



HAL
open science

**Psychiatrie et société en République démocratique
allemande : histoires de patients de la clinique
psychiatrique et neurologique de la Charité (Berlin-Est,
1960-1968)**

Fanny Le Bonhomme

► **To cite this version:**

Fanny Le Bonhomme. Psychiatrie et société en République démocratique allemande : histoires de patients de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (Berlin-Est, 1960-1968). Histoire. Université Rennes 2; Universität Postdam (Allemagne), 2016. Français. NNT : 2016REN20010 . tel-01296478

HAL Id: tel-01296478

<https://theses.hal.science/tel-01296478>

Submitted on 1 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITÉ EUROPÉENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITÉ RENNES 2 – UNIVERSITÉ DE POTSDAM

École doctorale Sciences Humaines et Sociales

CERHIO – CNRS UMR 6258

**Psychiatrie et société en République Démocratique Allemande
Histoires de patients de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité
(Berlin-Est, 1960-1968)**

**Psychiatrie und Gesellschaft in der Deutschen Demokratischen Republik
Geschichten von Patienten der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité
(Ost-Berlin, 1960-1968)**

Thèse de Doctorat en cotutelle internationale

Discipline : HISTOIRE

Présentée par Fanny LE BONHOMME

Directrice de thèse : Jacqueline SAINCLIVIER

Directeur de thèse : Thomas LINDENBERGER

Soutenue le 29 janvier 2016

Jury :

Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN – Université Lumière Lyon 2 (rapporteur)

Volker HESS – Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Berlin

Sandrine KOTT – Université de Genève (rapporteur)

Thomas LINDENBERGER – Universität Potsdam (directeur de thèse)

Jacqueline SAINCLIVIER – Université Rennes 2 (directrice de thèse)

REMERCIEMENTS

Je remercie mes directeurs de thèse, Jacqueline Sainclivier et Thomas Lindenberger, pour la confiance qu'ils m'ont accordée lorsque je me suis engagée dans ce projet, et pour m'avoir accompagnée tout au long de ces années, entre Rennes et Potsdam.

Je remercie l'Institut d'histoire de la médecine de Berlin, son directeur, Volker Hess, qui m'a ouvert la porte des archives de la *Nervenlinik*, ainsi que toutes les personnes que j'y ai rencontrées. Merci à Alexander, Rainer, Sophie, Wolfgang et Petra pour m'avoir chaleureusement accueillie dans leurs bureaux, lorsque je remontais de la cave les bras chargés de cartons. Merci également à Lara pour l'intérêt qu'elle a manifesté pour mon travail. L'Institut d'histoire de la médecine de Berlin m'a offert l'opportunité de présenter mes travaux, à plusieurs reprises et à différents stades de ma recherche, autant d'étapes décisives dans la poursuite de ce projet. Merci pour cet accueil et pour la confiance qui m'a été accordée.

Durant ces années de recherche, j'ai également pu bénéficier de l'environnement scientifique offert par le Centre Marc Bloch de Berlin. Je remercie particulièrement les membres du groupe de travail « Frontières, héritages et transferts en Europe centrale et orientale », dirigé par Xavier Bougarel, Béatrice von Hirschhausen et Emmanuel Droit, pour leurs critiques constructives et leurs conseils avisés. Je remercie également le Centre de recherche sur l'histoire du temps présent de Potsdam, qui m'a accueillie durant mes séjours en Allemagne, au sein de la section « *Kommunismus und Gesellschaft* », dirigée par Thomas Lindenberger et Jens Gieseke. L'accueil dont j'ai bénéficié au sein de ces centres de recherche a joué un rôle primordial dans la réalisation de ce projet.

Je remercie le Centre interdisciplinaire d'études et de recherches sur l'Allemagne, l'Office allemand d'échanges universitaires, le Centre Marc Bloch, le Centre de recherche sur l'histoire du temps présent de Potsdam pour le soutien financier qu'ils m'ont accordé.

Je remercie également les archivistes qui m'ont aidée dans le travail de recueil des sources, ainsi que les anciens membres du personnel de la *Nervenlinik*, qui ont accepté de m'accorder un entretien.

Merci à tous les chercheurs et à tous les doctorants avec qui j'ai échangé au cours de ces années de thèse. Merci à Hervé Guillemain, pour sa confiance et pour m'avoir donné l'occasion de présenter mes travaux à plusieurs occasions. Merci aux membres du réseau de recherche « *Sozialfürsorge und Gesundheit in Ost- und Südosteuropa im langen 20.*

Jahrhundert », pour les échanges scientifiques et l'atmosphère amicale qui a marqué toutes nos rencontres. Un très grand merci à Emmanuel Droit pour ses relectures et pour tous ses conseils. Merci à tous ceux qui ont relu les chapitres de ce travail et qui m'ont fait bénéficier de leurs remarques. Je pense à Dylan, Caroline, Romain, Marie, Solenn et Mathieu, ainsi qu'à Rainette et Sophie pour le résumé en allemand.

Durant ces années de thèse, le soutien que m'ont apporté mes amis s'est avéré des plus précieux, de Rennes à Berlin, en passant par Marseille, Londres, Paris et Madrid. Un très grand merci à Dylan, Caroline, Romain, Marie, Fanny, Carole, Matthieu, Isabelle, Barbara, Andreas et Omar. Je remercie tout particulièrement Magnus, Virginie, Gaidig, Solenn et Mathieu pour m'avoir accompagnée et encouragée tout au long de ces années. Merci également à Rainette et à Sophie pour leur soutien à toute épreuve et pour leur amitié.

Je réserve ces derniers mots à ma famille. Merci à ma mère, à ma tante, Martine, à mes sœurs, Cécile et Marie, ainsi qu'à leurs compagnons, Paul et Julien, pour leur soutien constant, pour leur optimisme et pour toute leur affection. Et enfin, merci à Nino, Adèle et Maé, qui ont éclairé ces années de thèse de leur présence.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
PREMIÈRE PARTIE : PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ, DE L'ÉCHELLE DE LA RDA À CELLE DE LA CLINIQUE	43
CHAPITRE 1 : La psychiatrie en RDA, entre indifférence politique et atomisation.....	43
CHAPITRE 2 : La clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (1957-1969) : entre une histoire de la psychiatrie et une histoire sociale du pouvoir communiste.....	83
DEUXIÈME PARTIE : HISTOIRES DE PATIENTS	167
CHAPITRE 3: La clinique psychiatrique : une autre lecture des conflits politiques	168
CHAPITRE 4 : Le parti dans les têtes.....	217
CHAPITRE 5 « Le Mur lui est monté à la tête ». Construction du mur de Berlin et basculement dans la maladie	262
CHAPITRE 6 : Sortie de guerre et Guerre froide « vues d'en bas ».....	310
CONCLUSION.....	388
SOURCES	401
BIBLIOGRAPHIE.....	416
ZUSAMMENFASSUNG.....	440
TABLE DES MATIÈRES.....	476

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABF	<i>Arbeiter- und Bauern-Fakultät</i> , Faculté des ouvriers et des paysans
BArch	<i>Bundesarchiv</i> , archives fédérales
BStU	<i>Bundesbeauftragter für die Stasi-Unterlagen der ehemaligen DDR</i> , mandataire fédéral pour la documentation du service de la Sécurité d'État de l'ex-RDA
DSF	<i>Gesellschaft für deutsch-sowjetische Freundschaft</i> , société pour l'amitié avec l'Union soviétique
FDGB	<i>Freier deutscher Gewerkschaftsbund</i> , confédération syndicale libre allemande
FDJ	<i>Freie Deutsche Jugend</i> , jeunesses allemandes libres
GI	<i>Geheimer Informator</i> , informateur secret
HPAC	<i>Historisches Psychiatriearchiv der Charité</i> , archives psychiatriques de la Charité
IM	<i>Inoffizieller Mitarbeiter</i> , collaborateur officieux
KPD	<i>Kommunistische Partei Deutschlands</i> , parti communiste allemand
LAB	<i>Landesarchiv Berlin</i> , archives régionales de Berlin
LPG	<i>Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaft</i> , coopérative de production agricole
MfG	<i>Ministerium für Gesundheitswesen</i> , ministère de la Santé
MfS	<i>Ministerium für Staatssicherheit</i> , ministère de la Sécurité d'État
NSDAP	<i>Nationalsozialistische deutsche Arbeiterpartei</i> , parti national-socialiste des travailleurs allemands
OA	<i>Oberarzt</i> , médecin chef
RDA	République démocratique allemande (<i>Deutsche Demokratische Republik</i> , DDR)
RFA	République fédérale allemande (<i>Bundesrepublik Deutschland</i> , BRD)
RIAS	<i>Rundfunk im amerikanischen Sektor</i> , radio du secteur américain
SBZ	<i>Sowjetische Besatzungszone</i> , zone d'occupation soviétique
SED	<i>Sozialistische Einheitspartei Deutschlands</i> , parti socialiste unifié d'Allemagne
SPD	<i>Sozialdemokratische Partei Deutschlands</i> , parti social-démocrate allemand
UA HUB	<i>Universitätsarchiv Humboldt Universität Berlin</i> , archives de l'Université Humboldt de Berlin
URSS	Union des républiques socialistes soviétiques
VEB	<i>Volkseigene Betrieb</i> , entreprise propriété du peuple
ZK	<i>Zentralkomitee</i> , Comité Central

INTRODUCTION

1. Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E., et les autres

Paul W. ne peut pas penser de manière marxiste¹ ; Erika E. a perdu confiance dans le parti communiste² ; d'après Ursel H., le mur de Berlin « est monté à la tête » de sa mère³ ; Gertraude T. pense être soumise à des rayons venus de l'Ouest⁴ ; Karl-Heinz E. a un plan pour la réunification des deux Allemagnes⁵.

Qui sont ces individus ? Que partagent-ils ? Pourquoi réunir des bribes de leurs expériences ? Que nous disent-ils de la société dont ils sont issus ? Par quel biais ces éclats de vie sont-ils parvenus jusqu'à nous ? Ces interrogations constituent le fil directeur de ce travail de recherche dont Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E. et bien d'autres sont les principaux acteurs.

Le premier élément que ces individus ont en commun, c'est qu'ils ont tous vécu au sein du même contexte historique, celui de la République Démocratique Allemande des années 1960. S'ils y occupent des positions sociales différentes, de l'ingénieur à la femme au foyer, de l'ouvrier à la magistrate, ils font tous les cinq partie d'une société qui se trouve au cœur d'un projet politique de transformation sociale, mené par le parti au pouvoir (*Sozialistische Einheitspartei Deutschlands*, parti socialiste unifié d'Allemagne). Ces individus font donc l'expérience de la société socialiste de l'intérieur, une société où le pouvoir du parti – à défaut d'être efficace – se fait néanmoins omniprésent⁶. Le second élément que partagent ces individus, c'est qu'ils ont effectué un séjour plus ou moins long au sein d'une clinique psychiatrique de Berlin-Est. Il s'agit de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité, qui appartient au complexe hospitalier du même nom. Ce passage au sein de l'institution psychiatrique a laissé des traces, qui se matérialisent dans leurs dossiers de patient. Et ce sont ces traces qui permettent à l'historien de se pencher sur les expériences de ces individus, ainsi que sur le regard qui est posé sur elles par le savoir psychiatrique.

¹ HPAC [Historisches Psychiatriearchiv der Charité], M 523/62, Krankengeschichte, Zur Erkrankung.

² HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, 27 février 1960 (Exploration).

³ « Die Mauer sei ihr zu Kopf gestiegen. » HPAC, F 532/64, Krankengeschichte, Anamnese, 11 août 1964.

⁴ HPAC, F 186/61, Krankengeschichte, Exploration, 24 mars 1961.

⁵ HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Verlauf, 10 août 1960.

⁶ Sandrine Kott, « Pour une histoire sociale du pouvoir en Europe communiste : introduction thématique », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 49-2, avril-juin 2002, p. 11.

Qu'ils y soient restés quelques semaines ou plusieurs mois, que le diagnostic posé sur eux fasse état d'une névrose, d'une dépression ou d'une schizophrénie, Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T. et Karl-Heinz E. ont donc endossé les habits de patients d'une clinique psychiatrique et ont été considérés comme tels durant la durée de leur hospitalisation. Si les expériences sociales de ces individus prennent une forme plus ou moins exacerbée, si le discours médical – par l'attribution du diagnostic – les insère dans la sphère du pathologique, elles n'en restent pas moins inscrites dans le contexte historique et social dont ils sont issus. C'est l'hypothèse de départ qui sous-tend ce travail de recherche. Il ne s'agit pas de remettre en cause la réalité des troubles psychiques et mentaux dont ont souffert les patients, « en considérant la maladie mentale, parce qu'elle est mentale, comme une construction sociale »⁷. Il ne s'agit pas non plus de lire les expériences des patients uniquement au travers des catégories psychopathologiques produites par le discours médical. Tout en prenant en compte le regard qui est porté sur elles par le savoir psychiatrique, l'objectif de ce travail consiste à reconstituer les expériences et les trajectoires des patients, en les inscrivant dans « le contexte (ou plutôt les contextes) qui [leur] donne sens et forme »⁸. La clinique psychiatrique est appréhendée comme un observatoire permettant de saisir, à partir de ses principaux acteurs, certaines des tensions qui traversent la société socialiste.

Comme en attestent les sources, les patients peuvent y prendre la parole selon des modalités qui diffèrent de celles en vigueur à l'extérieur. Parce qu'ils sont avant tout appréhendés comme des patients, parce que leurs mots sont perçus comme autant de signes de leur maladie, ces individus peuvent aborder des sujets ordinairement passés sous silence dans le contexte de la société socialiste. Partant de l'analyse d'un matériau archivistique inédit – les dossiers de patients –, cette recherche opère ainsi un changement de perspective dans la façon d'aborder l'institution psychiatrique au sein d'un contexte dictatorial. La clinique psychiatrique n'apparaît pas comme un instrument au service de la dictature, où les opposants se voient réduits au silence, mais comme un espace au sein duquel, parce qu'elle est enfermée dans un diagnostic, la parole peut finalement se libérer. Les patients ne sont pas perçus comme des victimes du pouvoir psychiatrique, mais comme des acteurs, dont il s'agit de reconstituer les expériences singulières et les trajectoires individuelles. C'est donc par la porte de l'institution psychiatrique, et plus particulièrement par la voix de ses patients, que nous souhaitons entrer dans la société socialiste. Cette étude s'articule autour d'une approche *par le bas et à la marge* de la société de RDA, et s'inscrit dans deux courants historiographiques majeurs, entre une

⁷ Alain Ehrenberg, « Préface », in Livia Velpri, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008, p. 13.

⁸ Jacques Revel, « Présentation », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Seuil, 1996, p. 12.

histoire sociale de la RDA et une histoire de la psychiatrie en RDA.

2. La société de RDA, un objet de recherche légitime ?⁹

Si notre travail de recherche s'inscrit bien dans une perspective d'histoire sociale, faire l'histoire de la société de RDA n'est pas toujours allé nécessairement de soi. Comme l'écrit l'historien allemand Thomas Lindenberger à la fin des années 1990, « dix ans après sa fin, parler d'une "société" de RDA, est tout sauf naturel »¹⁰. Les sociétés de type soviétique, comme celle de la RDA, soumises au projet politique de transformation sociale mené par les régimes communistes, présentent-elles des logiques sociales autonomes ? Ont-elles été réduites à néant par une domination du parti qui se serait avérée absolue ? Finalement, est-il seulement possible de restituer l'histoire de ces sociétés, à l'instar de celle de la société est-allemande ? Face à cette question, qui ouvre une réflexion plus vaste concernant le rapport entre social et politique, deux courants historiographiques s'opposent. Si l'école totalitariste y répond par la négative, les partisans d'une histoire sociale, dans les pas desquels nous nous inscrivons, se font nettement plus optimistes.

Pour les tenants du paradigme totalitaire, qui s'impose après la Seconde Guerre mondiale, les sociétés de type soviétique ne constituent pas un objet d'étude légitime¹¹. Selon ce modèle explicatif, l'interprétation des systèmes communistes ne peut se faire qu'à travers une grille de lecture essentiellement politique, la focale étant placée sur les formes politiques institutionnelles et non sur les acteurs. L'étude des organes de domination et de répression se fait alors première, la société n'étant appréhendée ici que comme un simple objet, réduit à néant par la domination du parti. Issu de la science politique, ce modèle explicatif a été appliqué par l'ensemble des sciences humaines et a longtemps dominé le champ universitaire et politique. Dans les premières années de la Guerre froide, il est ainsi utilisé pour dénoncer les régimes communistes, au sein desquels la société ne serait plus qu'une matière inerte qu'il

⁹ Pour un bilan historiographique précis portant sur l'écriture de l'histoire sociale de la RDA (en comparaison avec celle de la Pologne), voir : Michel Christian, Emmanuel Droit, « Écrire l'histoire du communisme : l'histoire sociale de la RDA et de la Pologne communiste en Allemagne, en Pologne et en France », in *Genèses*, 61, décembre 2005, p. 118-133. Voir également : Sandrine Kott, « La RDA dans la recherche historique allemande. De la "Seconde dictature" à l'histoire politique au quotidien », in *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 68, 2002, p. 24-29. Dans son plaidoyer pour « une histoire sociale du pouvoir en Europe communiste », Sandrine Kott dresse un bilan historiographique portant sur l'histoire de la RDA et des sociétés de l'Europe communiste : Sandrine Kott, « Pour une histoire sociale... », *op. cit.*, p. 5-23. Le retour historiographique que nous opérons ici s'appuie largement sur la lecture de ces articles.

¹⁰ « Von einer "Gesellschaft" der DDR zu reden, ist auch zehn Jahre nach ihrem Ende noch immer alles andere als selbstverständlich. » Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung », in Thomas Lindenberger (dir.), *Herrschaft und Eigen-Sinn in der Diktatur. Studien zur Gesellschaftsgeschichte der DDR*, Cologne, Böhlau Verlag, 1999, p. 13-44, ici p. 13.

¹¹ Sur l'histoire de l'approche totalitaire, voir : Enzo Traverso (textes choisis et présentés par), *Le totalitarisme. Le XX^e siècle en débat*, Paris, Seuil, 2001, p. 87-92.

s'agirait de modeler en suivant les lignes directrices d'un projet idéologique « total »¹².

Dès les années 1970, alors que la Guerre froide entre dans une période de détente, des critiques se font entendre vis-à-vis du modèle totalitaire. Elles sont tout d'abord le fait d'historiens américains de l'Union soviétique, au premier rang desquels on trouve les historiens Sheila Fitzpatrick et Moshe Lewin¹³. Prenant le contre-pied du paradigme totalitaire, les historiens « révisionnistes » plaident pour un retour de la société au centre de l'analyse, pour une histoire sociale « vue d'en bas ». De simples objets passifs victimes des prétentions totalitaires du régime, les individus qui composent la société deviennent des acteurs historiques à part entière, dont les logiques d'action peuvent conserver une part d'autonomie. Une attention nouvelle est ainsi portée aux phénomènes sociaux qui prennent place au sein des régimes communistes. Les études sur la RDA connaissent une évolution similaire, qui se concrétise en Allemagne de l'Ouest par la naissance de la « recherche sur la RDA » (*DDR-Forschung*). Ce courant minoritaire est porté par un groupe de sociologues et de politistes, autour de Peter Christian Ludz et Gert-Joachim Glaeßner. Il se développe également dans une période de détente, dans le sillage de la politique de rapprochement mené par le chancelier Willy Brandt (*Ostpolitik*). Il s'agit pour ces chercheurs de dépasser la logique de comparaison systématique avec l'Ouest et de tenter de comprendre la RDA dans son contexte propre, dans sa singularité historique. L'histoire sociale doit ainsi permettre de dégager des tendances profondes de la société et de l'économie, l'idée d'un possible rapprochement entre les deux États se trouvant en arrière-plan de ce courant de pensée. Cette approche, désignée sous l'expression d'« immanence critique » (*kritische Immanenz*), postule l'existence d'une société autonome du pouvoir du parti et de l'État. Dès les années 1970, que le terrain d'enquête soit celui de l'Union soviétique comme de la RDA, le paradigme totalitaire se voit ainsi remis en cause, la société étant hissée au rang d'objet d'étude légitime.

Cependant, au début des années 1990, suite à la chute des régimes communistes, ce modèle explicatif connaît une brusque résurgence dans le paysage historiographique¹⁴. En

¹² Voir notamment : Carl Joachim Friedrich, Zbigniew Brzezinski, *Totalitarian Dictatorship and Autocracy*, Cambridge, Harvard University Press, 1956.

¹³ Moshe Lewin, *La formation du système soviétique : essais sur l'histoire sociale de la Russie dans l'entre-deux-guerres*, Paris, Gallimard, 1987 ; Moshe Lewin, *Le siècle soviétique*, Paris, Fayard, 2003 ; Sheila Fitzpatrick (dir.), *Russia in the Era of the NEP : Explorations in Soviet Society and Culture*, Bloomington, Indiana University Press, 1991 ; Sheila Fitzpatrick, *Le stalinisme au quotidien : la Russie soviétique dans les années 1930*, Paris, Flammarion, 2002. Pour un bilan historiographique succinct portant sur l'histoire de l'URSS stalinienne, voir : Susanne Schattenberg, « Der neue Mensch. Jüngste Entwicklung in der Stalinismusforschung », in *Potsdamer Bulletin für Zeithistorische Studien*, 26/27, 2002, p. 7-19. Que le terrain d'enquête soit celui de l'URSS ou de la RDA, les évolutions historiographiques sont tout à fait comparables, l'attention portée au sujet se retrouve ainsi dans les courants historiographiques les plus récents. À ce sujet, voir : Sheila Fitzpatrick, *Stalinism. New directions*, Londres, Routledge, 2000.

¹⁴ Sur le cas particulier de la RDA, voir : Jay Rowell, « L'étonnant retour du "totalitarisme". Réflexions sur le "tournant" de 1989 et l'historiographie de la RDA », in *Politix*, 47, 1999, p. 131-150 ; Emmanuel Droit, « Le

Allemagne, le retour en force d'une lecture totalitaire s'explique à la fois par l'ouverture des archives et la découverte de l'ampleur des pratiques de surveillance et de répression, mais également par une demande politique, qui vise, en condamnant la RDA, à légitimer les valeurs de la RFA. En témoigne le projet de la Commission d'enquête du Bundestag consacré au « traitement de l'histoire et des conséquences de la dictature du SED en Allemagne »¹⁵. Les caractérisations pour désigner la RDA témoignent alors pleinement du renouveau de la grille de lecture totalitaire, la RDA devenant l'« État-SED », ou encore la « seconde dictature allemande ». En 1992, s'inscrivant directement dans ce courant, la politiste allemande Sigrid Meuschel propose une interprétation « sociologique » du phénomène totalitaire¹⁶. D'après son analyse, l'omniprésence du pouvoir politique empêcherait le développement indépendant des différents sous-systèmes d'une société devenue paralysée (*stillgelegte Gesellschaft*). Sigrid Meuschel évoque ainsi une société « déformée », « réduite à néant » par les prétentions totalitaires de l'État et du parti. La société de RDA ne serait rien d'autre que l'envers des prérogatives du parti, qui constituerait ainsi, avec l'État, le seul acteur historique véritablement actif et autonome¹⁷. Selon cette approche, les actions historiques seraient ainsi entièrement déterminées par le discours idéologique, dans « une sorte d'automatisme entre pensées et actions qui feraient de ces dernières le produit des premières »¹⁸. Aux intentions de l'État et du parti correspondraient ainsi systématiquement les réalisations dans la sphère du social. Suivant cette interprétation, une histoire sociale de la RDA n'aurait aucun intérêt scientifique, l'objet de ses recherches n'ayant aucune réalité autonome. Comme le souligne l'historienne Sandrine Kott, « cette approche, très largement critiquée, a été féconde car elle a posé de manière explicite la question de la place de la société dans un régime dictatorial et plus généralement celle du rapport entre le social et le politique »¹⁹.

C'est une question dont s'emparent en effet rapidement les historiens du social, qui

moment totalitaire de l'historiographie sur la RDA après 1989 : de la résurgence à l'essoufflement », in Jean Baudouin, Bernard Bruneteau (dir.), *Le totalitarisme. Un concept et ses usages*, PUR, Rennes, 2014, p. 161-178.

¹⁵ Les résultats de cette commission d'enquête sont publiés sous la forme suivante : *Materialien der Enquete-Kommission « Aufarbeitung von Geschichte und Folgen der SED-Diktatur in Deutschland »*, Berlin, 1995, Nomos Verlag.

