service E.R.I.C.

Je remercie tous les membres de l'équipe pour leur participation à ces réflexions ainsi que pour leur soutien. Merci également à Emmanuelle Chenu pour son aide précieuse.

Bibliographie

1. **ALBERNHE K. et T. (2000)** : *Les thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson (Médecine et Psychothérapie)
2. **AUSLOOS G. (1995)** : *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Éditions Eres (Relations)
3. **FOUSSON J. (2004)** : *Ethique relationnelle : approche phénoménologique de la situation clinique en psychiatrie*, Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de médecine Xavier Bichat, Université de Paris VII
4. **FOUSSON J. (2003)** : *Le psychiatre et son ombre : de la résonance intersubjective à la relation à l'autre homme*, Mémoire de D.E.A. de Philosophie et d'histoire de la philosophie, Université de Paris XII
5. **KIMURA B. (1988)** : *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*, trad. franç. par C. Vincent, Grenoble, Millon (Krisis), 2000
6. **LÉVINAS E. (1982)** : La souffrance inutile, in *Entre nous*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 1991, pp. 100-112
7. **MINKOWSKI E. (1933)** : *Le temps vécu*, Paris, Presses Universitaires de France (Quadrige), 1995
8. **MINKOWSKI E. (1927)** : *La schizophrénie*, Paris, Éditions Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot), 1997
9. **NAUDIN J. (1997)** : *Phénoménologie et psychiatrie. Les voix et la chose*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail
10. **NAUDIN J., AZORIN M. (1998)** : Le concept d'identité chez Ricœur et l'expérience psychiatrique, *Confrontations psychiatriques*, 39, pp. 73-88
11. **ROBIN M., MAURIAC F., POCHARD F., WADDINGTON A., KANNAS S., HERVÉ C. (1998)** : Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie, *L'Évolution Psychiatrique*, 63, 1-2, pp. 227-234
12. **ROBIN M., POCHARD F., MAURIAC F., WADDINGTON A., KOVESS V., KANNAS S. (1996)** : Urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de leur émergence? , in *L'Information psychiatrique*, 72, 5, pp. 458-462
13. **TATOSSIAN A. (1991)** : La nosologie de la schizophrénie. Un point de vue phénoménologique, in *Psychiatrie phénoménologique*, Paris, Acanthe Lundbeck, 1997, pp. 191-202
14. **TATOSSIAN A. (1984)** : Famille et institution : le sujet comme enjeu, in *Psychiatrie phénoménologique*, Paris, Acanthe Lundbeck, 1997, pp. 167-174
15. **ZELTNER L., AMPELAS J.-F., BRONCHARD M., MAURIAC F., MALLAT V., WADDINGTON A., ROBIN M. (2002)** : Prise en charge de crise et enveloppe langagière, *Thérapie Familiale*, 23, 4, pp. 357-366



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :
Fousson J. (2011): Schizophrénie et temps partagé, *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/16-jf-2011