¹⁶ Siegrid Meuschel, *Legitimation und Parteiherrschaft in der DDR. Zum Paradox von Stabilität und Revolution in der DDR 1945-1989*, Francfort, Suhrkamp, 1992. Du même auteur, voir également : « Überlegungen zu einer Herrschafts- und Gesellschaftsgeschichte der DDR », *Geschichte und Gesellschaft*, 19, 1993, p. 5-14.

¹⁷ L'historien allemand Thomas Lindenberger résume ainsi l'approche totalitaire : « L'entière de la histoire de la RDA est réduite à l'effet d'une seule force motrice politico-intellectuelle, à savoir la volonté du parti ». (*Die Gesamtheit der DDR-Geschichte wird auf die Wirkung einer einzigen politisch-geistigen Triebkraft, nämlich des Willens der Partei, reduziert.*) Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung. », *op. cit.*, p. 16.

¹⁸ Michel Christian, Emmanuel Droit, *op. cit.*, p. 121.

¹⁹ Sandrine Kott, « La RDA dans la recherche historique allemande... », *op. cit.*, p. 27.

mettent en avant les limites méthodologiques du modèle totalitaire. Il s'agit alors de dépasser le discours que les régimes communistes tenaient sur eux-mêmes pour analyser les fonctionnements sociaux. Le premier ouvrage consacré à l'histoire sociale de la RDA paraît ainsi en 1994, et suit une approche classique d'histoire sociale²⁰. Jürgen Kocka y évoque une « société dominée de part en part » (*eine durchherrschte Gesellschaft*), soulignant par cette expression l'impossibilité de penser la société sans tenir compte de l'exigence de domination du SED²¹. Comme le montrent les études empiriques, cela ne signifie pas que la société de RDA ne comporte pas de logiques de fonctionnement qui lui sont propres. Si la société ne peut être pensée en dehors de la sphère politique, elle n'est pas pour autant dépourvue de processus sociaux autonomes. Sans occulter la spécificité des conditions politiques de la RDA, il est donc possible de faire l'histoire d'une « société dominée de part en part ». Dans le champ historiographique consacré à la RDA, la société retrouve le statut d'objet de recherche légitime. Se pose alors la question des « limites de la dictature », qui se trouve au cœur de l'ouvrage dirigé par Richard Bessel et Ralph Jessen et qui paraît en 1996²². Comme en attestent les travaux d'histoire sociale, la domination du SED ne se fait pas totale et se heurte à des limites qu'elles soient externes (en lien avec l'héritage historique ou la situation géopolitique), internes, ou liées au fonctionnement même du système communiste. En ce qui concerne « les limites internes », elles sont notamment issues de la permanence de certaines structures sociales ou de traditions professionnelles, comme le montrent les travaux consacrés au groupe professionnel des médecins ou à celui des professeurs d'université²³.

Mais finalement, en se penchant sur les « limites de la dictature », ne risque-t-on pas d'appréhender la société uniquement dans sa capacité à faire face aux exigences de domination, dans sa capacité à résister aux prétentions totalitaires du régime, et donc selon des catégories de pensée qui restent bien celles du régime communiste ? Ne risque-t-on pas de faire de la dictature – et non de la société – le principal acteur de l'histoire que l'on souhaite raconter ? Ces questionnements motivent une nouvelle approche de la société de RDA, dont

²⁰ Hartmut Kaelble, Jürgen Kocka, Hartmut Zwahr (dir.), *Sozialgeschichte der DDR*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1994.

²¹ Jürgen Kocka, « Eine durchherrschte Gesellschaft », in Hartmut Kaelble, Jürgen Kocka, Hartmut Zwahr (dir.), *op. cit.*, p. 547-553.

²² Richard Bessel, Ralph Jessen (dir.), *Die Grenzen der Diktatur : Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1996.

²³ Anna Sabine Ernst, « Von der bürgerlichen zur sozialistischen Profession ? Ärzte in der DDR, 1945-1961 », in Richard Bessel, Ralph Jessen (dir.), *op. cit.*, p. 25- 48. Du même auteur, « Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus ». *Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961*, Münster, Waxmann, 1997. Sur les professeurs d'université : Ralph Jessen, « Vom Ordinarius zum sozialistischen Professor. Die Neukonstruktion des Hochschullehrerberufs in der SBZ/DDR, 1945-1969 », in Richard Bessel, Ralph Jessen, *op. cit.*, p. 76-107. Du même auteur : *Akademische Elite und kommunistische Diktatur. Die ostdeutsche Hochschullehrerschaft in der Ulbricht-Ära*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1999.

l'initiative revient en premier lieu à l'historien Thomas Lindenberger²⁴. S'inscrivant dans la tradition de Max Weber, il s'appuie sur une approche relationnelle du pouvoir. La domination est ici entendue comme une interaction, qui ne peut exister que comme telle. Elle ne se construit pas seulement sur la contrainte, mais repose également sur le consentement des sujets qu'elle entend soumettre. Si elle se fait selon des termes asymétriques, c'est bien d'une relation d'échange dont il est ici question. Au concept de domination (*Herrschaft*), Thomas Lindenberger associe celui d'*Eigen-Sinn*²⁵, qu'on peut traduire par « quant à soi ». Ce concept renvoie à l'idée de logiques sociales propres, qu'elles soient individuelles ou collectives, à la capacité des individus de donner leur *propre* sens à la relation qui les lie au régime. À partir de ce couple notionnel (*Herrschaft / Eigen-Sinn*), la domination est entendue comme une pratique sociale (*Herrschaft als soziale Praxis*), que l'on peut observer en déplaçant la focale à l'échelle micro. Les phénomènes d'appropriation et d'interprétation des structures de la domination par les « dominés » se trouvent au cœur de cette approche, qui se concentre sur les individus perçus comme des acteurs dans un cadre interactionnel. Selon cette approche, « la domination n'est pas seulement un assujettissement mais aussi une forme de subjectivation, elle n'implique pas seulement du côté des dominés des calculs d'intérêts mais des formes de construction de soi »²⁶. L'attention portée aux sujets, aux sens qu'ils peuvent donner à la relation de domination dont ils constituent l'un des pôles, ainsi que l'approche micro-historique qui est ici privilégiée constituent les lignes directrices de cette nouvelle façon de questionner la société de RDA.

On retrouve des réflexions parallèles dans les travaux des historiens français qui se penchent sur la RDA, au premier rang desquels Sandrine Kott, dont les recherches sur les entreprises d'État ont inspiré nombre de jeunes chercheurs²⁷. Au cœur de sa démarche se trouve une définition du pouvoir qui se fait également relationnelle, dans la tradition de Michel Foucault et de ce qu'il désigne sous le terme de « micro-physique du pouvoir »²⁸. La domination est perçue comme une relation d'échange et « c'est dans cet échange que le sujet

²⁴ Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung. », *op. cit.*, p. 13-44.

²⁵ Ce terme a été utilisé par l'historien du quotidien Alf Lüdtke, dans son étude du monde de l'entreprise. Voir notamment : *Des ouvriers dans l'Allemagne du XX^e siècle. Le quotidien des dictatures*, Paris, L'Harmattan, 2000. Sur l'utilisation de ce concept par les historiens, voir : Thomas Lindenberger, « Eigen-Sinn, Herrschaft und kein Widerstand », in *Docupedia-Zeitgeschichte*, <http://docupedia.de/zg/Eigensinn>, consulté le 4 octobre 2015.

²⁶ Michel Christian, Emmanuel Droit, *op. cit.*, p. 123.

²⁷ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien. Les entreprises d'État dans la société est-allemande*, Paris, Belin, 2001.

²⁸ Il s'agit ici de « comprendre comment le pouvoir traverse les "sujets", mais également comment il "prend appui sur eux, tout comme eux-mêmes, dans leur lutte contre lui, prennent appui à leur tour sur les prises qu'il exerce sur eux" ». Sandrine Kott, « Pour une histoire sociale du pouvoir... », *op. cit.*, p. 12. L'historienne cite ici les propos de Michel Foucault (Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 35).

devient acteur des mécanismes de domination »²⁹. Cette approche s'intéresse particulièrement aux processus d'appropriation et d'intériorisation des normes produites par le régime, aux logiques de construction des identités individuelles. Les acteurs et les interactions de pouvoir se trouvent bien au centre de la réflexion des chercheurs français qui se penchent sur la RDA, comme en témoignent les travaux de Jay Rowell sur les politiques du logement³⁰, d'Emmanuel Droit sur l'école socialiste³¹ ou encore de Michel Christian sur le parti communiste³². Les terrains de recherche n'apparaissent pas ici comme des objets d'étude en soi mais bien plus comme des observatoires permettant de saisir les modalités selon lesquelles logiques sociales et logiques politiques s'expriment et s'enchevêtrent au sein de la société socialiste. C'est une perspective socio-historique qui est privilégiée, les concepts et théories issus de la sociologie étant utilisés afin d'éclairer d'une autre lumière la réalité sociale de la RDA. Utiliser ces outils de compréhension – qui ont été forgés pour comprendre le fonctionnement social d'États pluralistes – permet d'éviter une lecture essentialiste du régime communiste et d'observer avec un regard neuf ce qui se joue au sein de la société socialiste³³.

C'est bien dans cette démarche, inspirée par les travaux de Thomas Lindenberger et de Sandrine Kott, que nous souhaitons inscrire notre travail, faisant des patients d'une clinique psychiatrique les principaux acteurs de l'histoire que nous souhaitons raconter. Il s'agit ici d'ouvrir les portes de l'institution psychiatrique, afin d'interroger les expériences des patients et ce qu'elles nous disent de la relation que ces acteurs entretiennent avec le contexte politique et idéologique de la RDA. Questionnement central pour l'historiographie de la RDA, le rapport entre société et politique se trouve au centre de la réflexion que nous entendons mener, à l'échelle de l'individu, de ses pratiques et de ses représentations. En nous penchant sur les patients d'une institution psychiatrique, nous déplaçons également notre regard vers la marge de la société socialiste. Durant la durée de leur hospitalisation, ces individus – devenus patients – sont en effet coupés de leur quotidien, de leurs inscriptions sociales, du monde dans lequel ils vivent. En ce qui concerne les patients psychiatisés, la stigmatisation qui accompagne un diagnostic de maladie mentale accentue encore ce processus de marginalisation. Cette situation marginale sera ici interrogée pour sa valeur heuristique, en

²⁹ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien...*, op. cit., p. 16.

³⁰ Jay Rowell, *Le totalitarisme au concret. Les politiques du logement en RDA 1945-1989*, Paris, Economica, 2005.

³¹ Emmanuel Droit, *Vers un homme nouveau ? L'éducation socialiste en RDA (1949-1989)*, Rennes, PUR, 2009.

³² Michel Christian, « Parti et société en RDA et en Tchécoslovaquie. Une histoire comparée des partis communistes au pouvoir du début des années 1950 à la fin des années 1970 », thèse de doctorat en histoire, soutenue en 2011 (non publiée), Université de Genève / Université Paris 8.

³³ Jay Rowell, « Socio-Histoire der Herrschaft », in Emmanuel Droit, Sandrine Kott (dir.), *Die ostdeutsche Gesellschaft. Eine transnationale Perspektive*, Berlin, Links, 2006, p. 26-34, ici p. 26-27.

tant qu'observatoire privilégié des logiques et tensions qui traversent l'ensemble de la société. Comme l'écrit l'historien Bernard Vincent, « le discours des marginaux – et plus encore le discours sur les marginaux – nous révèle les consensus et les préoccupations de la société globale »³⁴. Si les travaux d'Arlette Farge portant sur le XVIII^e siècle français ont largement ouvert la voie, plusieurs études récentes ont adopté cette perspective, afin de questionner les fondements de la société socialiste. Interroger la catégorie juridique des « asociaux », la façon dont elle est construite par les autorités de RDA, les trajectoires de ceux qui sont désignés comme tels, permet ainsi de souligner, en négatif, ce qui doit faire l'essence de la société socialiste³⁵. Si elle place également la focale vers la marge de la société, notre approche se fait quelque peu différente. La marge apparaît ici comme un lieu où certaines des tensions inhérentes à la société et habituellement tues, peuvent être dites, parce qu'elles sont appréhendées dans un contexte spécifique. C'est parce que les individus – en tant que patients de psychiatrie – se trouvent à la marge de la société socialiste, qu'ils disposent de possibilités de prise de parole (et d'écoute) différentes de celles en vigueur à l'extérieur.

Si notre démarche, qui privilégie une approche *par le bas et à la marge*, s'inscrit dans plusieurs courants historiographiques consacrés à la société de RDA, elle se fait tout à fait originale dans le champ historiographique sur la psychiatrie en RDA, tel qu'il se développe depuis la chute du mur de Berlin.

3. La production historiographique sur la psychiatrie en RDA

Au sein du paysage historiographique allemand consacré à l'histoire de la psychiatrie, peu nombreux sont les travaux qui se penchent sur la RDA. De manière générale, l'histoire de la psychiatrie allemande d'après-guerre constitue un champ de recherche relativement peu exploité, en comparaison avec d'autres périodes historiques comme le XIX^e siècle ou la période national-socialiste. Cet état de fait est particulièrement étonnant dans la mesure où,

³⁴ Bernard Vincent, « Présentation », in Bernard Vincent (dir.), *Les marginaux et les exclus dans l'histoire*, Cahiers Jussieu, Université Paris Diderot, Paris, 1979, p. 7-15, ici p. 12.

³⁵ Sur la question de la marginalité au sein de la société socialiste, on peut se référer aux travaux portant sur la catégorie juridique des « asociaux » (à travers laquelle est défini non seulement ce qui est étranger au socialisme mais également ce qui lui est essentiel), voir : Thomas Lindenberger, « "Asociality" and Modernity. The GDR as a Welfare Dictatorship », in Katherin Pence, Paul Betts (dir.), *Socialist Modern. East German Everyday Culture and Politics*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2008, p. 211-233 ; Thomas Lindenberger, « "Asoziale Lebensweise". Herrschaftslegitimation, Sozialdisziplinierung und die Konstruktion eines "negativen Milieus" in der SED-Diktatur », in *Geschichte und Gesellschaft*, 31(2), 2005, p. 227-254 ; Sven Korzilius, « Asoziale » und « Parasiten » im Recht der SBZ/DDR. *Randgruppen in Sozialismus zwischen Repression und Ausgrenzung*, Cologne, Böhlau Verlag, 2005. Pour une approche centrée sur les trajectoires de ces individus désignés comme « asociaux », voir : Sandrine Kott, « Die "Arbeiterklasse an der Macht" : die Geschichte der DDR aus der Randperspektive », in Belinda Davis, Thomas Lindenberger, Michael Wildt (dir.), *Alltag, Erfahrung, Eigensinn. Historisch-anthropologische Erkundungen*, Francfort sur le Main / New York, Campus, 2008, p. 458-471.

peu de temps après la chute du Mur, l'intérêt public suscité par la psychiatrie en RDA se fait particulièrement fort.

Dans les années 1990, on assiste en effet à la multiplication de publications à ce sujet dans les médias allemands. Au printemps 1990, l'hebdomadaire *Der Stern* publie une série d'articles consacrés à la « clinique de la *Stasi* de Waldheim », qui fait de cet établissement le symbole d'une instrumentalisation de la psychiatrie à des fins politiques³⁶. Des parallèles sont rapidement tirés entre la situation en Union soviétique – où des internements abusifs d'opposants politiques ont été avérés – et celle de la RDA³⁷. Le cas soviétique, dont l'Institut Serbski à Moscou constitue le symbole, jette une ombre de suspicion sur le champ psychiatrique est-allemand, comme sur l'ensemble des psychiatries de l'ancien Bloc de l'Est. Dans ce contexte, où le paradigme totalitaire retrouve un second souffle, faisant de la RDA la « seconde dictature allemande », les publications à sensation fleurissent, au sein desquelles plusieurs institutions psychiatriques de l'ex-RDA font l'objet d'accusations particulièrement graves³⁸.

La polémique enfle rapidement, ce qui incite les pouvoirs publics à se saisir de ce dossier délicat. Dans quatre des cinq nouveaux *Länder* (Saxe, Saxe-Anhalt, Brandebourg, Thuringe) ainsi qu'à Berlin, des commissions d'expertise sont donc mises en place au cours des années 1990³⁹. Elles ont pour objectif de déterminer, preuves à l'appui, s'il y a eu ou non une utilisation abusive de la psychiatrie en RDA, afin de faire disparaître les voix dissidentes. Ces commissions sont composées de spécialistes de l'Ouest comme de l'Est et suivent une procédure relativement similaire : elles enquêtent sur les plaintes formulées par d'anciens usagers ou par leurs proches, réalisent des entretiens, consultent des archives de diverse

³⁶ Voir : *Der Stern*, numéros du 26 avril 1990, du 3 mai 1990 et du 10 mai 1990.

³⁷ En URSS, et ce dès la seconde moitié des années 1960, des dissidents politiques sont internés abusivement dans des hôpitaux psychiatriques « spéciaux » dépendant du ministère de l'Intérieur, afin de les réduire au silence. Cette pratique s'intensifie au cours des années 1970. Le diagnostic de « schizophrénie latente » joue ici un rôle central, puisqu'il permet de désigner un individu comme étant malade sans la manifestation du moindre symptôme. Les contours de ce diagnostic se font par ailleurs si mouvants qu'il peut prêter aux interprétations les plus diverses, afin de justifier la nécessité d'un internement. Cette instrumentalisation de la psychiatrie, qui suscite critiques et indignation de la part de la scène internationale comme de plusieurs psychiatres soviétiques, ne cesse définitivement qu'à la fin des années 1980. Sur l'utilisation abusive de la psychiatrie à des fins politiques en URSS, voir notamment : Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Russia's Political Hospitals : The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union*, Londres, Gollancz, 1977 ; Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Soviet Psychiatric Abuse. The Shadow over World Psychiatry*, Londres, Gollancz, 1984 ; Therera C. Smith, Thomas A. Oleszczuk, *No Asylum : State Psychiatric Repression in the Former USSR*, New York, New York University Press, 1996 ; Ian Henry Spencer, *An investigation of the relationship of Soviet psychiatry to the State*, thèse de doctorat non publiée, Université de Glasgow, 1997. Pour un aperçu rapide sur le sujet, voir : Sonja Süß, *Politisch missbraucht ? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Berlin, Links, 1998, p. 18-27.

³⁸ Le point culminant est la diffusion du documentaire d'Ernst Klee, « Die Hölle von Ueckermünde – Psychiatrie in der DDR » en avril 1993, sur la chaîne ARD. Il y montre les conditions de vie indignes de patients lourdement handicapés d'un service de l'hôpital d'Ueckermünde, en généralisant cette situation à l'ensemble des institutions psychiatriques de RDA. À ce sujet, voir : Sonja Süß, *op. cit.*, p. 69-83.

³⁹ Sur les conclusions tirées par chacune de ces commissions, voir : Sonja Süß, *op. cit.*, p. 100-114.

provenance, dont des dossiers issus des services du ministère de la Sécurité d'État. Au terme de leurs investigations, ces commissions parviennent à des conclusions similaires : une utilisation de la psychiatrie dans un but politique, sur le modèle soviétique, n'est pas avérée en RDA. Si toutes les commissions ont pu constater certaines formes de violations du droit des patients ou d'abus dans l'encadrement des usagers, elles récusent un emploi systématique de la psychiatrie comme instrument de répression politique, qui aurait pris la forme d'internements massifs d'opposants ou de dissidents sains d'esprit. Ces résultats, qui sont rendus publiques lors de conférences de presse, suscitent beaucoup moins d'attention de la part des médias que les sujets décrivant la psychiatrie en RDA comme une antichambre de la *Stasi*.

En 1998, la psychiatre Sonja Süß revient sur ce sujet dans une étude consacrée plus spécifiquement aux relations entre la psychiatrie et les services du ministère de la Sécurité d'État⁴⁰. Sonja Süß a participé aux commissions d'experts des années 1990 et livre ici le résultat d'une enquête menée sur plusieurs années au contact direct des archives de la *Stasi*. L'objectif de cette étude particulièrement détaillée est d'établir quelles relations ces deux institutions (l'institution psychiatrique et la police politique) ont entretenues au cours des quarante années d'existence de la RDA, et de déterminer, à l'aide de ce nouveau matériau archivistique, si la psychiatrie a pu, d'une façon ou d'une autre, être instrumentalisée par les autorités communistes. Les résultats de son enquête rejoignent les conclusions tirées par les commissions d'expertise : d'après les archives consultées, la psychiatrie n'a pas été utilisée en RDA comme un instrument de répression politique⁴¹. On peut constater des formes de violations du droit des patients, dans la mesure où certains médecins (une minorité) ont rompu le secret médical en livrant des informations à la *Stasi*, faisant passer leur rôle d'informateur avant l'éthique médicale ; lors des grandes manifestations politiques, ordre était également donné aux responsables des institutions psychiatriques d'éviter la sortie de patients potentiellement perturbateurs, ce qui n'était pas toujours respecté. Les dossiers de la *Stasi* révèlent un certain nombre d'abus ou de dysfonctionnements mais dans l'ensemble, ces deux institutions n'ont pas véritablement *collaboré* et à aucun moment on ne peut constater l'influence de la police politique dans l'établissement du diagnostic ou la mise en œuvre du soin thérapeutique. La psychiatrie en RDA est donc bien loin de correspondre à l'image caricaturale qui fait de toutes les psychiatries du Bloc de l'Est de simples instruments au service des autorités communistes.

Dans les années qui suivent la chute du Mur, la psychiatrie en RDA est donc tout d'abord étudiée sous l'angle de son éventuelle instrumentalisation. Si les résultats obtenus

⁴⁰ Sonja Süß, *op. cit.*

⁴¹ Voir notamment la conclusion finale de Sonja Süß, *op. cit.*, p. 736-742.

contredisent l'idée d'une psychiatrie au service du régime, c'est bien le paradigme totalitaire qui sous-tend les travaux qui font alors de la psychiatrie leur objet de recherche : l'objectif est braqué sur l'appareil répressif (la police politique), et les relations de domination qui traversent la société de RDA sont perçues comme des relations simplement verticales et descendantes, les patients des services psychiatriques étant considérés comme des victimes potentielles du régime communiste. Après la publication de l'ouvrage de Sonja Süß, il faut attendre plusieurs années pour que la psychiatrie en RDA suscite à nouveau l'intérêt des historiens, selon une démarche qui laisse de côté le modèle explicatif totalitaire.

Paru en 2002, l'ouvrage de l'historienne Sabine Hanrath s'inscrit bien dans les évolutions que connaît alors le paysage historiographique consacré à l'étude de la RDA⁴². Ce travail de recherche se penche sur la situation de deux établissements psychiatriques, situés de part et d'autre du Rideau de fer, entre 1945 et 1961. À partir de ces études de cas, il s'agit d'interroger la césure de 1945 dans l'histoire des deux psychiatries allemandes, de cerner l'influence des contextes politiques et sociaux dans le chemin pris par les psychiatries allemandes, de la gestion de l'héritage national-socialiste à l'émergence d'aspirations réformatrices. Sabine Hanrath joue avec différentes échelles d'analyse (échelles locale, régionale et étatique), en prenant soin d'éclairer ses résultats empiriques à la lumière de plusieurs contextes explicatifs. Finalement, pour la période de l'immédiat après-guerre et jusqu'à la construction du mur de Berlin, plus que les différences, ce sont les similarités qui l'emportent quand on compare la psychiatrie pratiquée en RFA et en RDA. Cette approche permet de réinscrire la psychiatrie en RDA dans un contexte plus vaste, en montrant non seulement les ruptures qui la caractérisent mais également et surtout les lignes de continuités qui la traversent, qu'elles soient temporelles (dépassant la césure de 1945) ou spatiales (franchissant le Rideau de fer). Prenant le contre-pied du paradigme totalitaire qui fait de la société de RDA une société « paralysée » ou « réduite à néant », Sabine Hanrath inscrit son étude dans une perspective développée par les historiens du social, qui soulignent les limites auxquelles se heurtent les prétentions totalitaires du régime. Les résultats de sa recherche font en effet état d'une certaine autonomie du champ psychiatrique vis-à-vis du pouvoir politique. Quand on se penche sur l'échelle locale, le paysage psychiatrique apparaît non pas comme une unité homogène, modelée selon les directives centrales du parti, mais bien plus comme un ensemble différencié (l'échelle de l'établissement joue un rôle central dans la mise en place de réformes). Dans le cadre de son étude régionale consacrée aux établissements psychiatriques

⁴² Sabine Hanrath, *Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg : ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn, Schöningh, 2002.

du Brandebourg, l'historien Wolfgang Rose parvient à des conclusions comparables⁴³. C'est également une analyse à l'échelle locale qui est privilégiée ici, l'historien se penchant sur « le quotidien psychiatrique » de ces établissements durant une période allant de l'occupation soviétique jusqu'à la chute du Mur. Il souligne la relative autonomie qui caractérise ces institutions, les directeurs disposant d'une marge de manœuvre non négligeable en l'absence de ligne centrale clairement définie par le ministère de la Santé. Au pays du centralisme démocratique, le champ psychiatrique de RDA apparaît finalement comme éclaté.

L'importance du contexte local est également l'un des résultats avancés par l'historiographie américaine qui s'est intéressée au champ psychiatrique est-allemand, suivant une réflexion plus globale portant sur les interactions entre science et politique. Ainsi, dans l'étude qu'elle propose au sujet de l'utilisation des classifications psychiatriques en RDA, l'historienne Christine Leuenberger souligne également l'importance des données locales dans l'adoption d'une classification au profit d'une autre (l'influence du chef de service ou de la direction jouant ici un rôle central)⁴⁴. Comme le montre l'exemple de la psychiatrie, les développements de la science en RDA doivent être replacés dans un double contexte scientifique, à la fois international et local. Dans un article paru en 2002 et intitulé « A-t-il existé une psychiatrie communiste ? », l'historien Greg Eghigian pose quant à lui la question du rôle de l'idéologie en tant que facteur explicatif des développements que connaît la psychiatrie en zone d'occupation soviétique puis en RDA⁴⁵. Au terme de son étude, il récuse l'idée selon laquelle l'idéologie communiste aurait entièrement déterminé la forme et la substance de la discipline psychiatrique à l'est du Rideau de fer. L'historien met plutôt en valeur la multiplicité des facteurs qui déterminent ce que fut la psychiatrie en RDA, nombre d'entre eux n'ayant rien à avoir avec le dogme communiste. La psychiatrie en RDA s'inscrit en effet à la fois dans une histoire plus longue qui est celle de la psychiatrie allemande, mais également dans les évolutions que connaît la discipline psychiatrique à l'échelle internationale. En ce sens, il apparaît bien réducteur de désigner la psychiatrie en RDA comme une « psychiatrie communiste ». La nécessité d'inscrire la psychiatrie est-allemande

⁴³ Wolfgang Rose, *Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990*, Berlin, Bebra Verlag, 2005.

⁴⁴ Christine Leuenberger, « Cultures of Categories : Psychological Diagnoses as Institutional and Political Projects before and after the Transition from State Socialism in 1989 in East Germany », in Greg Eghigian, Andreas Killen, Christine Leuenberger (dir.), *The self as project : politics and the human sciences*, Chicago, University of Chicago Press, 1997, p. 180-204. Du même auteur, voir également : « Socialists psychotherapy and its dissidents », in *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 37 (3), 2001, p. 261-273.

⁴⁵ Greg Eghigian, « Was there a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945-1989 », *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 2002, p. 364-368. Dans une version remaniée : « Care and Control in a Communist State : the place of politics in East Germany Psychiatry », in Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Vjjselaar, Hugh Freeman (dir.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the XX. Century*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 183-199.

dans les multiples contextes qui lui donnent sens, au-delà du contexte idéologique et politique de la RDA, constitue bien l'un des points soulevés par l'historiographie américaine.

Au cours des dernières années, c'est un chapitre spécifique de l'histoire de la psychiatrie en RDA qui a suscité l'intérêt des historiens, et notamment des historiens de la médecine. Un projet de recherche, mené au sein de l'Institut d'histoire de la médecine de Berlin, s'est ainsi penché sur l'introduction des substances psychotropes en RDA⁴⁶. S'inscrivant dans les derniers développements de la recherche consacrée à l'histoire des médicaments, ces travaux interrogent les liens qui existent entre l'industrie pharmaceutique, la recherche clinique et la régulation étatique à l'est du Rideau de fer (c'est-à-dire dans un contexte où le marché des médicaments n'est pas soumis à l'offre et à la demande, mais organisé de manière centralisée et soumis à la planification)⁴⁷. Dans son étude consacrée à l'introduction de tranquillisants (benzodiazépine) à la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité, Matthias Hoheisel rejoint la thèse selon laquelle au sein des établissements psychiatriques de RDA, la pratique thérapeutique est fortement déterminée par des données locales⁴⁸. Au début des années 1970, l'évolution du regard porté sur ces nouvelles substances, qui sont de plus en plus perçues comme des « options thérapeutiques », est ainsi à mettre en relation avec le changement de direction et sa nouvelle orientation en la matière. À nouveau, l'échelle de l'établissement semble déterminante quand on se penche sur le paysage psychiatrique est-allemand. Par ailleurs, si ces travaux s'attachent principalement à reconstituer la trajectoires de substances psychotropes, les patients n'y apparaissent pas comme les simples réceptacles d'un traitement médicamenteux, mais bien plus comme les acteurs de leur propre thérapie, susceptibles d'émettre des revendications à ce sujet⁴⁹. Dans un article récent, Viola Balz montre ainsi, à partir d'une étude de cas, comment le patient peut

⁴⁶ Il s'agit du projet de recherche « Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung von Psychopharmaka in der DDR, 1950-1990 », qui a été financé par la fondation allemande pour la recherche (*Deutsche Forschungsgemeinschaft*, DFG).

⁴⁷ À ce sujet, voir : Volker Hess, « Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte », *Medizinhistorisches Journal*, 42 (1), 2007, p. 61-84 ; Volker Hess, « Beyond the Therapeutic Revolution : Psychopharmaceuticals Crossing the Berlin Wall », in Sara Marks, Matt Savelli (dir.), *Psychiatry in Communist Europe*, Londres, Palgrave, 2015, p. 153-179 ; Ulrike Klöppel, Viola Balz, « Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren », in *Bericht zur Wissenschaftsgeschichte*, 33, 2010, p. 382-400 ; Viola Balz, Matthias Hoheisel, « East-Side story : The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970 », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 42, 2011, p. 453-466 ; Ulrike Klöppel, Matthias Hoheisel, « "Wunschverordnung" oder objektiver "Bevölkerungsbedarf" ? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970) », in *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 21, 2013, p. 213-244.

⁴⁸ Matthias Hoheisel, « Von der Suchtdroge zum Therapeutikum – Zur Bewertung von Beruhigungsmitteln an der Charité Nervenlinik von 1962-75 », in *Medizinhistorisches Journal*, 47, 2012, p. 62-98.

⁴⁹ Voir notamment l'article d'Ulrike Klöppel et Matthias Hoheisel précédemment cité. Y est analysée la manière dont les patients, à travers les requêtes (*Eingaben*) qu'ils adressent au ministère de la Santé, ont pu influencer les décisions étatiques concernant l'importation et la production de tranquillisants.

également se faire consommateur dans le contexte socialiste⁵⁰. C'est à partir de l'analyse d'un dossier de patient que l'historienne parvient à reconstituer le sens que donne le patient à sa consommation (souhaitée) de psychotropes, un sens qu'il convient de mettre en relation avec le rapport qu'il entretient avec l'État socialiste.

Finalement, quand on se penche sur la production historiographique consacrée à la psychiatrie en RDA depuis la chute du Mur, on constate qu'elle s'inscrit dans les évolutions que connaît plus largement l'historiographie de la RDA. En relation avec le soupçon qui plane sur la psychiatrie, c'est tout d'abord le modèle explicatif totalitaire qui est privilégié, la lumière étant braquée sur l'appareil répressif et ses éventuels liens avec la psychiatrie, les patients étant perçus comme de potentielles victimes. Les années 2000 voient ensuite émerger une nouvelle façon d'aborder cet objet de recherche, l'analyse à l'échelle locale venant mettre en avant une relative autonomie des établissements psychiatriques vis-à-vis des autorités centrales. Loin d'être le simple produit des prétentions totalitaires du régime, le paysage psychiatrique apparaît alors comme particulièrement différencié, s'inscrivant dans des contextes multiples. Quant aux recherches les plus récentes, si elles soulignent à nouveau l'importance de l'échelon local, elles appréhendent les patients en tant qu'acteurs historiques à part entière, dans un cadre interactionnel et selon une approche micro-historique. C'est précisément dans cette voie que nous souhaitons inscrire notre étude, qui interroge les expériences des patients et leur relation au contexte politique et idéologique. L'originalité de notre approche réside à la fois dans l'utilisation d'un matériau archivistique singulier – les dossiers de patients – mais également et surtout dans le questionnement dont nous l'investissons : finalement, que nous disent les expériences des patients des tensions qui traversent la société socialiste ? C'est bien dans une perspective d'*histoire sociale* que nous interrogeons les sources de la psychiatrie, en tentant de reconstituer les trajectoires de ses principaux acteurs ainsi que le regard qui est posé sur eux par le savoir médical.

De manière plus vaste, cette recherche s'insère dans les évolutions les plus récentes de l'historiographie consacrée à la psychiatrie sous le communisme. Comme en témoigne l'ouvrage publié en 2015 par les historiens Sara Marks et Mat Savelli, les systèmes psychiatriques à l'est du Rideau de fer constituent désormais le terrain d'enquête de recherches historiques, qu'elles concernent la Tchécoslovaquie, la Yougoslavie, la Roumanie, la Hongrie ou l'URSS⁵¹. Comblant une lacune historiographique, ces travaux rompent avec la vision caricaturale d'une « psychiatrie communiste », instrumentalisée à des fins politiques, et qui se

⁵⁰ Viola Balz, « "Für einen Aktivisten wie mich muß es in einem sozialistischen Staat doch effektive Medikamente geben". Psychopharmaka und Konsumenteninteresse in der DDR », *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, Vol. 21, n°3, 2013, p. 245-271.

⁵¹ Sara Marks, Matt Savelli (dir.), *Psychiatry in Communist Europe*, Londres, Palgrave, 2015.

serait réduite à l'internement d'opposants politiques. L'analyse des sources offre au contraire une image complexe et différenciée des systèmes de soins psychiatriques au sein du Bloc de l'Est, dont les histoires s'inscrivent dans des contextes qui dépassent la période communiste. La psychiatrie apparaît alors comme « un excellent prisme permettant d'explorer les différentes facettes de l'histoire sociale, politique et intellectuelle de l'Europe de l'Est sous le communisme »⁵². Notre recherche rejoint cette aspiration à déconstruire le modèle totalitaire, à replacer l'histoire de la psychiatrie sous le communisme dans un contexte plus vaste, en étant attentif aux sources qu'elle a produites. Afin d'inscrire l'histoire de la psychiatrie dans celle de la société de RDA, et de ses enchevêtrements avec le politique, c'est donc sur le patient que sur nous plaçons la focale.

4. Les patients comme acteurs d'une histoire sociale de la RDA

C'est au contact des sources que s'est esquissée l'hypothèse de départ de cette recherche : telles qu'on peut les reconstituer au travers de leurs dossiers, que nous disent les expériences des patients de la société au sein de laquelle ils évoluent ? Ce qui fait la spécificité de la psychiatrie en RDA, n'est-ce pas justement ses patients, leurs maux, leurs trajectoires, leurs histoires, ainsi que le sens qui est donné à ces expériences par le savoir psychiatrique ? C'est bien le fil directeur autour duquel s'articule cette étude, et qui vise à faire des patients des acteurs historiques à part entière. Ce travail s'inscrit dans un renouvellement récent de l'histoire de la psychiatrie, qui consiste à « replacer le sujet considéré comme fou au cœur de l'observation historique »⁵³. C'est une autre histoire de la folie et de la psychiatrie qu'il s'agit d'écrire, à l'échelle du patient⁵⁴.

Si le cadre interprétatif avancé par Michel Foucault – du « grand enfermement » des fous à la focalisation sur l'institution psychiatrique en tant que dispositif de pouvoir⁵⁵ – peut permettre d'éclairer la naissance de l'aliénisme puis celle de la psychiatrie aux XVIII^e et XIX^e siècles, il est nuancé voire remis en cause par les historiens de la psychiatrie du XX^e siècle, pour qui la psychiatrie contemporaine ne peut être réduite à sa fonction disciplinaire⁵⁶. Tout en

⁵² « Psychiatry can also offer an excellent prism through which to explore the different facets of social, political, and intellectual history of Communism Eastern Europe », in Sara Marks et Matt Savelli, « Communist Europe and Transnational Psychiatry », in Sara Marks, Matt Savelli, *op. cit.*, p. 20.

⁵³ Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, « Introduction générale », in Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e - XX^e siècles)*, Rennes, PUR, 2013, p. 8.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972 ; *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au collège de France 1973-1974*, Paris, Seuil, 2003 ; *Les Anormaux. Cours au Collège de France 1974-1975*, Paris, Seuil, 1999.

⁵⁶ Volker Hess, Benoît Majerus, « Writing the history of psychiatry in the 20th century », *History of Psychiatry*,

s'éloignant d'un récit marqué par le courant antipsychiatrique des années 1960 et 1970, il ne s'agit pas pour autant de donner une vision idéalisée de l'histoire de la psychiatrie, comme elle a pu être produite par les médecins. Si la clinique psychiatrique n'est pas appréhendée comme une « institution totale », au sens où l'entendait Erving Goffman⁵⁷, elle n'apparaît pas non plus comme un espace dont les logiques de fonctionnement sont exclusivement dictées par les avancées d'un progrès médical, décrit comme linéaire. Parce qu'elle dépasse cette vision manichéenne, soit toute noire, soit toute blanche, l'échelle du patient permet d'inaugurer une nouvelle façon d'écrire l'histoire de la folie et de la psychiatrie, en proposant une « analyse de toutes les colorations du gris »⁵⁸. Comme le soulignent Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Stéphane Tison, « les modes variés d'inscription des trajectoires individuelles des patients dans l'institution psychiatrique au XX^e siècle permettent en effet de nuancer la vision monolithique issue de l'interprétation foucauldienne des années 1970 »⁵⁹.

Défendant une histoire de la médecine « vue d'en bas », l'historien Roy Porter plaide déjà en 1985 pour un changement de perspective, faisant la part belle au point de vue du patient ou du « souffrant »⁶⁰. À cette date, ce champ de recherches constituait véritablement une « terra incognita », qu'il s'agissait de défricher⁶¹. Au sein des recherches historiques, les patients étaient alors laissés de côté ; l'histoire de la médecine restant l'histoire des médecins, de leurs savoirs et de leurs pratiques. Trente ans plus tard, les expériences des patients suscitent bien un intérêt croissant de la part des historiens, et notamment dans le domaine de l'histoire de la psychiatrie. Dans le paysage historiographique germanophone comme francophone, plusieurs travaux récents témoignent de cette attention nouvelle portée au patient, au sens qu'il donne à son expérience individuelle, aux stratégies qui sont les siennes⁶². Ce renouvellement historiographique, au sein duquel nous souhaitons inscrire notre étude, est

22 (2), 2011, p. 139-145.

⁵⁷ Erving Goffman, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968. Pour une approche critique du concept d'« institution totale » en histoire, voir : Falk Bretschneider, « Die Geschichtslosigkeit der "Totalen Institutionen". Kommentar zu Erving Goffmans Studie "Asyle" aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive, *Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit*, 8 (1), 2008, p. 135-142.

⁵⁸ Volker Hess, Benoît Majerus, *op. cit.*, p. 141.

⁵⁹ Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op. cit.*, p. 14.

⁶⁰ Roy Porter, « The Patient's view. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 14, 1985, p. 175-198.

⁶¹ *Ibid.*, p. 181.

⁶² Voir notamment : Karen Nolte, *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Francfort sur le Main, Campus, 2003. Sur l'utilisation des dossiers de patients comme source pour l'histoire de l'utilisation des médicaments psychotropes : Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980*, Bielefeld, transcript Verlag, 2010. Du même auteur : « Terra incognita: an historiographic approach to the first chlorpromazine trials using patient records of the Psychiatric University Clinic in Heidelberg », in *History of Psychiatry*, 22(2), 2011, p. 182-200. Voir également l'article déjà cité, une étude de cas passionnante portant sur la consommation de psychotropes en RDA à partir de la perspective du patient-consommateur : « "Für einen Aktivisten wie mich..." », *op. cit.*

très largement à mettre en lien avec l'utilisation des dossiers de patient comme source d'histoire.

Paru en 2013, le dernier ouvrage de l'historien Benoît Majerus en est une parfaite illustration⁶³. Dans cette étude qui porte sur l'histoire d'un hôpital psychiatrique bruxellois au XX^e siècle, l'historien fait « entrer le patient dans le récit historique, non pas en tant que "victime" d'un pouvoir psychiatrique tout-puissant, mais en tant qu'acteur »⁶⁴. En s'appuyant sur des dossiers de patient, l'historien se penche avec attention sur les voix des patients, qu'elles soient retranscrites par des observateurs (médecins, infirmières, assistantes sociales) ou qu'elles soient directement saisissables au travers des écrits des patients eux-mêmes. D'objet du discours médical, dont tous les actes sont lus à la lumière du diagnostic, le patient se fait alors sujet, disposant de la capacité de donner son propre sens à cette expérience. Grâce à un vaste travail d'archives, Benoît Majerus livre ainsi une réflexion stimulante qui interroge, « au ras du sol », ce qui fait la psychiatrie au XX^e siècle. En ce qui concerne plus précisément le champ historiographique français, Isabelle von Buelzingsloewen, Hervé Guillemain et Stéphane Tison ont également montré qu'on pouvait écrire une histoire de la folie et de la psychiatrie « à l'échelle des patients », selon une approche micro-historique, qui se penche sur les trajectoires individuelles de ces acteurs et qui s'attache à restituer leurs voix⁶⁵. Dans leurs travaux portant sur les soldats de la Grande Guerre, Hervé Guillemain et Stéphane Tison retracent ainsi les parcours des soldats, du front à l'asile, et reconstituent des expériences individuelles de la guerre, qui sont marquées du sceau de la folie. Ce sont bien les expériences ordinaires de ces « soldats fous » qui sont placées au cœur de l'observation historique, à partir desquelles les historiens se penchent sur les thérapies, les controverses scientifiques ainsi que sur les enjeux institutionnels et professionnels de l'époque. L'histoire de la folie, à l'échelle du patient, est alors réinscrite dans celle de la Grande Guerre. L'utilisation faite par ces historiens de l'archive psychiatrique, l'attention qu'ils portent à la voix des patients, l'approche micro-

⁶³ Benoît Majerus, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, PUR, Rennes, 2014.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 24.

⁶⁵ Isabelle von Buelzingsloewen, « À propos d'Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XX^e siècle », in *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 26, 2007, p. 89-106. Du même auteur : *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007. Avec Benoît Eyraud, « Changements institutionnels et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au "long cours" (années 1950 à nos jours) », in Axelle Brodriez-Dolino (et al.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires : de l'histoire à la sociologie*, Rennes, PUR, 2014, p. 103-117. Voir également plusieurs contributions de l'ouvrage collectif suivant : Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op. cit.* Sur les « fous de guerre » : Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *Du front à l'asile. 1914-1918*, Paris, 2013, Alma. Les thèses en cours de Marie Derrien (« Du front à l'asile : les "fous de guerre" dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1960) » / Université Lumière Lyon 2) et de Paul Marquis (« Une psychiatrie coloniale ? Une histoire sociale de l'asile de Blida-Joinville (1933-1962) » / Institut d'Études Politiques de Paris) s'inscrivent également dans ce renouvellement historiographique, qui se penche sur les trajectoires des patients de psychiatrie.

historique qu'ils ont choisie, constituent autant de points de rencontre avec notre étude.

Si Hervé Guillemain et Stéphane Tison réinscrivent les expériences des soldats « mutilés de l'âme »⁶⁶ dans l'histoire de la Première Guerre mondiale, il s'agit ici de réinscrire celles des patients d'une clinique de Berlin-Est dans l'histoire de la société de RDA. C'est bien une toute autre dimension que prend l'histoire de la psychiatrie – et plus précisément celle de ses patients – « dès lors qu'elle sort de sa spécialisation médicale et alimente l'histoire globale [...] »⁶⁷. En se penchant sur ces acteurs historiques à part, nous aspirons donc à reconstituer d'autres expériences du « communisme au quotidien »⁶⁸, tout en prenant en compte l'interprétation qui peut en être faite par le savoir psychiatrique. Retracer les expériences des patients ne permet pas seulement de s'interroger sur ce qui se passe à l'intérieur de la clinique, mais également sur ce qui se passe à l'extérieur de ses murs.

Cette échelle d'observation, à hauteur des patients, nous invite donc à nous pencher avec attention sur ces « vies minuscules » qui livrent une « version différente, discrète, complexe » de la réalité sociale de la RDA⁶⁹. D'après l'historien Thomas Lindenberger, la configuration spécifique de cette société justifie pleinement une approche « par le bas », qui permet de saisir un degré de différenciation sociale invisible à d'autres échelles⁷⁰. À une échelle d'observation moins fine, « vers le haut », on se heurte au contraire au projet idéologique de transformation sociale, au sein duquel la société socialiste donne une impression d'homogénéité, dans une fusion proclamée entre parti, État et société. D'après cette analyse, la plus petite unité sociale – à savoir l'acteur individuel – s'avère une porte d'entrée tout à fait appropriée quand il s'agit de saisir l'hétérogénéité et la complexité des relations de pouvoir, et plus largement des interactions sociales, qui caractérisent la société socialiste. Ainsi, « ce n'est pas l'histoire de la RDA, mais celle des individus vivant en RDA qui doit être placée au centre de l'intérêt »⁷¹. Interroger le patient sur son expérience du « communisme au quotidien », sur son rapport au contexte politique, permet en quelque sorte de dépasser son statut de patient psychiatisé pour prendre en compte les diverses inscriptions sociales qui le caractérisent et qu'on peut reconstituer au travers de son dossier. Dans le cadre de cette étude, le patient nous apparaît dans toute sa pluralité, comme un acteur aux multiples appartenances,

⁶⁶ C'est l'expression utilisée par Pierre Karila-Cohen, dans la recension qu'il consacre à l'ouvrage des deux historiens. Pierre Karila-Cohen, « Les mutilés de l'âme », *Le Monde des Livres*, 11 octobre 2013.

⁶⁷ Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op. cit.*, p. 10. Les auteurs font ici référence à l'article suivant : Greg Eghigian, « Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry », in *History of Psychiatry*, 22(2), 2011, p. 201-214.

⁶⁸ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien...*, *op. cit.*

⁶⁹ Jacques Revel, « Présentation », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles...*, *op. cit.*, p. 7-14, ici p. 12.

⁷⁰ Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen... », *op. cit.*, p. 31-33.

⁷¹ *Ibid.*, p. 18.

disposant de répertoires d'action variés⁷². Finalement, au centre de notre réflexion se trouve bien « l'homme quelconque » et « l'homme multiple » de la RDA⁷³. Constituant le socle de notre analyse, les expériences singulières des patients sont appréhendées comme autant de « modulation[s] particulière[s] de l'histoire globale »⁷⁴, qui éclairent d'une autre lumière les tensions et contradictions qui traversent la société est-allemande.

5. Le choix d'un observatoire : la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité durant le directorat de Karl Leonhard (1957-1969)

Ce sont les patients d'une seule et unique clinique qui se trouvent au cœur de notre étude. Comme nous l'avons évoqué précédemment, il s'agit de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (*Psychiatrische und Nervenlinik*), située à Berlin-Est. Dès le début de notre recherche, il nous a semblé nécessaire d'effectuer un important travail de contextualisation concernant l'environnement où les patients évoluent, durant leur hospitalisation. Afin de saisir précisément les conditions de l'interaction, au sein de laquelle les patients sont amenés à prendre la parole, il convient de se pencher sur le quotidien de l'institution, sur sa situation dans le paysage psychiatrique de RDA, sur les thérapies qui y sont pratiquées, sur la situation de son personnel, etc. Si nous avons décidé de limiter notre exploration à un seul établissement, ce choix a été en partie motivé par le souci d'apporter tous les éléments de contextualisation nécessaires à notre approche. Par ailleurs, la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité constitue un cadre particulièrement propice pour tester notre hypothèse de départ, et ce pour diverses raisons qui tiennent autant à son histoire singulière qu'à la présence d'archives exploitables.

Au sein du paysage psychiatrique de RDA, la clinique de la Charité détient une place tout à fait privilégiée. Cet établissement fait en effet partie de l'hôpital universitaire de la Charité, complexe hospitalier le plus important de RDA, au sein duquel sont formés les étudiants en médecine de l'Université Humboldt⁷⁵. Située à Berlin-Est, au plus près de la rivale ouest-allemande, la Charité est censée constituer la vitrine du système de santé socialiste, dans le domaine des soins, de la formation ou de la recherche médicale. La *Nervenlinik* est donc une clinique urbaine, universitaire, au sein de laquelle les soins

⁷² Bernard Lahire, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 2001 [1998], p. 232-234.

⁷³ Sabina Loriga, « La biographie comme problème », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles...*, op.cit., p. 209-231, ici p. 227.

⁷⁴ Jacques Revel, « Micro-analyse et construction du social », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles...*, op. cit., p. 15-36, ici p. 26.

⁷⁵ Sur l'histoire de la Charité, voir : Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010 ; Rainer Herr, Laura Hottenrott (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West 1945- 1992. Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin, bebra Verlag, 2010.

apportés aux patients sont potentiellement associés à des activités de recherche et d'enseignement. À la direction de la clinique est associée la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université Humboldt. Ce n'est donc pas n'importe quelle institution psychiatrique de RDA qui constitue le cadre de notre recherche, mais bien la première de ses cliniques. Les séjours s'y font généralement de courte ou de moyenne durée, les activités de recherche nécessitant un renouvellement régulier des patients (de manière générale, la psychiatrie universitaire ne se concentre pas sur les patients souffrant de maux chroniques, qui sont transférés vers les établissements non-universitaires). Si la plupart de ses patients sont originaires de Berlin-Est, du fait de la réputation de la clinique, son recrutement géographique dépasse largement le périmètre de la capitale de RDA. Les individus qui franchissent le seuil de la *Nervenlinik* sont ainsi susceptibles de provenir des quatre coins de la RDA.

Sur le plan chronologique, si nous avons décidé de consacrer notre étude à la période des années 1960, c'est parce qu'elle représente une unité chronologique tant pour l'histoire de la clinique que pour celle de la société de RDA. Entre 1957 et 1969, la *Nervenlinik* est dirigée par le professeur Karl Leonhard, qui marque profondément de son empreinte le quotidien de la clinique. La structure éminemment hiérarchique des cliniques universitaires explique le poids de l'influence que peut exercer celui qui se trouve à leur tête. Et contre toute attente, à la tête de la première clinique psychiatrique de RDA, on retrouve un professeur venu de l'Ouest, Karl Leonhard étant originaire de RFA. Durant son directorat, la clinique se transforme, que ce soit sur le plan de l'organisation spatiale ou des pratiques thérapeutiques, s'inscrivant dans les évolutions que connaît la discipline psychiatrique à la même époque, à l'échelle européenne. Les offres de soins se diversifient, les portes des services s'ouvrent progressivement, le régime disciplinaire s'assouplit. Un service de psychothérapie est ouvert en 1959, au sein duquel on pratique la thérapie individualisée (*Individualtherapie*), et qui vise à traiter les patients atteints de névrose. Les années 1960 sont également l'époque où s'amorce la surveillance de la clinique – comme de l'ensemble du complexe hospitalier de la Charité – par les services de la police politique. D'après les sources, le ministère de la Sécurité d'État ne dispose que d'un seul informateur dans les murs de la *Nervenlinik*, dont la principale mission consiste à livrer des informations sur ses collègues médecins (et particulièrement sur leurs relations à l'Ouest). À cette époque, la clinique compte également un groupe du parti communiste, les camarades du SED étant organisés sur leur lieu de travail. Représentant une minorité au sein du personnel, leur influence semble relativement limitée, se heurtant notamment à l'autorité d'un directeur, dont l'attitude vis-à-vis du régime communiste se fait sinon réservée du moins pragmatique. De manière générale, les années 1960, sous le

directorat de Karl Leonhard, représentent bien une unité chronologique pour l'histoire de la *Nervenklinik*, que ce soit sur le plan des orientations thérapeutiques ou des relations entretenues entre la direction et le pouvoir politique.

Les années 1960 constituent également une décennie centrale pour l'histoire de la RDA. La période précédente, qui commence avec la mise en place de la zone d'occupation soviétique et se poursuit avec la fondation de l'État de RDA en 1949, constitue un moment de transformations radicales. Les autorités communistes mettent alors en œuvre un programme de réformes économiques et sociales visant à l'avènement d'une société nouvelle. Les mesures de collectivisation, d'étatisation, de planification contribuent à remodeler en profondeur la société, tout comme la suppression de toute formation politique ou sociale indépendante du parti⁷⁶. Si cette volonté politique de réorganisation sociale se heurte à des résistances, à l'aube des années 1960, ces grands bouleversements sociaux touchent à leur fin. On entre alors dans une phase de stabilisation du régime, le projet d'ingénierie sociale se poursuivant sur un rythme moins soutenu. La fermeture du dernier point de passage vers l'Ouest, en août 1961, modifie les conditions d'exercice de la domination. Pour les citoyens de RDA, le chemin vers l'Ouest étant désormais barré, il convient de s'adapter aux conditions d'existence à l'est du Rideau de fer, de « faire avec » les normes imposées par le régime communiste. D'après l'historienne Mary Fulbrook, se dessine alors une phase de « normalisation » pour la RDA, qui se caractérise par trois tendances : une tendance à la stabilisation (en relation avec l'entrée dans la période de détente, les structures du pouvoir se font plus stables), une tendance à la routinisation (qui concerne notamment les règles du jeu social), et une tendance à l'intériorisation des normes⁷⁷. La norme – entendue ici comme une règle de comportement – est alors comme incorporée par le sujet, qui la fait en quelque sorte sienne. La contrainte se transforme en auto-contrainte, la censure en auto-censure. Les individus apprennent ainsi à vivre avec les règles écrites et non-écrites du régime, se confrontant aux limites de leur propre autonomie. Cette tendance à l'intériorisation des normes est notamment à mettre en relation avec l'arrivée à l'âge adulte d'une nouvelle génération, entièrement socialisée dans le cadre du nouveau régime. La question de l'intériorisation des normes, de ce qui est tenu pour « normal » au sein de la société socialiste, se trouvant au cœur de notre réflexion, la période

⁷⁶ Sandrine Kott, *Histoire de la société allemande au XX^e siècle. III. La RDA 1949-1989*, Paris, La Découverte, 2011, p. 30. Pour un aperçu succinct sur cette période de transformations radicales, voir le premier chapitre de cet ouvrage (« La prise du pouvoir politique et la révolution sociale », p. 9-31).

⁷⁷ Mary Fulbrook, « The Concept of "Normalisation" and the GDR in Comparative Perspective », in Mary Fulbrook, *Power and Society in the GDR 1961-1979. The « Normalisation of Rule » ?*, Oxford, Berghahn Books, 2009, p. 1-30. Sur la définition de la « normalisation », voir également : Mary Fulbrook, « Theoretische Überlegungen zur DDR-Geschichte. Die französische DDR-Forschung in vergleichender Perspektive », in Emmanuel Droit, Sandrine Kott (dir.), *op. cit.*, p. 278-285.

des années 1960 constitue un terrain d'enquête particulièrement propice pour notre recherche. Si la dictature est-allemande a produit des discours, des normes, des valeurs spécifiques, on peut tenter d'en interroger les effets, à partir des expériences des patients, de cerner les modalités selon lesquelles ces individus ont intériorisé – ou non – ce qui est imposé par le régime communiste.

Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrons ainsi sur la décennie des années 1960, qui présente une cohérence chronologique tant pour notre terrain d'enquête (le directorat de Karl Leonhard, entre 1957 et 1969) que pour l'histoire de la société de RDA.

6. Sources et méthodologie

6.1 Sources de contextualisation

Dès le début de notre recherche, parallèlement à l'exploitation des dossiers de patients, nous avons mené un travail visant à contextualiser, avec le plus de précision possible, le cadre de notre recherche. Pour ce faire, nous avons travaillé à partir de deux échelles : l'échelle centrale et l'échelle de la clinique.

6.1.1 À l'échelle centrale

Pour définir la situation du secteur psychiatrique dans la RDA des années 1960, si nous nous sommes principalement appuyés sur des travaux de recherche déjà existants, nous avons également travaillé à partir des archives du ministère de la Santé, conservées au *Bundesarchiv*. Ce sont les travaux menés par deux organes spécifiques, formés par des professionnels du secteur, qui ont particulièrement attiré notre attention. Il s'agit du comité d'experts en psychiatrie (*Fachausschuß für Psychiatrie*), fondé en 1959, ainsi que de la commission-problème (*Problemkommission Psychiatrie und Neurologie*) qui le remplace dans la deuxième moitié des années 1960. Si l'histoire de ces deux organes et de leurs relations avec les instances centrales a déjà été étudiée par Sabine Hanrath et Wolfgang Rose⁷⁸, notre lecture des archives nous a cependant permis d'apporter des éléments de compréhension supplémentaires (notamment en ce qui concerne l'histoire de la commission-problème). Les rapports produits par ces deux organes consultatifs permettent d'appréhender de manière globale la situation du secteur psychiatrique en RDA au cours des années 1960, ainsi que la place marginale qui est la sienne au sein du système de santé socialiste. Comme en

⁷⁸ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 427-447 ; Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 115-125.

témoignent les efforts des membres de ces comités, le champ psychiatrique est-allemand n'est pas exempt de velléités de réforme au cours des années 1960, qui visent à ouvrir la psychiatrie à la société. L'absence de soutien de la part du niveau central empêche cependant la mise en place d'un programme de réformes à l'échelle de la RDA. Les archives du comité d'experts et de la commission-problème permettent à la fois de revenir sur la situation des établissements psychiatriques de RDA au cours des années 1960, et de retracer les efforts des psychiatres réformateurs.

6.1.2 À l'échelle de la clinique

En ce qui concerne la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité, afin de reconstituer ce qui fait son quotidien au cours des années 1960, nous avons eu accès à ses archives administratives, qui ont été versées par la clinique à l'Institut d'histoire de la médecine de Berlin. Quand nous avons commencé cette recherche, ce fonds reposait plus ou moins à l'état brut, n'ayant pas été traité par un service d'archives. La première étape de notre travail a donc constitué à effectuer un inventaire des documents contenus dans les différents classeurs qui composaient ce fonds. Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes notamment appuyés sur la correspondance interne à la clinique (entre les services et la direction), ainsi que sur la correspondance entre la direction de la clinique et celle de la Charité. Ces documents contiennent des renseignements concernant l'organisation des services, les transformations qu'ils connaissent au cours des années 1960, la situation du personnel médical et soignant, etc. Au sein du fonds des archives administratives se trouvent également les bilans annuels de l'établissement (entre 1953 et 1964), qui dressent un tableau concernant les diverses activités de la clinique (recherche, enseignement, formation du personnel, bilan financier). L'exploration de ces documents nous a permis de retracer les grandes lignes du fonctionnement de cet établissement, au cours du directorat de Karl Leonhard.

Parallèlement au dépouillement des archives administratives, nous avons également travaillé à partir des dossiers professionnels de plusieurs membres du personnel de la clinique. Ces dossiers sont conservés au sein des archives de l'Université Humboldt. Nous avons eu accès aux dossiers de 14 médecins, ayant été en activité durant la période que nous étudions, ainsi qu'à celui d'une infirmière⁷⁹. Ces dossiers administratifs retracent la carrière de ces

⁷⁹ Au sein des archives de l'Université Humboldt, ces dossiers ne sont pas classés en fonction du lieu d'exercice de la personne. Pour retrouver les dossiers concernant les membres du personnel de la *Nervenlinik*, il nous a donc fallu fournir une liste de noms accompagnée de dates de naissance. Dans les archives administratives de la clinique, on retrouve plus facilement ce type de renseignements quand ils concernent les médecins, c'est ce

individus, de leur engagement à la Charité jusqu'à la fin de leur d'activité. Ces documents nous ont notamment permis d'éclairer le parcours de plusieurs médecins de la clinique, tout comme celui de son directeur, Karl Leonhard. En ce qui concerne ce dernier, son dossier professionnel permet de reconstituer les relations qu'il entretient avec les autorités politiques de RDA, tout au long de son directorat.

Pour saisir le rôle du parti au sein de la clinique, nous nous sommes appuyés sur les archives du SED, et notamment sur les protocoles fournis par le groupe de parti (*Parteigruppe*) de la clinique. Comme tous les partis communistes, le SED encadre ses membres sur leurs lieux de travail. La clinique comporte ainsi un groupe de parti, qui connaît plusieurs restructurations tout au long des années 1960. Ses archives, comme celles de l'ensemble des groupes de parti de la Charité, se trouvent au *Landesarchiv* de Berlin. Elles se composent principalement de procès-verbaux d'assemblées de membres (*Mitgliederversammlungen*), qu'il nous a fallu retrouver dans la masse des documents présents, au sein du fonds d'archives concernant le SED à la Charité. Quelques rapports, produits par les échelons supérieurs du parti, et concernant la situation des camarades de la *Nervenklinik*, ont également été récoltés durant la campagne d'archives menées au *Landesarchiv*. À partir de ces documents, nous avons pu recueillir des informations concernant la situation des membres du SED au sein de la clinique (sur le plan numérique comme hiérarchique), leurs activités politiques et idéologiques, ainsi que les limites auxquelles elles se heurtent.

Si la présence du parti au sein de la clinique constitue l'une des expressions de la domination du SED, dans le cadre de ce travail de contextualisation, il nous a également fallu nous pencher sur l'activité de la police politique entre ses murs. Il s'agissait de déterminer selon quelles modalités s'effectua une éventuelle surveillance de la *Nervenklinik* durant le directorat de Karl Leonard. Pour ce faire, nous avons pris contact avec l'institution en charge de la gestion des archives de la *Stasi* (BStU, *Bundesbeauftragter für die Stasi-Unterlagen der ehemaligen DDR*). Dans le cadre de ces recherches, nous avons eu accès au dossier d'un médecin de la clinique ayant travaillé en tant que collaborateur officieux, au cours de la période que nous étudions (*Geheimer Informator* « Mertens »). Plusieurs indices, présents dans les sources, laissent penser qu'il s'agit de l'unique contact chargé d'assurer la surveillance de la clinique durant le directorat de Karl Leonhard. Par ailleurs, si leur activité dépasse le cadre chronologique que nous nous sommes fixés, nous avons également parcouru les

qui explique leur surreprésentation dans les dossiers auxquels nous avons eu finalement accès. Sous réserve que le dossier soit présent au sein du fonds d'archives (en cas de changement d'établissement en cours de carrière, il arrive que le dossier suive la personne concernée), son accès était soumis à la condition que la personne concernée par le dossier fût décédée.

dossiers de deux informateurs secrets, actifs au sein de la clinique au cours des années 1970 et 1980. Cette plongée au-delà des années 1960 nous a permis de saisir les évolutions que connaît la surveillance de la clinique, après le directorat de Karl Leonhard.

Dans le cadre de ce travail de contextualisation, nous avons également eu recours à des sources imprimées. Plusieurs publications scientifiques ont éclairé notre connaissance des pratiques thérapeutiques en vigueur au sein des services de psychothérapie comme de psychiatrie. La plupart de ces ouvrages ont été dirigés par Karl Leonhard, avec la collaboration des médecins et psychologues de la clinique. S'il convient de la lire avec le recul critique nécessaire, l'autobiographie rédigée par Karl Leonhard, et publiée de manière posthume, a également permis de préciser certains points concernant l'histoire de la clinique durant la période de son directorat⁸⁰.

Le recueil d'entretiens menés auprès d'anciens membres du personnel de la *Nervenklinik*, et publié en 2005, a constitué une source ponctuelle d'informations (sur les neuf personnes interviewées, six ont travaillé à la clinique dans les années 1960)⁸¹. Ces entretiens n'ayant pas été menés par nos soins, leur utilisation nécessite cependant une distance critique supplémentaire. Afin de compléter l'image que nous avons de la *Nervenklinik*, nous avons également mené quatre entretiens avec d'anciens membres du personnel de la clinique (une infirmière, une psychologue et deux médecins). Deux d'entre eux avaient déjà été interrogés dans le cadre de la publication évoquée précédemment. Il s'est agi d'entretiens semi-dirigés, trois d'entre eux ayant fait l'objet d'un enregistrement. Réalisés assez tardivement (entre février et avril 2014), ils avaient avant tout une fonction d'exploration et de vérification des données collectées à partir d'autres sources. L'objectif poursuivi était bien alors de dresser un tableau de la situation de la *Nervenklinik* au cours des années 1960. Ces entretiens seront utilisés de manière ponctuelle, et principalement au cours du chapitre consacré à la *Nervenklinik*.

Ces « sources de contextualisation » nous ont permis de bâtir un cadre de

⁸⁰ Volker Leonhard (dir.), *Karl Leonhard. Meine Person und meine Aufgaben im Leben*, Hildburghausen, Verlag Frankenschwelle Hildburghausen, 1995. En ce qui concerne plus particulièrement la thérapie pratiquée à la *Nervenklinik* (*Individualtherapie* / thérapie individualisée) sous le directorat de Karl Leonhard, on peut également se référer à deux articles, rédigés par d'anciens collaborateurs de la clinique, et qui ont été publiés dans un ouvrage collectif consacré à la psychothérapie en RDA : Klaus-Jürgen Neumärker, « Die "Individualtherapie der Neurosen" von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité Berlin » ; Elen Sitte, « Erfahrung mit der Individualtherapie nach Leonhard », in Michael Geyer (dir.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2011, p. 99-109.

⁸¹ Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke (dir.), *Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenklinik 1940-1999*, Münster, LIT, 2005. Cet ouvrage a accompagné une exposition ayant eu lieu en 2005 au musée d'histoire de la médecine de Berlin, et qui portait sur l'histoire de la clinique. Il s'inscrit dans un projet plus vaste (« Zeitzeugen Charité »), visant à rassembler les souvenirs de personnes ayant travaillé à la Charité.

compréhension nécessaire à l'exploitation des dossiers de patients. L'objectif poursuivi n'était pas d'écrire une histoire exhaustive de la *Nervenlinik* durant la période des années 1960, mais plutôt de donner des points de repère concernant non seulement son fonctionnement quotidien, les thérapies qui y sont pratiquées, la situation de son personnel, mais également les modalités selon lesquelles les logiques inhérentes à l'exercice de la domination du SED s'y expriment (présence de la police politique, présence du parti, interactions entre les acteurs de la clinique et les structures de pouvoir). C'est donc une logique sélective qui a guidé notre utilisation de ces « sources de contextualisation ». Parallèlement à ce travail, nous nous sommes principalement concentrés sur l'exploitation des dossiers de patients issus du fonds de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité. Les caractéristiques de ce matériau archivistique, ainsi que la méthode avec laquelle nous l'avons exploité, seront présentées en détail au cours des pages suivantes.

6.2 Les dossiers de patients

Découverts assez récemment par les historiens de la médecine, les dossiers de patients ont été tout d'abord utilisés selon une approche quantitative et sérielle, dans le but d'appréhender les conditions structurelles inhérentes au fonctionnement des hôpitaux⁸². Au fil des dernières années, les champs de recherches menées à partir de ces archives se sont profondément diversifiés, particulièrement en ce qui concerne l'histoire de la psychiatrie. Le dossier lui-même, dans sa matérialité, est devenu un objet de questionnements, son rôle dans la genèse du savoir scientifique constitue désormais une piste de réflexion des historiens⁸³. Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, l'utilisation du dossier de patient comme source d'histoire a également ouvert de nouvelles réflexions concernant le quotidien de l'institution psychiatrique, les relations soignants/soignés mais également les trajectoires des patients et leurs expériences individuelles.

6.2.1 Description des sources utilisées

Avant de préciser notre approche méthodologique, il convient de revenir sur certaines

⁸² Sur l'utilisation de cette source par les historiens : Volker Hess, « Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichtsschreibung », in *Historia Hospitalium*, 27, 2011, p. 43-52.

⁸³ Sur le rôle joué par le dossier de patient dans la production du savoir psychiatrique, voir notamment : Sophie Ledebur, « Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten », in *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 34(2), 2011, p. 102-124. Voir également : Marietta Meier, « Ordnungsversuche und Grenzziehungen : Krankenakten in der Psychiatrie », in Claudia Kaufmann, Walter Leimgruber (dir.), *Was Akten bewirken können*, Zürich, Seismo Verlag, 2008.

caractéristiques inhérentes à cette source. Bien qu'elle présente toujours des spécificités relatives à son lieu de production, l'archive psychiatrique se caractérise par une structure relativement homogène, résultat d'un processus de formalisation prenant son origine au XIX^e siècle⁸⁴. À l'échelle de l'Europe, nécessités administratives, en lien avec la genèse de l'hôpital moderne, et modifications des procédés de l'écriture scientifique s'enchevêtrent pour finalement donner naissance à une documentation médicale constituée de dossiers, liés pour chacun d'entre eux à un patient⁸⁵. À la Charité, la mise en place d'une telle documentation remonte aux débuts des années 1820. Dès lors, les informations relatives au patient ne sont plus inscrites dans un registre commun au service, mais sont réunies dans un seul et même dossier individuel, lié directement au patient⁸⁶. Les dossiers de patients que nous avons consultés, datant des années 1960, sont ainsi le résultat d'un processus de formalisation de la documentation psychiatrique qui prend son origine au début du siècle précédent⁸⁷.

Premier élément constitutif de cette archive : la farde, qui rassemble des documents de nature et de provenance diverses, ayant pour point commun de se rapporter à un individu : le patient. On y trouve les premières informations à son sujet : son nom, sa date de naissance, son âge, sa profession, son adresse, les dates d'admission et de sortie, le numéro du service au sein duquel il a effectué son/ses séjour(s), ainsi que le(s) diagnostic(s). Sur la couverture du dossier est également indiquée la cote qui servira à son archivage, procédure essentielle dans l'élaboration d'un savoir scientifique⁸⁸. L'épaisseur du dossier constitue un indice supplémentaire permettant de se faire une idée de la durée ou du nombre des hospitalisations.

L'ouverture du dossier laisse ensuite le lecteur face à un recueil de documents hétérogènes, aux auteurs multiples. Pièces administratives, examens cliniques, rapports médicaux, lettres personnelles dans certains cas, ces éléments retracent la « carrière institutionnelle » du patient et permettent aux équipes soignantes et médicales d'identifier et de suivre celui ou celle dont elles ont la charge. Une des pièces majeures du dossier – et qui se

⁸⁴ Sur l'émergence du dossier de patient, dans une approche comparative franco-allemande (Paris / Berlin), voir : Volker Hess, « Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830) », in *Medizinhistorisches Journal*, 45, 2010, p. 293-340.

⁸⁵ Volker Hess, Sophie Ledebur, « Taking and Keeping : A Note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records », in *Journal of the Society of Archivists*, 32(1), 2011, p. 21-33 ; Volker Hess, « Formalisierte Beobachtung... », *op. cit.*, p. 293-340 ; Sophie Ledebur, « Schreiben und Beschreiben... », *op. cit.*

⁸⁶ Volker Hess, « Die Alte Charité, die moderne Irrenabteilung und die Klinik (1790-1820) », in Johanna Bleker, Volker Hess, *op. cit.*, p. 52 ; Volker Hess, Sophie Ledebur, « Taking and Keeping... », *op. cit.*, p. 28 ; Volker Hess, « Formalisierte Beobachtung... », *op. cit.*, p. 310.

⁸⁷ Sur l'histoire de la conduite et de l'écriture des dossiers de patients de psychiatrie, à la Charité, entre 1866 et 1945, voir la thèse de médecine récemment publiée : Ole Dohrmann, *Die Entwicklung der medizinischen Dokumentation im Charité-Krankenhaus zu Berlin am Beispiel der psychiatrischen Krankenakten von 1866 bis 1945*, Husum, Matthiesen Verlag, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 2015.

⁸⁸ Volker Hess, Sophie Ledebur, « Taking and Keeping... », *op. cit.*, p. 29-30.

trouve également au centre de notre travail – est la *Krankengeschichte* (histoire du malade), document de plusieurs pages rédigé par le médecin ou le psychologue en charge du patient. À la différence du dossier au sein duquel elle s'insère, la *Krankengeschichte* est généralement écrite par un auteur principal et organisée de manière narrative (avec un début : l'admission, et une fin : la sortie⁸⁹). Elle se divise en deux temps. On y trouve tout d'abord la retranscription de l'anamnèse – du grec *mnésia* (« se souvenir ») : il s'agit des renseignements fournis par le patient (ou par l'un de ses proches) sur son passé et sur l'histoire de sa maladie. L'anamnèse est réalisée lors des premiers entretiens effectués avec le patient, immédiatement après son admission à la clinique, sous réserve que son état le lui permette. Elle vise à dresser un premier bilan de son état de santé, à esquisser un premier diagnostic. Dans les services de psychothérapie de la clinique, ces entretiens ont lieu dans le bureau du thérapeute, « entre quatre yeux, sans qu'un autre n'écoute »⁹⁰, comme le souligne E.S. qui y a exercé la fonction de psychologue. En ce qui concerne les services de psychiatrie, il peut arriver que les entretiens aient lieu au chevet du patient, quand ce dernier ne peut quitter son lit⁹¹. Cela dit, dans ces services, au cours des années 1960, la tendance est également à un renforcement de l'intimité offerte au patient, dans le cadre des échanges avec le thérapeute⁹². Durant ce premier échange, le patient se raconte au fil des questions posées par son interlocuteur, il est invité à « parler de soi ». L'anamnèse médicale, telle qu'elle est pratiquée ici et qui laisse une place importante à la parole du patient, s'apparente aux « générateurs de biographie », désignés comme tels par le sociologue Alois Hahn⁹³. Ces formes de « thématization » de soi – comme la confession, la psychanalyse, le journal intime, l'aveu devant le tribunal, etc. – permettent le passage d'une identité à soi (*Identität an sich*) – qui serait universelle – à une identité pour soi (*Identität für sich*). Un « moi implicite » laisse alors place à un « moi explicite ».

Dans le dossier, la retranscription de l'anamnèse suit un chemin plus ou moins formalisé : la situation familiale est rapidement évoquée (notamment les éventuels antécédents familiaux), vient ensuite le parcours social (enfance, formation, vie professionnelle), et enfin la description du mal dont souffre le patient. En raison de leur formation, les psychologues qui officient principalement au sein des services de

⁸⁹ Volker Hess, « Formalisierte Beobachtung... », *op. cit.*, p. 295.

⁹⁰ « Unter vier Augen, ohne, daß ein anderer da noch zuhört. » Entretien mené avec E.S., le 11 mars 2014 à Berlin.

⁹¹ Entretien avec H.S., le 27 février 2014 à Berlin. Durant les années 1960, H.S. exerce la profession de médecin-chef au sein de la clinique.

⁹² La demande d'équiper les bureaux des médecins de double-porte en est une preuve manifeste. À ce sujet, voir la deuxième partie du chapitre 2 (« La clinique psychiatrique et neurologique de la Charité [1957-1969] : entre une histoire de la psychiatrie et une histoire sociale du pouvoir communiste), intitulée : 2. La *Nervenlinik* : un espace hétérogène en constante restructuration.

⁹³ Alois Hahn, « Identität und Selbstthematisierung », in Alois Hahn, Volker Kapp, *Selbstthematisierung und Selbstzeugnis : Bekenntnis und Geständnis*, Francfort sur le Main, Suhrkamp, 1987, p. 9-24, ici p. 12.

psychothérapie, réalisent des anamnèses plus approfondies que leurs collègues médecins, comme en attestent les dossiers. En ce qui concerne les modalités de production du dossier, deux options sont possibles : durant l'entretien, le rédacteur peut écrire directement dans le dossier, ou alors – et c'est la situation la plus courante – il prend des notes, avant de procéder à une reformulation au propre dans le dossier (à la main ou à l'aide d'une machine à écrire).

Après l'anamnèse, la *Krankengeschichte* se poursuit avec le parcours de soin (*Verlauf*), qui retrace le séjour du patient au sein des services selon une logique chronologique. Le rédacteur y fait mention d'éléments qu'il considère comme significatifs, qu'il s'agisse d'éventuels entretiens thérapeutiques, de la visite du chef de service, de certains propos ou actes du patient, etc. Tout comme l'anamnèse, le parcours de soin constitue bien un document construit d'après une perspective univoque, celle de l'observateur. Ce sont les psychologues ou les médecins qui rédigent ce document, choisissant de faire mention de certains événements ou dires du patient, qui peuvent éventuellement participer à l'élaboration d'un diagnostic. Au cœur de la production de ce document se trouvent des processus de traduction, de reformulation et de mise sous silence, à l'initiative du rédacteur qui poursuit une logique démonstrative.

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre des parties qui la constitue, le contexte d'élaboration de la *Krankengeschichte* est ainsi marqué par « la dissymétrie de pouvoir entre ceux qui écrivent et ceux sur lesquels on écrit »⁹⁴. Comme le souligne Benoît Majerus, « ce déséquilibre qui caractérise les rapports policiers ou les enquêtes judiciaires est encore renforcé pour l'archive psychiatrique : le patient, objet de l'écriture, est souvent mis sous tutelle une deuxième fois par la réduction de ses dires et de ses actions à son supposé état de malade »⁹⁵. C'est ce que l'historien nomme la « circularité diagnostique »⁹⁶, qui enferme les mots et les réactions des patients dans une logique démonstrative, visant à établir un diagnostic. À partir du moment où ils franchissent le seuil de la clinique, les mots des patients deviennent ainsi « un signe supplémentaire de leur maladie et leur maladie [est] une raison pour ne pas prendre en compte leurs paroles »⁹⁷.

Cependant, au-delà de la logique sélective et démonstrative qui préside à l'élaboration de la *Krankengeschichte* comme à la constitution du dossier, « [les internés] sont loin d'être inaudibles et incompréhensibles »⁹⁸. Ce sont bien leurs paroles qui sont retranscrites par les rédacteurs, de manière directe (les dires du patient sont alors mis entre guillemets) ou

⁹⁴ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, op. cit., p. 35.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ *Ibid.*, p. 24.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

indirecte (selon la formule : « Le patient dit que... », ou en utilisant le subjonctif I⁹⁹). Les questions posées par les médecins sont, quant à elles, mises entre parenthèses¹⁰⁰. Notons que, dans la pratique, et comme en attestent les dossiers, ces règles sont suivies avec plus ou moins de rigueur, les guillemets pouvant être oubliés, le subjonctif I faisant parfois place à l'indicatif sans logique apparente, ce qui peut rendre plus difficile l'identification des propos tenus par le patient¹⁰¹. Cela étant, en comparaison avec d'autres spécialités médicales qui s'appuient sur des examens portant sur le corps du sujet souffrant, la psychiatrie accorde bien une place centrale à la parole du patient, dans l'établissement du diagnostic¹⁰². Comme l'écrit Karl Leonhard dans un manuel datant de 1948 :

« la psychiatrie s'occupe de maladies qui s'accompagnent de troubles psychiques. Ceux-ci constituent dans la plupart des cas les seules expressions de la souffrance; lors des examens corporels les plus précis, rien ne laisse penser à une maladie. »¹⁰³

À la différence des autres spécialités médicales, la parole du patient constitue en psychiatrie le principal moyen dont dispose le thérapeute pour accéder à un mal dont les symptômes se font invisibles¹⁰⁴. Si elle ne nous parvient qu'au travers du regard de l'observateur, la parole du patient détient donc une place relativement importante dans le dossier. Au-delà du filtre médical qui pèse sur cette source, il semble tout à fait possible de retrouver la trace des expériences des patients : il s'agit alors de « prendre au sérieux » leurs récits, leurs réactions, leurs gestes. « Contre-lire les archives psychiatriques »¹⁰⁵, « lire entre

⁹⁹ En allemand, la fonction principale du subjonctif I est de rapporter les propos d'un tiers. Il est utilisé dans les dossiers pour rapporter les propos des patients.

¹⁰⁰ À la Charité, c'est sous le directorat de Theodor Ziehen, entre 1905 et 1912, que sont mises en place de telles directives concernant l'écriture de l'anamnèse comme du parcours de soin. Ces nouvelles exigences dans la manière d'écrire sont à mettre en relation avec les aspirations scientifiques de la jeune discipline psychiatrique, elles visent à éliminer du dossier toute trace de la subjectivité de l'observateur et du rédacteur. À ce sujet, voir : Sophie Ledebur, « Schreiben und Beschreiben... », *op. cit.*, p. 111.

¹⁰¹ Dans la traduction des extraits de dossiers, nous nous efforcerons de reproduire le plus fidèlement possible la version originale.

¹⁰² D'après un dictionnaire de psychiatrie datant de 1968, l'entretien mené avec le patient – appelé également exploration – constitue « le fondement du diagnostic psychiatrique ». Claus Haring, Karl Heinz Leickert, *Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, Stuttgart, F.K. Schattauer-Verlag, 1968, p. 212.

¹⁰³ « Die Psychiatrie beschäftigt sich mit den Krankheiten, die mit seelischen Störungen einhergehen. Großenteils sind diese die alleinigen Äußerungen des Leidens, nichts deutet dann bei der genauesten körperlichen Untersuchung auf eine Krankheit hin. » Karl Leonhard, *Grundlagen der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1948, p. 1. Nous soulignons.

¹⁰⁴ Comme l'écrit Benoît Majerus, « malgré des efforts permanents pour s'intégrer dans le monde médical, la psychiatrie n'a jamais réussi à se libérer de la parole du patient comme l'ont fait les autres spécialités médicales au XIX^e siècle ». Benoît Majerus, « Dire la folie. Expériences de patients psychiatriques (1930-1980) », in Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op. cit.*, p. 293-302, ici p. 301.

¹⁰⁵ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 25.

les lignes »¹⁰⁶, « rendre visible le vécu des patients »¹⁰⁷ : autant de formulations qui invitent l'historien à « s'affranchir du point de vue du médecin »¹⁰⁸, à dépasser la « circularité diagnostique » qui enferme les mots et les actes du patient, pour tenter de saisir le sens qu'il donne à sa propre expérience.

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué précédemment, dans le contexte particulier de la RDA, la logique de « circularité diagnostique » prend une dimension tout à fait particulière, qui nous est apparue au contact des sources. Dans le cadre des échanges avec les thérapeutes, les patients de psychiatrie et de psychothérapie prennent la parole selon des règles qui diffèrent de celles en vigueur au sein de la société socialiste. Étant perçus comme des patients, réduits en quelque sorte à leur état de malades, leurs mots sont entendus comme autant de symptômes d'une maladie¹⁰⁹. C'est la raison pour laquelle ils bénéficient d'une liberté de ton plutôt inédite en RDA, pouvant aborder des sujets au contenu politique (comme les conflits intérieurs à dimension idéologique, les désaccords avec le parti communiste, la douleur ressentie après la construction du Mur, le souhait de partir à l'Ouest, etc.). Dans le contexte de la société socialiste, la « circularité diagnostique » peut ainsi permettre une certaine libération de la parole de l'individu. C'est l'une des principales découvertes que nous avons réalisées au fil du dépouillement des dossiers de patients.

6.2.2 Méthode de dépouillement des dossiers

Dans le cadre de cette étude, les dossiers de patients sur lesquels nous nous sommes appuyés proviennent d'un seul fonds d'archives, celui de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité. Ce fonds recouvre plus d'un siècle de psychiatrie : des années 1870 aux années 1970. Environ 70 000 dossiers de patients sont ainsi conservés par les

¹⁰⁶ Karen Nolte, *Gelebte Hysterie...*, *op.cit.*, p. 26. Du même auteur : « Die Erfahrung 'zwischen den Zeilen'. Eine patientenzentrierte Perspektive als eine andere Geschichte », in Marguérite Bos, Bettina Vincenz, Tanja Wirz (dir.), *Erfahrung : Alles nur Diskurs ? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffes in der Geschlechtergeschichte*, Zürich, Chronos, 2004, p. 273-281.

¹⁰⁷ Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung...*, *op. cit.*, p. 42.

¹⁰⁸ Joachim Radkau, « Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität », in Dieter Meyer, Bernd Hey (dir.), *Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung*, Neustadt an der Aisch, Degener, 1997, p. 73-101, ici p. 92. Du même auteur, voir également : *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, Munich, Hanser, 1998.

¹⁰⁹ L'échange thérapeutique peut alors apparaître comme une « situation », au sens où l'entend Erving Goffman, c'est-à-dire « comme "ordre de l'interaction", relativement autonome par rapport aux structures macrosociales », et qui a une « structure propre », « ses propres règles » et « des processus propres ». Voir à ce sujet : Daniel Cefaï, Édouard Gardella, « Comment analyser une situation selon le dernier Goffman ? De Frame Analysis à Forms of Talk » in Daniel Cefaï, Laurent Perreau (dir.), *Erving Goffman. L'ordre de l'interaction*, Paris, CURAPP-CEMS, 2012, p. 235. Pour définir le concept de « situation » selon Erving Goffman, les auteurs s'appuient notamment sur le texte suivant : Erving Goffman, « La situation négligée », in Yves Winkin (dir.), *Les moments et leurs hommes*, Paris, Seuil, 1964, p. 149. Cité par Daniel Cefaï et Édouard Gardella, *op. cit.*, p. 235.

archives psychiatriques de la Charité (*Historisches Psychiatriearchiv der Charité*, [HPAC]), sous l'égide de l'Institut d'histoire de la médecine de Berlin¹¹⁰. Au moment où nous avons commencé cette recherche, ces dossiers – ainsi que l'ensemble des archives de la clinique – n'avaient pas fait l'objet d'un traitement systématique par un service d'archives.

En ce qui concerne les dossiers issus des années 1960, ils sont séparés selon le sexe du patient. La date d'admission constitue un second critère de classement jusqu'en 1965, date à partir de laquelle les dossiers sont classés par ordre alphabétique. Entre 1960 et 1968, on trouve approximativement entre 800 et 1200 dossiers par année (tous services confondus, ce qui inclut les services de neurologie et les services de psychiatrie et de neurologie infantiles). Selon les années, entre 40 et 50% des dossiers conservés concernent les services de psychiatrie (pour adultes) et de psychothérapie (ce qui correspond approximativement à un chiffre compris entre 400 et 500 dossiers par an). Si l'on compare le nombre de dossiers présents avec le nombre des admissions, on peut estimer que, selon les années, au minimum 50 à 70% des dossiers ont été transmis à ce fonds (cette estimation approximative est une estimation minimale puisqu'un seul dossier peut se référer à plusieurs admissions)¹¹¹.

Pour travailler à partir de ces sources, il convient de déterminer au préalable certains critères de sélection, et ce afin d'éviter de se noyer dans cette masse documentaire. Nous avons tout d'abord décidé de nous concentrer sur les dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques, laissant de côté ceux issus des services de neurologie et des services pour enfants¹¹². Au sein de ce corpus, nous avons privilégié les dossiers où était présente une *Krankengeschichte*, puisque c'est autour de ce document que s'articule principalement – bien que non exclusivement – notre analyse. S'ils sont construits selon une même logique médico-administrative, les dossiers de patients sont extrêmement hétérogènes : certains sont vides ou presque, vidés de leur contenu pour une raison inconnue ou parce que le patient n'est tout simplement pas resté à la clinique, ; d'autres sont tellement épais, qu'ils doivent être ficelés afin de pouvoir conserver leur contenu débordant, ce qui reflète bien souvent de multiples séjours à la clinique. L'ouverture d'un carton reste donc toujours une expérience unique, puisqu'il est impossible de déterminer à l'avance combien de dossiers il contiendra (ce nombre varie en fonction de l'épaisseur de chaque dossier), ni combien d'entre eux se rapporteront à un séjour en psychiatrie ou en psychothérapie.

¹¹⁰ Sur le potentiel historique de ces archives, illustrée par une étude de cas, voir : Ulrike Klöppel, « Das historische Krankenakten-Archiv der Nervenlinik der Charité », in *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, 12, 2009, p. 267-270. Sur l'histoire de cette documentation médicale, voir : Ole Dohrmann, *op. cit.*

¹¹¹ Nous nous sommes appuyés sur les registres d'admission de la clinique pour effectuer cette comparaison. HPAC, *Aufnahmebücher* (1960-1968).

¹¹² Pour effectuer ce premier tri, nous nous sommes appuyés sur la couverture du dossier où l'on trouve le diagnostic posé par le médecin ainsi que le numéro du service où le patient a effectué son séjour.

Après avoir défini ces premiers critères de sélection, la première étape de ce travail a consisté en une immersion au sein du fonds d'archives¹¹³. Nous avons commencé par parcourir une série de dossiers choisie au hasard¹¹⁴, en tentant de saisir de quelle manière le contexte spécifique de la RDA – sous quelque forme que ce soit – pouvait s'y faire jour. Véritable plongée à l'aveugle, cette première étape a permis d'opérer une familiarisation avec ce type de source, sans avoir défini préalablement de questionnements précis. Il s'agissait de relever les traces laissées par le contexte politique dans cette archive médicale. En ce sens, c'est donc une démarche inductive qui a tout d'abord été la notre, et qui peut peut-être s'apparenter à ce que l'historienne Arlette Farge désigne sous le terme d'imprégnation¹¹⁵. Au fur et à mesure de cette première approche sont apparues des pistes de réflexion – aux contours tout d'abord vagues –, à partir desquelles nous avons poursuivi un dépouillement systématique des dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques issus de la période 1960-1968 (ce qui représente approximativement plus de 3200 dossiers). Si nous avons décidé de commencer par l'année 1960, c'est parce qu'elle correspond à la première année entière au cours de laquelle fonctionne le service de psychothérapie (ouvert en 1959). Quand à 1968, il s'agit de la dernière année entière du directorat de Karl Leonhard. Les dossiers de patients étant intimement liés au contexte dans lequel ils sont produits, nous avons décidé de restreindre le fonds à étudier à une période pour laquelle nous étions en mesure d'apporter des éléments précis de contextualisation (à savoir le directorat de Karl Leonhard).

Forgées au contact des sources, les pistes de réflexion se sont progressivement renforcées jusqu'à constituer une grille d'interprétation s'articulant autour de quatre axes thématiques : la lecture des conflits politiques, le parti « dans les têtes », l'expérience du Mur et de la division allemande, et les traces laissées par les conflits, de la Seconde Guerre mondiale à la Guerre froide, dans les dossiers de patients. C'est à partir de ce cadre d'interprétation évolutif que nous avons constitué des séries de dossiers. Élaborer ces séries, c'est-à-dire « rassembler le même », n'a pas été chose aisée, car chaque dossier de patient renferme une situation personnelle et singulière, qu'il peut être difficile de comparer à d'autres. Le fait que les axes thématiques détiennent des contours relativement lâches nous a néanmoins permis de constituer un corpus cohérent pour chacune de ces pistes de réflexion. Si ce cadre d'analyse est né de la lecture des sources, c'est bien au travers d'un regard spécifique que nous avons abordé ces archives psychiatriques, dans une logique de sélection

¹¹³ La métaphore marine semble ici tout à fait appropriée. À ce sujet, voir Arlette Farge, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil, 1989, p. 10.

¹¹⁴ Cette première série était constituée d'environ 130 dossiers, issus de la période 1961-1968, concernant des patients et des patientes ayant fréquenté les services psychiatriques ou psychothérapeutiques de la clinique.

¹¹⁵ Arlette Farge, *op. cit.*, p. 86.

des informations et selon un choix nécessairement subjectif.

Si nous avons choisi de ne pas recourir à la pratique de l'échantillonnage, c'est pour une raison simple. Il nous est vite apparu que les dossiers que nous mettions à part constituaient plutôt des « cas-limites », des singularités, au sein du fonds d'archives. Nous avons donc opté pour un dépouillement systématique des archives présentes, procédé chronophage mais dont les résultats se sont avérés fructueux. Le travail de dépouillement a ainsi consisté à rassembler, puis à mettre en relation, les dossiers se rapportant à l'une ou l'autre des pistes de réflexion. Dans le cadre de cette étude, ces dossiers ne représentent autant de « cas » que dans la mesure où ils « font problème »¹¹⁶, et offrent ainsi la possibilité de s'interroger autour d'une question commune : celle du rapport entre individu et politique au sein de la société est-allemande des années 1960.

À partir de ces sources singulières, il s'agit donc de « penser par cas » selon la formulation avancée par Jacques Revel et Jean-Claude Passeron¹¹⁷. Comme l'écrivent ces auteurs, « faire cas, c'est prendre en compte une situation, en reconstruire les circonstances – les contextes – et les réinsérer ainsi dans une histoire, celle qui est appelée à rendre raison de l'agencement particulier qui d'une singularité fait un cas »¹¹⁸. Cette histoire complexe au sein de laquelle nous nous proposons de réinsérer ces cas, c'est celle de la société est-allemande des années 1960 et de ses enchevêtrements avec le politique. C'est donc principalement autour d'études de cas que s'articulera notre réflexion qui visera à saisir – à partir des expériences singulières des patients – certaines des tensions qui traversent la société socialiste. Ce faisant, c'est donc une analyse qualitative qui est proposée ici, et qui ne vise une généralisation qu'au sens où Roland Barthes l'entendait, à savoir non pas « une opération quantitative (induire du nombre de ses occurrences la vérité d'un trait) mais qualitative (insérer tout terme même rare dans un ensemble de relations) »¹¹⁹. À partir des archives psychiatriques qui en gardent la trace, et dont la singularité ne vient pas remettre en cause le potentiel historique, il s'agit donc de replacer les expériences de ces patients – ainsi que le regard qui est posé sur eux – dans leur historicité propre.

Cette étude se divise en deux temps. Si la première partie vise à poser les cadres de notre recherche, la seconde est consacrée aux histoires, aux expériences, aux trajectoires des

¹¹⁶ Jean-Claude Passeron, Jacques Revel, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », in Jean-Claude Passeron, Jacques Revel, (dir.), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005, p. 10.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 22.

¹¹⁹ Roland Barthes, *Critique et vérité*, in Roland Barthes, *Oeuvres complètes. Tome II 1966-1975*, Paris, Seuil, 1994, p. 45.

patients. Dans le cadre de la première partie, nous reviendrons tout d'abord sur la situation du secteur psychiatrique au sein du système de santé socialiste, durant la période des années 1960. En l'inscrivant dans l'histoire de la psychiatrie européenne, il s'agira de pointer ce qui fait la spécificité de la psychiatrie en RDA, en mettant l'accent sur ses relations avec le pouvoir politique. De l'échelle de la RDA, nous passerons ensuite à l'échelle d'un établissement : la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité. Quand on retrace la situation de cette clinique au cours des années 1960, on perçoit bien dans quelle mesure l'histoire de cet établissement s'inscrit pleinement dans celle de la psychiatrie européenne et des transformations qui la traversent à cette époque-charnière. Le contexte politique et idéologique de la RDA influe également sur le quotidien de la *Nervenlinik*, et ce bien que la pénétration du pouvoir politique se heurte à certaines limites, relatives au fonctionnement classique d'une clinique universitaire. C'est dans cette oscillation, entre histoire de la psychiatrie et histoire sociale du communisme, qu'il s'agira de dresser le tableau de la *Nervenlinik*, durant le directorat de Karl Leonhard.

Après une première partie consacrée à la contextualisation de notre terrain d'enquête, nous nous pencherons sur les « histoires des patients », en partant de l'analyse de leurs dossiers. Chaque chapitre de cette seconde partie s'articule autour d'une piste de réflexion née au contact des sources et présente une unité thématique. Le rôle du fait politique dans les conflits mentionnés par les patients, ainsi que l'interprétation qui en est faite par le thérapeute constitue le premier axe directeur de cette étude. Qu'il s'agisse de conflits familiaux, de conflits intérieurs ou de conflits face au régime, s'ils se voient traversés par une dimension politique ou idéologique, ils sont lus par le thérapeute dans le cadre d'une grille d'interprétation où la logique de « circularité diagnostique » joue un rôle central, ce qui explique une certaine libération de la parole. Le cas particulier des « patients-camarades » vient confirmer cette analyse. L'échange thérapeutique peut en effet permettre aux membres du parti de s'ouvrir au sujet de leurs expériences douloureuses de la discipline partisane. Plus largement, l'étude de ce groupe de patients permet d'interroger l'enchevêtrement des logiques politiques et médicales quand des camarades du SED se font patients d'une clinique psychiatrique. L'une des modalités selon lesquelles le contexte politique de la RDA se fait jour entre les murs de la clinique est bien à mettre en relation avec l'appartenance ou non de ses acteurs au parti communiste. Un troisième axe de recherche viendra interroger l'empreinte laissée à chaud par la construction du mur de Berlin dans les esprits des patients, ainsi que l'interprétation qui peut en être faite par le savoir psychiatrique. Les dossiers de patients permettent d'interroger les modalités selon lesquelles le Mur « est entré dans les têtes »,

faisant basculer certains individus dans la sphère de la dépression, de l'angoisse ou de la folie. Enfin, dans le cadre d'un dernier chapitre, ce sont les traces laissées par la Seconde Guerre mondiale et la Guerre froide dans les dossiers de patients qui se trouveront au cœur de notre réflexion. C'est une version « vue d'en bas » de la sortie de guerre et du conflit entre les deux blocs dont il sera question, dont les patients se feront les principaux acteurs.

PREMIÈRE PARTIE :

PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ, DE L'ÉCHELLE DE LA RDA À CELLE DE LA CLINIQUE

CHAPITRE 1 :

La psychiatrie en RDA, entre indifférence politique et atomisation

Sans revenir en détails sur l'histoire de la psychiatrie en RDA, ce chapitre introductif a pour objectif d'esquisser des points de repères concernant la situation du secteur psychiatrique et ses relations avec le pouvoir politique, en replaçant cette esquisse dans un contexte plus vaste. Si l'une des caractéristiques de la psychiatrie en RDA réside dans sa situation marginale au sein du système de santé socialiste et dans son isolement vis-à-vis de la société, elle se fait particulièrement jour au cours des années 1960. Le manque d'intérêt politique porté à la psychiatrie devient alors visible, à un moment où des velléités de réformes apparaissent mais se heurtent à l'absence de tout soutien effectif de la part de l'État. Jusqu'alors, la situation de la psychiatrie en RDA ne diffère guère de celle de sa voisine ouest-allemande, puisqu'elle doit faire face à des difficultés structurelles globalement identiques et à un désintérêt dépassant largement la frontière idéologique du Rideau de fer. Mais contrairement à ce qui se passe en RFA, où le thème de la psychiatrie investit le débat public, en relation avec les mouvements sociaux des années 1960, et où une réforme est finalement prise en charge par l'État, ce processus n'a pas lieu en RDA. L'absence d'un vaste programme de réformes, qui aurait été mis en place à l'échelon central, marque profondément le paysage psychiatrique en RDA, qui se fait particulièrement hétérogène et éclaté.

1. De l'après-guerre aux années 1960, entre héritages et continuités

1.1 L'héritage de la période national-socialiste

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la situation du secteur psychiatrique en RDA est marquée par de nombreuses difficultés qui sont largement partagées par sa voisine ouest-allemande. La première d'entre elles est constituée par le très lourd héritage laissé par la période national-socialiste et qui jette un profond discrédit sur la discipline.

Entre 1939 et 1945, des dizaines de milliers de malades mentaux sont en effet exterminés au sein du Troisième Reich, dans le cadre d'une politique eugéniste visant à « protéger la pureté de la race aryenne ». Les théories eugénistes, qui connaissent un succès croissant en Allemagne dès les années 1920, permettent de construire une argumentation ayant pour but de légitimer « scientifiquement » une telle politique¹²⁰. La première étape est marquée en 1934 par l'entrée en vigueur d'une loi visant à la stérilisation massive de certaines catégories de la population, jugées inaptes à la reproduction, et dont font partie les déficients mentaux (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*)¹²¹. Entre 1939 et 1941, la mise en œuvre de l'« action T4 » traduit une radicalisation notable des mesures eugénistes à l'encontre des malades mentaux¹²². Lancé à l'automne 1939, ce programme d'assassinats systématiques vise à éliminer certains patients de psychiatrie – les critères précis varient dans le temps – qui représentent non seulement un fardeau pour l'économie de guerre, mais aussi une tache pour la société aryenne¹²³. Après avoir été « sélectionnées » au sein des établissements locaux, les

¹²⁰ Paul Weindling, *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

¹²¹ Gisela Bock, *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1986.

¹²² Le terme « action T4 », utilisé après 1945, provient de l'adresse du bureau central des opérations, situé au n° 4 de la Tiergartenstraße à Berlin.

¹²³ Pour une présentation détaillée du programme d'« euthanasie », voir notamment : Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung « lebensunwerten Lebens »*, 1840-1945, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1987, p. 127-239. D'après Hans-Walter Schmuhl, l'action « T4 » laisse place à un programme d'« euthanasie sauvage » entre novembre 1941 et juin 1943. Toujours de manière décentralisée, une réinstitutionnalisation du programme d'« euthanasie » interviendrait au milieu de l'année 1943 (« Aktion Brandt »). Dans le contexte de l'intensification de la guerre aérienne sur l'Allemagne, les transferts de patients reprennent afin de « libérer des places », tandis que les assassinats par injections médicamenteuses s'intensifient. Voir également : Ernst Klee, « Euthanasie » im Dritten Reich : die « Vernichtung lebensunwerten Lebens », Francfort sur le Main, Fischer-Taschenbuch-Verlag, 2010 [1983] ; Götz Aly (dir.), *Aktion T4 : 1939-1945; die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstraße 4*, Berlin, Hentrich, 1987 ; Götz Aly, *Die Belasteten : « Euthanasie » 1939-1945, eine Gesellschaftsgeschichte*, Francfort sur le Main, Fischer, 2013. Pour une approche centrée sur les « histoires de vie » (*Lebensgeschichten*) des victimes (reconstituées à l'aide de dossiers de patients) : Petra Fuchs, Maike Rotzoll, Ulrich Müller, Paul Richter, Gerrit Hohendorf (dir.), « Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst ». *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen « Euthanasie »*, Göttingen, Wallstein Verlag, 2007. Pour un approfondissement de cette perspective et un récent état de la recherche sur la question, voir Maike Rotzoll, Gerrit Hohendorf, Petra Fuchs (et.al.), *Die nationalsozialistische « Euthanasie »-Aktion « T4 » und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*, Paderborn, Schöningh, 2010.

victimes sont transférées dans l'un des six asiles aménagés en centres de la mort, où elles sont exterminées (par gazage). Plus de 70 000 victimes sont assassinées de la sorte jusqu'à l'été 1941, date à laquelle le programme « T4 » prend officiellement fin du fait notamment des pressions exercées par certaines parties de la population allemande. Malgré ce recul apparent, « l'euthanasie »¹²⁴ ne s'arrête pas pour autant, bien au contraire. Elle prend simplement des formes moins visibles. Dans le cadre de l'économie de guerre, les ressources attribuées aux établissements psychiatriques diminuent drastiquement, ce qui entraîne automatiquement des situations de famine en leur sein¹²⁵. À ces privations de nourriture s'ajoutent les overdoses médicamenteuses qui sont pratiquées sur les patients. Finalement, cette deuxième phase, qui repose sur une action décentralisée, se fait plus meurtrière que l'action « T4 ». D'après les estimations des historiens, au total, la politique d'« euthanasie » menée au sein du Troisième Reich fait plus de 160 000 victimes parmi les patients de services psychiatriques et les handicapés mentaux (si l'on inclut les territoires occupés, on aboutit à un nombre de victimes compris entre 250 000 et 300 000 personnes)¹²⁶. Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, les psychiatres allemands, à l'Est comme à l'Ouest, doivent ainsi faire face à ce bilan extrêmement lourd et qui pèse durablement sur l'image de la profession et de la discipline¹²⁷.

À première vue, la confrontation avec le passé nazi se fait plus intense au sein de la zone d'occupation soviétique (*Sowjetische Besatzungszone*, SBZ) que dans les zones d'occupation occidentales. Ainsi, dès 1948, dans le cadre d'un congrès organisé par l'administration centrale de la Santé de la SBZ, les politiques de stérilisations massives et d'« euthanasie » sont inscrites à l'ordre du jour (plusieurs communications s'y rapportent). Dans la résolution finale de ce congrès, les psychiatres et neurologues proclament leur prise

¹²⁴ C'est ce terme qui est employé par les nazis.

¹²⁵ Voir à ce sujet : Heinz Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949*, Fribourg en Brisgau, Lambertus, 1998. Le cas français ne peut être comparé à la situation allemande, comme l'a montré l'historienne Isabelle von Buelzingsloewen. Si, en France, dans le contexte de l'Occupation, la famine a causé la mort d'environ 45 000 aliénés, ces derniers n'ont pas été victimes d'un génocide planifié par les autorités politiques et médicales. C'est bien plutôt l'isolement social dans lequel se trouve cette partie de la population qui explique l'hécatombe dont elle a été victime. Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous...*, *op. cit.*

¹²⁶ Voir Volker Roeckle, « Continuities or ruptures ? Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth-Century German Psychiatry and Mental Health Care », in Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Visselaar, Hugh Freeman (dir.), *Psychiatric Cultures Compared...*, *op. cit.*, p. 162-182, ici p. 171. Volker Roeckle s'appuie lui-même sur les chiffres avancés par Heinz Faulstich, « Die Zahl der Euthanasie-Opfer », in Andreas Frewer, Clemens Eickhoff (dir.), « Euthanasie » und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. *Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*, Francfort sur le Main, Campus, 2000, p. 218-234. Pour un bilan en français, voir Volker Roelcke, « Expérimentations humaines sous le nazisme. Synthèse des travaux récents avec une attention particulière à la psychiatrie », in Christian Bonah, Anne Danion-Grillat, Josiane Olf-Nathan, Norbert Schappacher (dir.), *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006, p. 43-64.

¹²⁷ À ce sujet, voir Franz-Werner Kersting, Karl Teppe et Berndt Walter, « Gesellschaft – Psychiatrie – Nationalsozialismus. Historisches Interesse und gesellschaftliches Bewußtsein », in Franz-Werner Kersting, Karl Teppe et Berndt Walter (dir.), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*, Paderborn, Schöningh, 1993, p. 9-61.

de distance vis-à-vis des « méthodes nazies comme des méthodes de stérilisations forcées », condamnent « les convictions criminelles, qui ont diffamé la psychiatrie allemande dans le monde entier », leur opposant « des méthodes de traitement et de thérapie guidées par des principes humains et hippocratiques »¹²⁸. Cette confrontation apparemment plus directe avec le passé nazi à l'Est qu'à l'Ouest est à mettre en relation avec le discours idéologique officiel en vigueur en SBZ puis en RDA, qui fait du « combat antifasciste » l'un des fondements de sa politique de légitimation. Cependant, au-delà du discours officiel, on ne constate pas, au sein de la profession psychiatrique, de véritable retour critique sur le passé récent de la discipline. Sur ce point, les psychiatres allemands se rejoignent au-delà du Rideau de fer. En RDA comme en RFA, jusqu'aux années 1980, rares sont ceux qui se retournent de manière critique sur les crimes commis sous le Troisième Reich et cherchent à en démêler les responsabilités. Les stratégies développées par la profession consistent plutôt à faire de cette période une « parenthèse abhorrée » marquée par la pression politique nazie, pour se rattacher aux traditions antérieures, dessinant les contours d'une psychiatrie allemande « propre »¹²⁹.

Cependant, la césure de 1945, si elle est revendiquée par les psychiatres, semble pouvoir être relativisée sur de nombreux plans. En RDA comme en RFA, les continuités prévalent notamment en ce qui concerne le personnel médical hautement qualifié. La politique de dénazification, si elle est menée plus tôt en SBZ qu'au sein des zones d'occupation occidentales ne touche les médecins de ces établissements que de manière superficielle. L'une des procédures judiciaires les plus importantes menées au sein de la SBZ est le procès de Dresde, au cours duquel le maître d'œuvre de l'action T4, Hermann Paul Nitsche, est condamné à mort, de même que 14 médecins, soignants et infirmières ayant exercé au sein du secteur psychiatrique de Saxe¹³⁰. Mais, dans l'ensemble, le groupe professionnel des médecins – bien qu'il se soit particulièrement engagé au sein du national-socialisme – se trouve plutôt épargné par les mesures de dénazification, en comparaison avec d'autres professions comme les juristes ou les enseignants¹³¹. Bien que l'on constate des différences locales notoires, dans cette période de reconstruction, le maintien du fonctionnement du système de santé se voit le plus souvent privilégié au détriment de la

¹²⁸ Cité par Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 216.

¹²⁹ Pour la RFA : Volker Roeckle, « Continuités or ruptures ?... », *op. cit.*, p. 172. En ce qui concerne la RDA, Sabine Hanrath parvient aux mêmes conclusions. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 217-220. Sur la façon dont la médecine allemande d'après-guerre, en RFA comme en RDA, aborde « l'euthanasie » mise en place durant la période national-socialiste, voir : Sascha Topp, *Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie*, Göttingen, V&R unipress, 2013..

¹³⁰ Joachim S. Hohmann, *Der « Euthanasie »-Prozeß Dresden 1947 : eine zeitgeschichtliche Dokumentation*, Francfort sur le Main, Lang, 1993.

¹³¹ Anna Sabine Ernst, « Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus »..., *op. cit.*, p. 204-205. Sur la situation en RFA (concernant les psychiatres), voir : Volker Roeckle, « Continuités or ruptures ?... », *op. cit.*, p.172-173.

recherche de responsabilités individuelles. Sur ce point, les politiques menées au sein des zones d'occupation occidentales et orientale suivent une logique comparable – qui privilégie un certain pragmatisme – le secteur psychiatrique ne faisant en aucun cas exception.

1.2 Une relégation qui perdure après la guerre

Au-delà de la gestion de l'héritage nazi, la situation de la psychiatrie en SBZ puis en RDA, est globalement comparable à celle de sa voisine ouest-allemande, et ce jusqu'aux années 1960. Cette situation s'explique par une relégation de la psychiatrie au second plan des politiques publiques qui prend ses racines au-delà de la période national-socialiste. Parce qu'elles partagent la même histoire, les psychiatries allemandes doivent faire face à des difficultés structurelles similaires, dont les causes sont antérieures à la période du Troisième Reich. Pour comprendre la situation de la psychiatrie en RDA, il convient ainsi de s'interroger sur les lignes de continuité non seulement spatiales (franchissant le Rideau de fer) mais également temporelles (dépassant la césure de 1945)¹³². Ainsi, par exemple, si l'ensemble des bâtiments psychiatriques de RDA sont particulièrement vétustes au sortir de la guerre, c'est avant tout parce que ces infrastructures n'ont reçu aucun investissement depuis la crise économique du début des années 1930¹³³. Face à la vétusté des bâtiments qui nécessiterait une modernisation, à leur surpopulation durable, aux besoins d'assainissements des infrastructures psychiatriques, peu de mesures d'importance sont prises à l'Est comme à l'Ouest, ce qui relativise la spécificité de la situation de la psychiatrie en RDA. Ce manque de décisions politiques fortes face à un secteur en difficulté témoigne de « la signification marginale, attribuée au secteur psychiatrique au sein des deux systèmes de santé »¹³⁴.

Cette situation reflète, d'après l'historienne Sabine Hanrath, « un problème structurel » inhérent aux systèmes de santé, de RDA comme de RFA¹³⁵. À l'Est, les priorités semblent néanmoins plus nettement affichées, en relation avec la place centrale accordée au travail et à la « classe des travailleurs ». En RDA, si la santé des citoyens doit être considérée non seulement comme une affaire d'État mais aussi comme l'affaire de tous, c'est bien parce qu'elle constitue un facteur-clé permettant à la société socialiste de maintenir et d'augmenter sa capacité de travail. Dans le discours des autorités communistes, l'intérêt pour la santé des individus est intimement lié au programme politique global qui se réclame de l'idéologie

¹³² Dans cette perspective, la perspective comparatiste développée par l'historienne Sabine Hanrath – qui s'appuie sur l'étude de deux établissements psychiatriques de part et d'autre de la frontière germano-allemande – s'avère particulièrement utile. Sabine Hanrath, *op.cit.*.

¹³³ Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 94.

¹³⁴ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 453.

¹³⁵ *Ibid.*

marxiste-léniniste et au sein duquel le travail joue un rôle central. Au sein de la société socialiste et d'après l'idéologie officielle, le travail se trouve au cœur du fonctionnement social, dépassant sa fonction première de « moyen de subsistance » pour devenir un gage d'« honneur »¹³⁶. Dans les directives officielles relatives au système de santé, et ce dès mars 1947, on retrouve logiquement cette place centrale accordée au travail et à l'augmentation de la capacité de production¹³⁷. La priorité donnée aux actifs s'illustre notamment dans le développement d'un réseau de soins au sein des entreprises (*Betriebsgesundheitswesen*). Reproduction de la population et augmentation de la force de travail constituent ainsi deux lignes de force de la politique de santé en RDA¹³⁸. Les « non-productifs » comme les personnes âgées, les handicapés, et les malades mentaux, ne se trouvent donc pas au centre des préoccupations politiques. D'après l'historien Klaus-Dieter Müller, leur discrimination se voit ainsi « idéologiquement justifiée »¹³⁹. L'importance accordée au travail et aux actifs au sein du système de santé socialiste participe manifestement au processus de relégation dont est victime la psychiatrie en RDA. Cependant, afin de relativiser cette spécificité, il convient de rappeler qu'en RFA, ce secteur n'apparaît nullement comme un secteur prioritaire pour les politiques de santé d'après-guerre¹⁴⁰. La relégation de la psychiatrie en RDA ne s'explique donc pas seulement par l'importance accordée à la valeur travail et aux actifs, il convient de l'insérer dans un contexte plus vaste au sein duquel ce secteur se voit relégué au second plan des politiques de santé. C'est le refus de cette situation qui conduit d'ailleurs aux mouvements de réformes qui caractérisent la deuxième moitié du XX^e siècle dans plusieurs États européens, et qui tentent d'ouvrir la psychiatrie sur la société.

À l'Est comme à l'Ouest, le secteur de la psychiatrie ne constitue donc pas une priorité des politiques de santé et les difficultés structurelles persistent durablement après 1945. La vétusté des bâtiments et leur surpopulation continuent ainsi à peser lourdement sur le quotidien des établissements psychiatriques. De la même façon, le manque de personnel n'est pas un problème nouveau pour ce secteur et perdure après la guerre. Cela dit, si la situation est comparable en ce qui concerne le personnel soignant, elle se fait diamétralement opposée quand on s'intéresse à la situation des médecins. Alors qu'en RFA, le marché du travail est

¹³⁶ *Grundlagen des Marxismus-Leninismus. Lehrbuch*, Berlin, 1960, Dietz Verlag, p. 677.

¹³⁷ D'après les directives concernant la politique de santé formulées par le SED en 1947, « le maintien de la santé et de la capacité de production des actifs est une des missions vitales (*Lebensaufgabe*) du peuple et une condition de la reconstruction ». *Gesundheitspolitischen Richtlinien der SED*, 31 mars 1947.

¹³⁸ Winfried Süß, « Gesundheitspolitik », in Hans Günter Hockerts (dir.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, Munich, Oldenbourg Verlag, p. 55-100, p. 59.

¹³⁹ Klaus-Dieter Müller, « Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und der DDR 1945-1989 » in Robert Jütte (dir.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*, Cologne, Deutscher Ärzte-Verlag, 1997, p. 247.

¹⁴⁰ Sabine Hanrath, *op.cit.*, p. 453.

saturé, la RDA doit faire face à une pénurie de médecins et notamment de spécialistes comme les psychiatres. La possibilité de franchir le Rideau de fer, qui subsiste jusqu'à la construction du mur de Berlin en août 1961, rend la situation en RDA d'autant plus tendue que ce territoire dispose d'une couverture médicale insuffisante dès l'immédiat après-guerre. Jusqu'en 1961, environ 7500 médecins franchissent définitivement la frontière vers l'Ouest¹⁴¹. Si l'on se rapporte aux chiffres de 1946, il s'agit de la moitié du personnel médical actif en SBZ¹⁴². Au sein de l'établissement psychiatrique de Görden (dans le Brandebourg), presque un tiers des médecins actifs au cours des années 1950 quittent ainsi leur poste pour gagner l'Ouest¹⁴³. Cette pénurie de spécialistes constitue l'un des traits caractéristiques qui distingue le secteur psychiatrique est-allemand de son voisin ouest-allemand et pèse durablement sur le quotidien des établissements de RDA.

1.3 La campagne de « pavlovisation » en RDA

Au-delà des problèmes structurels inhérents au secteur psychiatrique, les débats théoriques qui agitent la discipline en RDA font état d'une spécificité est-allemande, liée à une tentative du parti d'influer sur le cadre de référence de la science médicale. Il s'agit de la campagne menée pour diffuser et faire adopter les théories de Pavlov, élevées au rang d'orthodoxie médicale par les autorités soviétiques.

En relation avec les expériences qu'il mène sur la digestion animale à la fin du XIX^e siècle, Pavlov découvre le réflexe conditionnel, à partir duquel il bâtit sa théorie de l'activité nerveuse supérieure¹⁴⁴. Le physiologiste s'intéresse tout particulièrement aux relations existant entre l'organisme et son environnement, relations qui seraient médiatisées par le système nerveux. Selon lui, l'environnement détermine l'activité du système nerveux (ce qui se traduit par un certain agencement de signes d'inhibition et d'excitation), ce qui suscite en retour une réponse de l'organisme. Le système nerveux se trouve ainsi à la jonction entre l'environnement et l'organisme. Les processus psychiques tout comme physiques que l'on peut observer chez l'homme sont alors perçus comme autant de processus physiologiques, en relation directe avec l'activité nerveuse. Premier scientifique russe à recevoir un prix Nobel (en 1904), ce n'est qu'après sa mort que Pavlov est élevé au rang de modèle à suivre, ses théories étant censées devenir le cadre de référence du champ médical soviétique. Dès 1950,

¹⁴¹ Pour plus de précisions à ce sujet, voir le chapitre 2 (4.3. Médecins).

¹⁴² Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 54-55.

¹⁴³ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 395.

¹⁴⁴ Sur la vie de Pavlov et ses travaux, voir : Daniel Todes, *Pavlov's Physiology Factory: Experiment, Interpretation, Laboratory Enterprise*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2002 ; du même auteur : *Ivan Pavlov: A Russian Life in Science*, Oxford, Oxford University Press, 2014.

l'unique paradigme officiellement reconnu en URSS est ainsi la théorie de l'activité nerveuse supérieure, qui appréhende les activités psychiques et physiques chez l'homme comme des processus physiologiques.

Si, durant la période stalinienne, les théories pavloviennes sont élevées au rang de cadre de référence pour la médecine et la psychologie soviétiques, elles ne sont pas simplement imposées par la hiérarchie du parti. Les psychiatres et les controverses qui agitent la discipline à cette époque jouent ici un rôle tout fait central¹⁴⁵. D'après l'historien Grégory Dufaud, les « enjeux de reconnaissance et de légitimité » qui traversent la profession psychiatrique sont des facteurs importants pour comprendre le cheminement qui fait de la psychiatrie physiologique l'unique paradigme reconnu en Union soviétique¹⁴⁶. Comme il l'écrit, « si cette option a séduit des psychiatres, c'est d'abord parce qu'elle paraissait susceptible de faire de la psychiatrie une spécialité moderne qui ne souffre plus la comparaison avec d'autres spécialités médicales ou d'autres disciplines biologiques du point de vue de son régime de vérité »¹⁴⁷. Le recours à la physiologie aurait ainsi permis à la psychiatrie de s'inscrire dans une certaine modernité médicale, de rompre avec l'« hétérogénéité épistémologique » qui la caractérise depuis le XIX^e siècle¹⁴⁸. Si, en Union soviétique, « les reconfigurations de la psychiatrie passent par l'intervention des responsables du parti [...] », ces derniers « soutiennent les théories et les approches dont ils ont été convaincus de leur plus grande validité »¹⁴⁹. Les psychiatres qui parviennent à imposer leur lecture des théories pavloviennes sont ainsi à l'origine d'un travail de conviction réalisé au préalable, auprès des responsables politiques. Si l'on peut avancer une certaine affinité entre les théories pavloviennes et l'idéologie marxiste-léniniste (l'interprétation des processus organiques et psychiques comme le résultat d'une chaîne de réflexes mécaniques peut sembler rejoindre la dimension matérialiste inhérente au marxisme-léninisme¹⁵⁰), cette interprétation ne constitue cependant pas le facteur-clé permettant d'expliquer le choix de la « psychiatrie pavlovienne » en Union soviétique.

La réception des théories pavloviennes suit une modalité toute autre en RDA. Elle

¹⁴⁵ Benjamin Zajicek, « Scientific Psychiatry in Stalin's Soviet Union: The Politics of Modern Medicine and the Struggle to Define « Pavlovian » Psychiatry, 1939-1953 », thèse de doctorat, Université de Chicago, 2009.

¹⁴⁶ Grégory Dufaud, « Quel usage des thèses pavloviennes en médecine ? Schizophrénie, incertitudes scientifiques et psychiatrie en Union soviétique », *Cahiers du Monde russe*, 56/1, janvier-mars 2015, p.1-35, ici p. 2.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 12. Grégory Dufaud s'appuie ici sur l'analyse avancée par Michel Foucault concernant le statut épistémologique de la psychiatrie au XIX^e siècle, qui a été d'emblée mise à la marge du monde médical alors en train de s'établir. Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Paris, Seuil, 2003, p. 13.

¹⁴⁹ Grégory Dufaud, *op. cit.*, p. 34-35.

¹⁵⁰ Anna Sabine Ernst, p. 231.

s'inscrit dans un contexte bien particulier, où la réception des « conquêtes de la science soviétique » est fortement encouragée par les autorités du SED (à partir du III^e Congrès du SED, en 1950)¹⁵¹. C'est bien une campagne de « pavlovisation » qui se met en place en RDA, qui n'est pas impulsée par les professionnels de la santé eux-mêmes mais par les organes du parti (notamment les sections en charge des questions scientifiques et de santé au sein du Comité Central). D'après le discours officiel, les domaines d'application de la théorie pavlovienne sont très vastes, allant « de la physiologie jusqu'à l'organisation du système de santé, en passant par la pathologie, la psychiatrie, l'obstétrique, la psychothérapie »¹⁵². Ce ne sont donc pas seulement les psychiatres qui sont visés mais l'ensemble de la profession médicale. À la suite d'une grande conférence organisée à ce sujet en janvier 1953 (à Leipzig), des commissions en charge de diffuser ces théories sont mises en place au sein du ministère de la Santé et du Comité Central du SED. Des sessions de cours à destination des médecins sont organisées afin de les familiariser avec les dernières publications soviétiques concernant les conceptions pavloviennes. Plusieurs sections de recherche consacrées à l'activité nerveuse supérieure s'ouvrent au cours des années 1950, à Berlin (à l'Institut physiologique en 1952) comme à Iéna (à la polyclinique universitaire en 1953)¹⁵³. La diffusion des théories pavloviennes se fait bien selon une logique verticale, suivant une volonté venue « d'en haut ».

Par ailleurs, dans la RDA des années 1950, la réception des théories pavloviennes se caractérise également par l'instrumentalisation qui en est faite, en relation directe avec le contexte de concurrence Est/Ouest¹⁵⁴. Les conceptions occidentales étant réduites aux théories freudiennes, l'appui sur Pavlov permet de construire une argumentation qui s'y oppose point par point. Depuis le début des années 1950, la psychanalyse est en effet condamnée en RDA comme une méthode « bourgeoise » et « capitaliste » dont il convient de se distancer¹⁵⁵. À la psychanalyse qui promeut un « irrationalisme subjectiviste » est opposée la conception pavlovienne, qui s'appuierait sur des éléments rationnels et objectifs¹⁵⁶. Les conceptions de Freud comme de Pavlov se voient considérablement simplifiées dans le but de les opposer. Dans les débats politico-scientifiques des années 1950, la référence à Pavlov est utilisée comme un instrument de combat¹⁵⁷, véritable contre-modèle permettant de se distinguer des

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 313.

¹⁵² *Ibid.*, p. 318.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 312-318.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 318-323 ; Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 405-410.

¹⁵⁵ Sabine Hanrath souligne cependant qu'entre 1945 et 1949, l'accueil fait aux orientations psychanalytiques en SBZ est plutôt positif. Ce n'est qu'à la fin de l'année 1949 que se font entendre les premières critiques. Le rejet de la psychanalyse ne constitue donc aucunement un « développement inévitable ». Voir Sabine Hanrath, *op.cit.*, p. 227-232.

¹⁵⁶ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 406.

¹⁵⁷ Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 320.

conceptions et des pratiques qu'on attribue au camp occidental. Cette instrumentalisation politique du débat opposant Pavlov à Freud reste cependant avant tout un phénomène du début des années 1950.

De manière générale, malgré toutes les mesures prises par les autorités, la « greffe pavlovienne » ne prend pas. Contrairement aux espérances du SED, les médecins de RDA se révèlent peu enclins à faire de Pavlov leur maître à penser. La mort de Staline en 1953, l'un des grands défenseurs de la doctrine pavlovienne, joue certainement un rôle dans la retombée de l'engouement officiel pour la question. Mais cet échec semble plus largement à mettre sur le compte des médecins et scientifiques de RDA qui opposent une résistance passive à cette campagne de « pavlovisation ». Le cercle des propagandistes reste en effet restreint et se limite presque exclusivement à des médecins appartenant aux rangs du SED¹⁵⁸.

En ce qui concerne plus particulièrement le domaine de la psychiatrie, si la grande majorité des psychiatres ne prend pas part à la controverse Freud/Pavlov, orchestrée par les autorités politiques, la campagne de « pavlovisation » ne reste pas pour autant sans conséquence. Ainsi, si elle disparaît presque entièrement des méthodes employées avant la fin des années 1960, la « thérapie par le sommeil » (*Schlaftherapie*), présentée comme une application clinique des théories de Pavlov, connaît une certaine diffusion au cours des années 1950. Par ailleurs, dès la seconde moitié des années 1950, on constate, chez certains psychiatres, un changement dans leur perception de l'ergothérapie (*Arbeitstherapie*)¹⁵⁹. Dans l'interprétation qui est faite des théories pavloviennes, les causes exogènes – qui sont à trouver dans « l'environnement », au sens large, du sujet – jouent un rôle significatif dans la genèse de la maladie. Si les maladies mentales peuvent avoir des causes sociales, ces mêmes facteurs sociaux peuvent également participer au processus de guérison. Le travail peut alors apparaître comme un élément participant pleinement au traitement thérapeutique. Contrairement à la conception traditionnelle de l'ergothérapie, développée par Hermann Simon dans les années 1930 et qui vise, au mieux, une amélioration de l'état de santé du patient, en s'appuyant sur Pavlov, certains psychiatres avancent une démarche thérapeutique qui comprend enfin des perspectives de guérison. En faisant correspondre leurs ambitions avec les directives politiques, en présentant une thérapie « pavlovienne », ces psychiatres inscrivent leur discipline dans le cadre de références officielles, espérant obtenir une certaine légitimité sociale au sein du système de santé socialiste. Naturellement, l'espoir d'obtenir des subsides de la part de l'État peut également sous-tendre une telle initiative. Dans la seconde moitié des années 1950, la directrice du plus grand hôpital psychiatrique de RDA (l'hôpital de

¹⁵⁸ Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 323.

¹⁵⁹ Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 78-82 ; Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 414 et suivantes.

Görden, dans le Brandebourg), suit cette voie, et s'efforce, selon l'historienne Sabine Hanrath, de mettre l'ergothérapie « sur des pieds pavloviens »¹⁶⁰. Au travail effectué par les patients est alors associé un objectif thérapeutique, la « dimension éducative » de l'ergothérapie étant mise en avant. Si des réalisations concrètes sont menées dans cette voie, on constate cependant un écart significatif par rapport aux ambitions affichées. À Görden par exemple, qui constitue pourtant le fer-de-lance de cette nouvelle orientation, le manque de coopération entre l'institution psychiatrique, les entreprises et les autorités locales empêche de mettre en place des projets visant une réintégration du patient dans la société par le travail¹⁶¹. Par ailleurs, malgré l'inscription des orientations thérapeutiques dans le cadre officiel, malgré l'ambition affichée de mettre en place une thérapie « pavlovienne », l'hôpital de Görden n'obtient pas de ressources supplémentaires significatives de la part des autorités centrales¹⁶². Cependant, pour l'historien Wolfgang Rose, la campagne de « pavlovisation » venue d'en haut n'est pas sans conséquence pour le paysage psychiatrique de RDA¹⁶³. Les psychiatres qui se sont confrontés aux théories du scientifique soviétique, quelle que soit leur motivation, y trouvent un modèle d'explication au sein duquel les causes exogènes de la maladie jouent un rôle particulièrement important, contrairement au schéma dominant qui privilégie les causes biologiques. Wolfgang Rose considère qu'une brèche s'ouvre alors, qui permet aux idées de psychiatrie sociale de pénétrer la discipline, comme le montrent les velléités réformatrices des années 1960. Ainsi, si la confrontation avec les idées de Pavlov peut influencer l'évolution de la discipline psychiatrique, ce résultat ne correspond absolument pas aux attentes du parti. La « courte carrière de ce paradigme »¹⁶⁴ au sein de la médecine est-allemande, et notamment au sein du champ psychiatrique, montre bien que les relations entre science et politique, quand elles ont lieu au sein d'un contexte dictatorial, peuvent prendre des formes infiniment plus complexes que celle de la simple subordination de la première à la seconde¹⁶⁵.

De manière globale, de la sortie de guerre jusqu'au début des années 1960, la situation de la psychiatrie en SBZ puis en RDA est tout à fait comparable à celle de sa voisine ouest-allemande. Cette période correspond finalement à un processus de normalisation du secteur psychiatrique comme de l'ensemble des secteurs de santé, à la différence près que l'héritage laissé par le Troisième Reich se fait ici particulièrement pesant. La césure de 1945 peut être

¹⁶⁰ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 410 et suivantes, p. 457.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 458.

¹⁶² Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 81-82.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 82.

¹⁶⁴ Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 308. et suivantes.

¹⁶⁵ Michael Ash, « Wissenschaft in Zeiten politischer Umwälzungen : Entwicklungen, Verwicklungen, Abwicklungen », in *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 3, 1995, p. 1-21, ici p. 3-4.

relativisée sur de nombreux plans. Quant à la frontière entre RDA et RFA, elle ne semble pas jouer un rôle capital quand on se penche sur l'évolution du secteur psychiatrique, les parallèles prédominent quand on compare en détail la situation des deux psychiatries allemandes jusqu'au début des années 1960. Le retour à la normale semble néanmoins prendre plus de temps à l'est du Rideau de fer, du fait de difficultés économiques inhérentes au fonctionnement de l'État est-allemand. Les difficultés structurelles auxquelles doit faire face la psychiatrie y prennent une tournure plus aigüe ; à la pénurie de spécialistes s'ajoutent des difficultés d'approvisionnement en médicaments, la concurrence Est/Ouest ainsi que l'isolement économique de la RDA se reflétant ainsi dans la situation du secteur psychiatrique est-allemand. Cependant, la signification marginale qui est accordée à ce secteur ne constitue nullement une exception dans le paysage européen. Ce n'est finalement qu'au cours des années 1960 que la marginalisation de la psychiatrie en RDA prend un caractère véritablement spécifique, l'absence de soutien de la part du niveau central empêchant à la fois la mise en place d'un programme de réformes et la réalisation d'un processus d'ouverture sur la société. Les années 1960 semblent tout à fait décisives pour la psychiatrie, car se dessinent alors des traits caractéristiques qui lui font prendre un chemin différent de celui emprunté par ses consœurs européennes.

2. Les années 1960, la psychiatrie cantonnée à la marge de la société socialiste

2.1 À l'échelle de l'Europe, la psychiatrie objet de réformes et de critiques

Malgré les initiatives de certains psychiatres, une grande réforme de la psychiatrie – qui aurait été soutenue par l'État – n'a pas lieu en RDA au cours des années 1960-1970. Pourtant, en RDA comme dans nombre de pays européens, un vent de réformes souffle alors sur le champ psychiatrique. En France, l'expérience de la psychothérapie institutionnelle, lancée dès avant la fin de la guerre et qui vise à réorganiser la vie sociale de l'hôpital dans un but thérapeutique constitue un exemple de ces volontés réformatrices¹⁶⁶. La nécessité de faire évoluer l'hôpital psychiatrique et l'internement, en développant notamment des prises en charge extra-hospitalières, se concrétise dans les expériences de psychiatrie communautaire

¹⁶⁶ Nicolas Henckes, « Réformer et soigner. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France 1944-1955 », in Jean Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, Presses universitaires de Caen, 2008. Plus généralement, sur le processus de réforme des hôpitaux psychiatriques en France du lendemain de la Seconde Guerre mondiale au milieu des années 1970, voir : Nicolas Henckes, « Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 », thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2007.

des années 1960 et dans la mise en place de la psychiatrie de secteur en France, dès le début des années 1970. Dans plusieurs pays européens, la psychiatrie tente de se « désinstitutionnaliser » en proposant des solutions alternatives de soins à l'extérieur de l'institution. Si elles suivent des calendriers différents, des réformes des soins psychiatriques sont mises en place au cours des années 1970 en France, en Angleterre, en Italie et en RFA¹⁶⁷.

Au cours des années 1960 et 1970, parallèlement et parfois conjointement à ces courants réformateurs se développent divers mouvements relevant de l'antipsychiatrie, qui critiquent la psychiatrie traditionnelle ainsi que la notion même de maladie mentale. S'ils recouvrent des expressions plus ou moins radicales, ils ont pour point commun de questionner de manière critique « les relations de pouvoir » constituant « l'a priori de la pratique psychiatrique »¹⁶⁸. L'antipsychiatrie s'attaque à « l'institution, comme lieu, forme de distribution et mécanisme de ces rapports de pouvoir »¹⁶⁹. Ainsi, pour le psychiatre américain Thomas Szasz, la maladie mentale n'est qu'un « mythe » qui permettrait au corps social d'écarter des sujets considérés comme indésirables ; aux inquisiteurs de l'Église auraient ainsi succédé les psychiatres, acteurs d'un contrôle social répressif. Quant aux positions des Britanniques David Cooper et Ronald Laing, elles préconisent un bouleversement total des pratiques, visant à dépasser la frontière entre santé et folie, en redonnant une place centrale à l'expérience de la folie. S'inscrivant également dans ce courant mouvant, Franco Basaglia, lui-même psychiatre, dénonce la destruction que l'asile psychiatrique produit sur le malade et prône un dépassement radical des structures asilaires en Italie. L'activisme de Basaglia, en relation avec le mouvement *Psichiatria Democratica*, conduit à un renouvellement complet de la politique italienne de santé mentale qui aboutit à la loi 180 de 1978, interdisant toute nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques¹⁷⁰. Le processus de réformes se fait particulièrement radical en Italie, et aboutit à la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques (des structures d'hébergement non-hospitalières sont mises en place parallèlement). Au cœur de l'antipsychiatrie des années 1960 et 1970, on trouve ainsi « la lutte avec, dans et contre l'institution »¹⁷¹. Ces prises de position – qui s'articulent aux mouvements

¹⁶⁷ Pour une comparaison des processus de « désinstitutionnalisation » en France, en RFA, en Italie et en Angleterre, voir : Magali Coldefy, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », in *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°180, octobre 2012, p. 1-8. Si en Italie et au Royaume-Uni, ce processus se traduit par une fermeture des hôpitaux psychiatriques, en France et en Allemagne, il conduit à une réduction et une restructuration des services.

¹⁶⁸ Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique...*, *op. cit.*, p. 350.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ À ce sujet, voir l'ouvrage de Valeria P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia : una storia del Novecento*, Bologne, il Mulino, 2009. Cet ouvrage a été présenté par l'historienne dans le cadre du séminaire « Psychologie, psychiatrie et psychanalyse : histoires croisées », le 25 mars 2011, à l'EHESS (voici le titre de l'intervention à laquelle nous avons assisté : « La psychiatrie italienne au XX^e siècle »).

¹⁷¹ Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique...*, *op. cit.*, p. 349.

sociaux des années 1960 et 1970 – permettent au discours sur la psychiatrie d'occuper une place significative dans la sphère publique européenne, notamment en Italie¹⁷².

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, la psychiatrie – qu'elle soit contestée ou qu'elle devienne l'objet de velléités réformatrices – s'ouvre ainsi sur la société. Ce double mouvement de réformes et de contestation se retrouve également en RFA. La constitution en 1959 du « comité d'action pour l'amélioration de l'aide aux malades mentaux » (*Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke*) s'inscrit dans ce contexte bien particulier, permettant à la psychiatrie d'investir la sphère publique et de susciter l'attention des politiques. Dans le cas de la RFA, les années 1968 constituent un véritable tournant dans les relations entre psychiatrie et société, en lien direct avec le contexte de contestation sociale. Trois « champs de force » entrent alors en interaction : la psychiatrie (comme institution et profession), son environnement social et politique ainsi que le mouvement de protestation étudiant¹⁷³. Cette dynamique permet à la psychiatrie d'investir le débat public, ce qui entraîne la prise en charge d'une réforme par l'État dont la première étape est constituée par la création d'une commission d'enquête au début des années 1970 (elle rendra son rapport en 1975).

En RDA, le secteur de la psychiatrie s'inscrit également dans ce contexte puisque des volontés de réformes comparables se font jour et ce dès le début des années 1960. Cependant, du fait d'un manque de soutien politique de la part de l'État central, doublée d'une impossibilité pour les psychiatres d'utiliser la sphère publique, ce secteur ne peut véritablement s'ouvrir à la société, conservant une position marginale au sein de la société socialiste. Afin de montrer dans quelle mesure la psychiatrie ne suscite que peu d'intérêt de la part du niveau central, nous nous concentrerons ici sur les interactions entre les psychiatres et l'État au niveau du ministère de la Santé. Il s'agit de montrer selon quelles modalités un soutien politique fort se voit systématiquement refusé au champ psychiatrique, et ce malgré les multiples initiatives d'un groupe de psychiatres réformateurs. Cette expérience marque profondément le secteur de la psychiatrie en RDA. En l'absence de directive centrale, les réformes ne peuvent avoir lieu qu'à l'échelle de l'établissement ou de la clinique, le paysage psychiatrique est-allemand se faisant donc profondément éclaté. Cette analyse se concentre sur le travail d'un comité d'experts en psychiatrie fondé en 1959 au sein du ministère de la

¹⁷² Pour une analyse différenciée de la façon dont les événements de Mai 68 s'intègrent à l'histoire de la contestation de la psychiatrie, en France et en Italie, à travers les trajectoires de deux psychiatres (Henri Ey et Franco Basaglia), voir : Jean-Christophe Coffin, « Les deux 68 de la psychiatrie », in *Revue d'histoire des sciences humaines*, 26, janvier 2015, p. 115-134.

¹⁷³ Franz-Werner Kersting (dir.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform : die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre*, Paderborn, Schöningh, 2003, p. 5.

Santé (*Fachausschuß für Psychiatrie*), comité qui sera ensuite remplacé par une « commission-problème » (*Problemkommission Psychiatrie und Neurologie*) dans la seconde moitié des années 1960¹⁷⁴. À travers ses relations avec le pouvoir central, il s'agit de saisir la place attribuée à la psychiatrie au sein de la société socialiste des années 1960, période cruciale pour l'histoire de la psychiatrie européenne.

2.2 La formation du comité d'experts « Psychiatrie et Neurologie » : un organe sans véritable influence

Dès la fin des années 1950, des psychiatres de RDA tentent d'alerter les autorités sur les difficultés rencontrées dans ce secteur de la santé. Ainsi, en juillet 1958, les docteurs Riepenhausen et Walther, tous deux directeurs d'établissements psychiatriques, adressent plusieurs propositions de réformes au ministère de la Santé¹⁷⁵. Cette initiative est complétée quelques mois plus tard, en mars 1959, par l'envoi d'un courrier comparable au Bureau politique du Comité Central du SED. Sans réponse de la part de l'État, les psychiatres s'adressent donc directement au parti, faisant jouer la concurrence entre les deux pôles de pouvoir.

Décrivant la situation précaire des institutions psychiatriques en RDA, ces documents s'avèrent particulièrement intéressants¹⁷⁶. Riepenhausen et Walther dénoncent ainsi l'écart de 0,20 DM (*Deutsche Mark*) entre la subvention étatique journalière accordée aux patients de psychiatrie et celle accordée aux autres patients, et qui déséquilibre le budget des établissements psychiatriques¹⁷⁷. La situation des lits en psychiatrie est décrite comme « catastrophique » du fait notamment de leur accaparement par d'autres services et institutions de santé. D'après ces documents, la RDA compterait 14 lits de psychiatrie pour 10 000 habitants. Quand on le compare à des données chiffrées provenant de sources officielles, on trouve un rapport appartenant au même ordre de grandeur (environ 16 lits pour 10 000

¹⁷⁴ L'histoire du comité d'experts puis de la commission-problème a déjà été abordée par Sabine Hanrath et Wolfgang Rose. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 427-440 ; Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 115-119. En lien avec notre thème de recherche, l'étude des archives nous a permis cependant d'apporter des éléments supplémentaires de compréhension. Nous nous concentrerons ici particulièrement sur les relations entre psychiatres réformateurs et instances centrales.

¹⁷⁵ Ces deux psychiatres ont participé en 1957 – en tant qu'experts scientifiques – à une procédure judiciaire condamnant les négligences et maltraitements au sein d'un établissement psychiatrique de Thuringe.

¹⁷⁶ SAPMO-BArch [*Stiftung der Parteien und Massenorganisation im Bundesarchiv*] DY 30 IV/2/19/104, lettre de Walther à Erler, 17 juillet 1958 (« Vorschläge zur Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Arbeit in den psychiatrischen Krankenhäusern ») ; lettre de Riepenhausen à Müller-Hegemann, 14 mars 1959.

¹⁷⁷ Cet écart de traitement est dû au fait que ces établissements sont supposés détenir des biens propres leur permettant de subvenir partiellement aux besoins de leurs patients, ce qui n'est cependant plus le cas à cette époque pour une majorité d'entre eux. Cette explication est avancée par Ehrlich Lange – futur président du comité d'experts – dans une lettre qu'il adresse au ministère de la Santé. BArch [*Bundesarchiv*] DQ 1/6195, lettre de Lange à Erlert (*Ministerium für Gesundheitswesen*), 28 février 1961.

habitants à la fin des années 1950)¹⁷⁸. Au début des années 1960, la France compte quant à elle 120 000 lits de psychiatrie, ce qui donne un rapport d'environ 26 lits pour 10 000 habitants, soit une dizaine de plus qu'en RDA¹⁷⁹. Quant à la RFA, sa situation semble tout à fait comparable à celle de sa voisine est-allemande puisqu'en 1970, les deux Allemagnes comptent environ 20 lits de psychiatrie pour 10 000 habitants¹⁸⁰. Cette estimation laisse supposer qu'au tournant des années 1960, les psychiatries allemandes disposent d'un nombre comparable de places.

Si, dans le contexte ultérieur de la « désinstitutionnalisation », le nombre de lits disponibles ne constitue plus un critère pertinent pour juger de l'efficacité du secteur psychiatrique, à la fin des années 1950, ce rapport illustre la capacité d'accueil dans ce secteur en RDA, une capacité jugée largement insuffisante par Walther et Riepenhausen. Dans ce contexte, il convient de souligner qu'en 1958 le taux d'occupation moyen des services psychiatriques de RDA atteint 96,2 % au sein des hôpitaux psychiatriques (pour une durée d'hospitalisation moyenne d'environ 326 jours) et 81,5 % au sein des cliniques universitaires (pour une durée moyenne d'hospitalisation d'environ 60 jours)¹⁸¹. Le problème de surpopulation se fait donc particulièrement prégnant au sein des établissements de grande taille (*Anstalten*).

Afin d'impulser de véritables changements dans le secteur, Walther et Riepenhausen appellent à la constitution d'un comité d'experts auprès du ministère, comité qui serait chargé de coordonner les réformes visant à une modernisation des conditions de travail et des procédures thérapeutiques. Des méthodes modernes de traitement doivent ainsi être mises en place, dans le sens d'une « thérapie psychiatrique complexe, qui comprend[rait] aussi bien des processus de traitement agissant sur le corps [*médicaments*] que des méthodes psychothérapeutiques collectives [...] »¹⁸². Selon eux, l'utilisation de cellules d'isolement doit être réduite et les moyens de contention complètement disparaître. Pour les deux psychiatres,

¹⁷⁸ D'après l'annuaire statistique de RDA datant de l'année 1958, la RDA compte alors 28 643 lits de psychiatrie pour environ 17 355 000 habitants. *Statistisches Jahrbuch, der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin, Staatsverlag der DDR, 1958, p. 91.

¹⁷⁹ Magali Coldefy, « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice mais contrastée et inachevée », *La Santé de l'Homme*, Inpes, n°413, mai-juin 2011, p. 16.

¹⁸⁰ Pour la RFA, voir Magali Coldefy, « L'évolutions des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 180, octobre 2012, p. 4 (117 000 lits en 1970). Pour la RDA, voir : Klaus Weise, Matthias Uhle, « Entwicklungsförmern und derzeitige Wirkungsbedingungen der Psychiatrie in der Deutschen Demokratischen Republik », in Achim Thom, Erich Wulff (dir.), *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*, Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1990, p. 442 (tableau réalisé à partir des annuaires statistiques de RDA entre 1955 et 1970).

¹⁸¹ *Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin, Staatsverlag der DDR, 1958, p. 99.

¹⁸² « [...] komplexe[n] psychiatrische[n] Therapie, welche sowohl die körperlich wirksamen Behandlungsverfahren als auch die kollektiven psychotherapeutischen Methoden [...] umfasst. » SAPMO-Barch DY 30 IV/2/19/104, lettre de Riepenhausen à Müller-Hegemann, 14 mars 1959.

cette réorganisation du secteur passerait également par une spécialisation des services au sein de chaque établissement et une meilleure formation du personnel médical et soignant. Cette réforme doit être conduite sous « la direction ferme du ministère »¹⁸³ : un soutien de l'État semble indispensable aux deux psychiatres afin d'imposer sur le territoire des changements indispensables au bon fonctionnement du secteur psychiatrique. Soulignant la responsabilité de l'État dans ce domaine, Riepenhausen et Walther s'inscrivent parfaitement dans ce large courant de réformes caractéristique de ces années d'après-guerre. Dans leurs écrits, on constate une volonté affichée de rompre non seulement avec l'isolement mais aussi avec l'absence de reconnaissance sociale dont souffre ce secteur de la santé (pour les deux psychiatres, « la psychiatrie [doit] cesse[r] d'être sous-estimée », « la reconnaissance qu'elle mérite » devant lui être accordée¹⁸⁴).

On retrouve ces idées dans un rapport remis par le docteur Riepenhausen à peine deux mois plus tard et qui concerne un voyage d'études effectué en Pologne¹⁸⁵. Dans ce rapport, qui porte sur le secteur psychiatrique polonais, on saisit à nouveau – en négatif – les reproches adressés au système de santé de RDA. Décrire les avantages de la situation polonaise permet à l'auteur de revenir sur les problèmes rencontrés par le secteur psychiatrique en RDA. Ainsi, d'après Riepenhausen :

« Au sein du ministère polonais de la Santé, la psychiatrie est représentée par un département autonome, directement subordonné à un ministre adjoint [...]. Il existe une organisation très rigoureuse de l'ensemble de la psychiatrie par le ministère lui-même, qui s'appuie sur diverses mesures. La psychiatrie constitue un élément important du système de santé et bénéficie en tant que science et dans la pratique d'une plus grande considération que chez nous. [...] Il existe un centralisme plutôt marqué dans le domaine de la psychiatrie. La plupart des institutions psychiatriques dépendent directement du département Psychiatrie du ministère et en reçoivent directement leurs fonds budgétaires. Le reste des institutions psychiatriques dépendent des administrations des districts [*Bezirksverwaltungen*]. Les institutions psychiatriques ne sont pas administrés par les arrondissements [*Kreise*]. »¹⁸⁶

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ « Wir begannen mit einer grundsätzlichen Forderung, nämlich Schluß zu machen mit der Unterschätzung der Psychiatrie, wie sie leider auch heute noch besteht und der Psychiatrie die Anerkennung zu geben, die sie verdient. » *Ibid.*

¹⁸⁵ BArch DQ 1/3583, Bericht über eine Studienreise in die Volksrepublik Polen vom 4.-18.5.59, signé par Riepenhausen.

¹⁸⁶ « Die Psychiatrie wird im polnischen Gesundheitsministerium durch eine selbständige, einem stellvertretenden Minister direkt unterstellte Abteilung [...]. Es besteht eine sehr straffe Organisation des gesamten Psychiatrie durch das Ministerium selbst mit Hilfe verschiedener Maßnahmen. Die Psychiatrie ist ein wichtiges Teilgebiet des Gesundheitswesens und genießt als Wissenschaft und in der Praxis größeres Ansehen als bei uns. [...] Es besteht ein ziemlich ausgeprägter Zentralismus auf dem Gebiet des Psychiatrie. Der größere Teil der psychiatrischen Einrichtungen des Landes untersteht direkt der Abteilung Psychiatrie im Ministerium und erhält auch direkt von dort seine Haushaltmittel. Die restlichen psychiatrischen

Riepenhausen souligne particulièrement l'organisation centralisée du secteur de la psychiatrie en Pologne, qui contraste fortement avec la situation en RDA. En effet, depuis la réforme administrative de 1952 qui a vu la suppression des *Länder*, les établissements psychiatriques (*Anstalten*) dépendent de la plus petite structure administrative, l'arrondissement (*Kreis*), ce qui entraîne de nombreuses difficultés de gestion pour des établissements qui peuvent avoir une envergure régionale. Cette situation rend les établissements particulièrement dépendants des données locales et ne participe pas au développement d'une conception globale pour la psychiatrie. Cette demande d'un transfert de compétences et de responsabilités vers le niveau central constitue une constante dans les revendications des psychiatres au cours des années 1960. Quant aux cliniques universitaires, elles ne sont pas concernées par cette réforme administrative puisque pour tout ce qui touche aux questions de santé, elles dépendent directement du ministère de la Santé. La séparation entre psychiatrie universitaire et psychiatrie d'établissement se reflète ainsi dans l'organisation des responsabilités administratives. Tous ces éléments font dire à Riepenhausen, que, pour tout ce qui touche à l'organisation de ce secteur de la santé, la psychiatrie polonaise est nettement en avance sur sa consœur est-allemande.

Enfin, les démarches menées par Riepenhausen et Walther portent leurs fruits puisqu'un comité d'experts est mis en place au sein du ministère de la Santé quelques mois après l'adresse faite aux instances du parti¹⁸⁷. Il est constitué de neuf membres, dont font partie Riepenhausen et Walther. Six d'entre eux dirigent des hôpitaux psychiatriques, tandis que les trois autres dirigent des cliniques universitaires. Psychiatrie d'établissement et psychiatrie universitaire sont donc toutes deux représentées au sein de cet organe. Les problèmes prenant un caractère plus aigu au sein de leurs établissements, les directeurs d'hôpitaux se font toutefois plus actifs dans les demandes de réformes et semblent plus réceptifs aux idées de psychiatrie sociale que les représentants de la psychiatrie universitaire.

Dès sa constitution, plusieurs indices laissent penser que la marge de manœuvre accordée à cet organe sera plutôt réduite. C'est en effet le ministre de la Santé qui nomme l'ensemble de ses membres, manifestant par cette procédure la subordination du comité aux instances centrales. Et quand il s'agit de désigner le président de ce comité, l'influence du ministère se fait particulièrement pesante. Réunissant les membres du comité qui appartiennent au SED, une réunion préparatoire a lieu afin de prévoir à l'avance qui doit être

Einrichtungen unterstehen den Bezirksverwaltungen. Von den Kreisen werden psychiatrischen Einrichtungen nicht verwaltet. » *Ibid.*

¹⁸⁷ Il s'agit en réalité d'une refondation, un comité d'experts a déjà été constitué en 1954 sans grand résultat. Wolfgang Rose, *op.cit.*, p. 116.

« élu » comme président et quelles seront les futures missions du comité¹⁸⁸. Cette volonté de déterminer à l'avance non seulement l'organigramme mais aussi les lignes directrices du comité, traduit bien un manque de transparence et une certaine méfiance de la part de l'État vis-à-vis des professionnels qui y siègent. D'après le protocole, les missions du comité doivent concerner cinq domaines en particulier : la révision des zones de recrutement des hôpitaux, la spécialisation (*Profilierung*) des établissements en interne (spécialisation des différents services) comme en externe (spécialisation des établissements), la mise en place de services spécialisés pour certaines catégories de patients (les alcooliques, les jeunes, les criminels, les tuberculeux), la question des maisons de retraite ainsi que la préparation d'une nouvelle loi d'internement. Comme le souligne Wolfgang Rose, dans ce programme de travail, on ne retrouve pas les principales lignes soulevées par Walther et Riepenhausen et qui promouvaient une ouverture de la psychiatrie sur la société¹⁸⁹.

Malgré la volonté de ses acteurs, l'influence de ce comité reste très restreinte ; quant à la collaboration avec le ministère, elle se fait très insatisfaisante pour ses membres. Deux ans après sa fondation, en février 1961, le nouveau président du comité, Ehrich Lange¹⁹⁰ dresse un bilan très négatif de l'évolution de la situation dans les courriers qu'il adresse à la fois au ministère de la Santé ainsi qu'au Comité Central du SED¹⁹¹. Lange y évoque « la situation catastrophique » du secteur psychiatrique et l'absence de mesures prises par le ministère malgré les propositions faites depuis la fin des années 1950 par les professionnels du secteur. Il souligne notamment le sentiment d'abandon ressenti par les directeurs d'hôpitaux psychiatriques¹⁹². Pour illustrer son propos, Lange rappelle avec force l'écart de traitement – souligné dès 1958 par Walther et Riepenhausen – qui subsiste entre les patients de psychiatrie et les autres. Depuis le rapport remis par les deux psychiatres, aucune mesure n'a en effet été prise pour supprimer cette discrimination patente. Pour Lange, des décisions doivent être prises de manière urgente par le niveau central, sans lequel aucune réforme d'envergure ne peut être envisagée. De la part du ministère comme du SED, les réponses adressées à Lange ne prévoient aucune mesure concrète et consistent plutôt à « se renvoyer la balle ».

¹⁸⁸ Ce choix doit avoir lieu lors de la séance du 29 juillet août 1959. Les membres du parti sont convoqués à 10 heures, soit une heure avant le rendez-vous officiel. Quelques heures plus tard, est « élu » comme président le docteur Schuhmann, membre du parti ; les fonctions de président-adjoint et de secrétaire sont également attribuées selon ce qui avait été prévu « entre camarades ». BArch DQ 1/6195, Protokoll über die Vorbesprechung der Gründungssitzung des Fachausschusses, 29 juillet 1959.

¹⁸⁹ Il s'agit bien plutôt de « thèmes classiques » de la psychiatrie en RDA ». Wolfgang Rose, *op.cit.*, p. 117-118.

¹⁹⁰ Ehrich Lange est directeur de l'hôpital de Mühlhausen. Il devient directeur de la clinique psychiatrique et neurologique de l'Académie de médecine de Dresde (Carl Gustav Carus) en 1963.

¹⁹¹ Deux lettres, datées du même jour, parviennent au ministère de la santé et au comité central du SED (section « politique de santé »). BArch DQ 1/6195, lettre de Lange à Erlert (*Ministerium für Gesundheitswesen*), 28 février 1961. SAPMO-BArch DY 30/IV/2/19/104, lettre de Lange à Weber (*Ärztelkommission beim ZK der SED*), 28 février 1961.

¹⁹² BArch DQ 1/6195, lettre de Lange an Erlert, 28 février 1961.

Concernant l'inégalité de traitement des patients de psychiatrie, le ministère de la Santé se décharge sur le ministère des Finances ; le Comité Central du parti, quant à lui, aurait « transmis aux organes étatiques compétents »¹⁹³. Les appels de Lange restent donc lettre morte. Ni le ministère de la Santé, ni le Comité Central du parti ne semblent accorder une attention particulière au secteur de la psychiatrie, bien au contraire.

Dans la pratique, le travail du comité se réduit à des déclarations d'intention, sans véritable influence sur le cours des choses. Il se subdivise bientôt en plusieurs groupes de travail, chargés de se pencher sur une question précise. D'après Sabine Hanrath, cette « différenciation interne croissante contrast[e] fortement avec les compétences et les capacités d'influence extrêmement minimales vis-à-vis de l'extérieur »¹⁹⁴. Sur certains points cependant, notamment la formation des spécialistes et la loi d'internement, un consensus peut être trouvé entre les experts et le ministère¹⁹⁵. Cependant, quand il s'agit de soutenir politiquement et financièrement une large réforme de la couverture psychiatrique, la collaboration se fait nettement plus hésitante.

C'est exactement ce que montre l'épisode des « thèses de Rodewisch », programme ambitieux de réformes formulé en 1963 par des psychiatres de RDA mais qui n'obtient aucun soutien politique de poids¹⁹⁶. C'est à l'issue d'une conférence organisée à Rodewisch, et qui réunit la plupart des représentants des institutions psychiatriques de RDA, qu'est avancé ce programme de réformes. Certains membres du comité d'experts font partie des organisateurs de cette rencontre. Si le contenu de ces thèses reprend les propositions faites depuis la fin des années 1950 par les psychiatres réformateurs, la principale nouveauté réside dans le fait qu'elles soient réunies au sein d'un unique programme et présentées devant une assemblée comportant des psychiatres venus de l'étranger. Il faut en effet souligner que les participants sont issus non seulement du Bloc de l'Est mais aussi de RFA, de France ou encore du Canada.

¹⁹³ SAPMO-BArch DY 30 IV/2/19/104, lettre du Comité Central (section politique de la santé) à Lange, 25 avril 1961 ; lettre du Ministre de la Santé (Gehring) au Comité Central (section politique de la santé), 4 avril 1961.

¹⁹⁴ « Die zunehmende Differenzierung im Inneren stand jedoch im krassen Mißverhältnis zu den verschwindend geringen Kompetenzen und Einflußmöglichkeiten nach außen. » Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 433.

¹⁹⁵ En 1968, une nouvelle loi concernant l'hospitalisation sous contrainte est mise en place en RDA, au terme de nombreuses années de négociations entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé (*Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke*, du 11 juin 1968). Cette loi constitue un succès pour les psychiatres dans la mesure où la décision concernant l'internement du patient relève en premier lieu de leur compétence. Durant six semaines, les médecins disposent de l'entière responsabilité du pouvoir de décision, et ce n'est que dans un second temps qu'intervient une décision judiciaire. D'après Sabine Hanrath, en accordant cette prérogative aux psychiatres, les autorités de RDA tentent de détourner leur attention des problèmes auxquels ils sont quotidiennement confrontés et pour lesquels l'État n'apporte pas de solution. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 366-369, p. 451-452.

¹⁹⁶ « Thèses de Rodewisch », version publiée dans la revue *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete* (11), 1965, p. 61-63. Pour une traduction de ce programme en anglais, accompagnée d'une introduction explicative, voir Volker Hess, « The Rodewisch (1963) and Brandenburg (1974) propositions », in *History of Psychiatry*, 22, 2011, p. 232-243.

C'est la première fois qu'une volonté de réforme de la psychiatrie est précisément formulée en Allemagne, et cela a lieu à l'est du Rideau de fer¹⁹⁷.

Au centre de ce programme se trouve le désir d'ouvrir la psychiatrie à la société, ce programme s'inscrivant parfaitement dans les velléités de réformes qui marquent la psychiatrie européenne des années 1960 et 1970. La réinsertion du patient au sein de la société (*seine soziale Wiedereingliederung*) est ainsi présentée comme une mission médicale. L'accent mis sur la question de la réadaptation du patient, au sein de son travail ou dans sa vie sociale, illustre une nouvelle appréhension de la notion de guérison en psychiatrie, que l'on retrouve à l'est comme à l'ouest du Rideau de fer¹⁹⁸. Les « thèses de Rodewisch » soulignent également la volonté des psychiatres d'ouvrir les portes de l'institution psychiatrique, afin de remplacer le « principe de sécurisation » (*Sicherungsprinzip*) par un « principe d'assistance » (*Fürsorgeprinzip*) (thèse 2). Quant à la réponse monolithique de l'hospitalisation, elle ne semble pas satisfaisante aux psychiatres réformateurs qui appuient la mise en place d'un système de soins ambulatoires qui prendrait la forme d'un réseau de dispensaires, de cliniques de jours, d'ateliers « protégés » etc. (thèse 6).

La volonté de « désinstitutionnaliser » les soins psychiatriques se retrouve donc au cœur de ce programme de réformes. Ces thèses en appellent à la responsabilité de l'État et de la société, afin de mettre en place une profonde réorganisation et modernisation du système de soins psychiatriques, et de lutter contre les discriminations dont sont victimes les malades mentaux (thèses 7 et 8). D'après ce texte, « la posture fondamentalement humaine du style de vie socialiste doit trouver son expression dans la lutte contre toutes les diffamations publiques à l'encontre des malades mentaux et contre les volontés de les placer en-dehors de la société »¹⁹⁹ (thèse 8). Ces thèses formulent ainsi la volonté d'une nouvelle relation entre la psychiatrie – qui ne serait plus seulement présente sous une forme institutionnelle – et la société. Au-delà de la période des années 1960 et jusqu'à la chute du mur de Berlin, ce programme constitue d'ailleurs « un point de référence important pour l'idée que les psychiatres est-allemands se font de leur profession »²⁰⁰.

Cependant, l'histoire de la réception de ce programme montre l'absence de véritable intérêt politique pour ces projets de réformes. Se font alors jour les limites du système

¹⁹⁷ Pour une approche comparative des mouvements de réforme en RDA et en RFA, voir : Heinz Peter Schmiedebach (et al.), « Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete : Drei Reformansätze im Vergleich », *Psychiatrische Praxis*, 27, 2000, p. 138-143.

¹⁹⁸ Pour le cas belge, voir : Benoît Majerus, *op. cit.*, p. 208.

¹⁹⁹ « Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muss darin zum Ausdruck kommen, dass alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. » Thèse n°8, « Thèses de Rodewisch », version publiée dans la revue *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete* (11), 1965, p. 61-63.

²⁰⁰ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 437.

socialiste, où il semble finalement impossible de mettre en place des réformes « venant d'en bas »²⁰¹. Dès l'été 1963, sous la plume de son président, le comité d'experts demande au ministère de soutenir officiellement le programme de Rodewisch²⁰². C'est un soutien officiel et fort qui est demandé au ministre de la Santé. Finalement, après avoir tout d'abord refusé et suite à de nombreuses tergiversations, le ministre accepte de signer une lettre de sa main, qui accompagne l'envoi des thèses aux conseils de districts (*Bezirke*) en novembre 1963²⁰³. Loin de donner aux « thèses de Rodewisch » le poids d'une directive centrale, ce courrier ne leur attribue qu'un statut de simples recommandations, ce qui ne correspond absolument pas aux attentes du comité d'experts. Les retours provenant des districts sont d'ailleurs relativement faibles²⁰⁴.

Dans les années qui suivent l'échec relatif de la réforme de Rodewisch, le peu d'intérêt accordé à la psychiatrie de la part des instances centrales se traduit par la façon dont est traité le comité d'experts par le ministère dont il dépend. L'absence de soutien politique accordé aux « thèses de Rodewisch » traduit la place marginale accordée à la psychiatrie au sein du système de santé socialiste. Malgré la situation difficile de ce secteur, l'État ne semble pas prêt à mettre en place une réforme globale qui nécessiterait un investissement non seulement politique mais aussi et surtout financier. Les années suivantes confirment ce désintérêt patent de l'État socialiste vis-à-vis du champ psychiatrique, que l'on peut tenter de saisir à travers l'histoire du comité.

2.3 Vers la « commission-problème »

Au cours de l'année 1963, le ministère de la Santé décide de la suppression du comité d'experts, et de son remplacement par une nouvelle instance dédiée à la psychiatrie²⁰⁵. Cette nouvelle commission ne dépendrait plus directement du ministère mais du « Conseil pour la planification et la coordination des sciences médicales » (*Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft*), organe consultatif créé en 1962 auprès du ministère de la Santé. Ce conseil se subdivise en de nombreuses commissions de travail dont la capacité d'influence – du fait d'une délimitation floue des domaines de compétences – est relativement réduite. Faire dépendre la future « commission-problème Psychiatrie » (*Problemkommission*

²⁰¹ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 437.

²⁰² BArch DQ 1/6195, lettre de Lange au ministère de la Santé (Gehring), 31 juillet 1963.

²⁰³ BArch DQ 1/6195, « Material zur Grundsatzdiskussion über die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR – Rodewischer Thesen », 15 novembre 1963.

²⁰⁴ Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 125. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 439.

²⁰⁵ BArch, DQ 1/6195, Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR vom 25.6.1963, 28 juillet 1963.

Psychiatrie) de ce conseil permet ainsi au ministère de placer un maillon supplémentaire entre lui et les représentants de la psychiatrie.

En 1963, les champs d'action de cette future *Problemkommission* sont définis comme suit : « recommandations pour les perspectives d'évolution de la psychiatrie en RDA, participation à la résolution des principales missions économiques et scientifiques avec l'établissement d'un travail de recherche »²⁰⁶. Jusqu'à la mise en place effective de cette commission – aucune date n'est indiquée par le ministère en 1963 – le comité est cependant invité à poursuivre ses travaux. Sans avoir consulté les principaux intéressés, les autorités centrales décident ainsi de supprimer cet organe consultatif pour en créer un autre, mettant les membres du comité d'experts devant le fait accompli.

Afin de préparer la transition, il est demandé au comité de livrer une appréciation de son propre travail, document qui illustre une nouvelle fois la frustration de ses membres. D'après ce rapport, daté du 4 octobre 1963 :

« il existe ainsi une insatisfaction commune concernant la collaboration entre le comité d'experts d'un côté et les services correspondants du ministère de l'autre. [...] Selon la plupart des membres du comité, les prises de position et les recommandations qui y sont travaillées ne sont pas assez rapidement et pas assez efficacement traduites par des actions en conséquence »²⁰⁷.

Comme l'illustre ce rapport, les psychiatres du comité ne se sentent absolument pas écoutés par les autorités centrales et la mise en place soudaine d'une nouvelle commission – dont les attributions et la composition restent vagues – ne vient que renforcer ce sentiment. Le manque de transparence se fait patent.

En décembre 1963, il est annoncé aux membres du comité que c'est Ehrich Lange – actuel président du comité et désormais directeur de la clinique psychiatrique et neurologique de Dresde – qui a été désigné pour prendre la direction de la future commission, il doit ainsi préparer sa constitution et faire des propositions concernant sa composition. Malgré les initiatives menées par Lange pour tenter de faire bouger les choses tout au long de l'année 1964, le « conseil pour la planification et coordination des sciences médicales » ne semble pas considérer la mise en place effective de ce nouvel organe comme une affaire d'importance.

²⁰⁶ « [...] Empfehlungen für die Perspektiventwicklung der Psychiatrie, Hilfe für die Lösung ökonomischer und wissenschaftlicher Hauptaufgaben mit Festlegung der Forschungsarbeit » *Ibid.*

²⁰⁷ « Auf jeden Fall also besteht gemeinsam Unzufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit zwischen dem Fachausschuß einerseits und den entsprechenden Dienststellen des Ministeriums andererseits. [...] Die von Fachausschuß erarbeiteten Stellungnahmen und Empfehlungen kommen nach Meinung des überwiegenden Teiles des Fachausschusses nicht schnell und nicht wirksam genug zu entsprechenden Handlungen. » BArch, DQ 1/6195, Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR vom 27.9.63, 4 octobre 1963.

En 1964, les déclarations d'intention se multiplient de la part du conseil, mais rien n'est mis en place concrètement. En février 1965, le comité d'experts est officiellement dissous alors que la commission qui devait prendre initialement le relais n'est toujours pas mise en place. Finalement, en avril 1965, on parvient à un accord concernant la composition de la fameuse commission. Pour autant, rien ne passe dans les semaines et mois qui suivent, la commission n'est toujours pas appelée à siéger. Parmi les anciens membres du comité d'experts, on se demande si le ministère n'a pas tout simplement dissous le comité afin de « s'en libérer »²⁰⁸. Le manque d'informations concernant la mise en place effective de la commission laisse en effet planer le doute.

Finalement, la première réunion constitutive de la commission-problème « Psychiatrie et Neurologie » a lieu le 15 juillet 1966, soit un an et demi après l'arrêt des travaux du comité d'experts²⁰⁹. Tout comme le comité d'experts, ses membres sont issus aussi bien de la psychiatrie d'établissement que de la psychiatrie universitaire. La constitution de ce nouvel organe ne change cependant pas grand chose à l'évolution du secteur psychiatrique, aucune réforme d'ampleur n'est mise en place comme le préconise – depuis la fin des années 1950 – le groupe des psychiatres réformateurs. Deux ans après sa constitution, un rapport de la commission, rédigé par son président, revient sur l'histoire de la psychiatrie en RDA, sur sa situation actuelle et sur ses perspectives futures²¹⁰. Ce rapport, qui est censé porter principalement sur la psychiatrie infantile, permet une nouvelle fois à Lange de dresser un bilan plutôt négatif de la situation de la psychiatrie. Ainsi, « durant une période longue et quasiment impardonnable », « le développement de la psychiatrie a été laissé de côté par la politique de santé »²¹¹. D'après le rapport, les torts seraient partagés, et seraient à rechercher aussi bien au sein de la psychiatrie elle-même, que dans « la mauvaise appréciation et la sous-évaluation du problème de la psychiatrie par la politique de santé et la direction du système de santé »²¹². Si la critique se fait feutrée, elle reste néanmoins bien présente. Ce rapport revient sur les réformes menées à l'échelle locale au sein de divers établissements ainsi que sur l'importance des « thèses de Rodewisch » dont les grandes lignes sont reprises. Le travail

²⁰⁸ Cette interrogation est rapportée par Ehrich Lange. BArch DQ 1/2421, lettre de Lange au Ministre de la Santé, 19 janvier 1966.

²⁰⁹ BArch DQ 1/2421, Niederschrift über die konstituierende Sitzung der Problemkommission am 15.7.1966 im Ministerium für Gesundheitswesen, 29 septembre 1966.

²¹⁰ BArch DQ 109/258, « Aus der Problemkommission 'Psychiatrie und Neurologie' des Rates für Planung und Korrdinierung der medizinischen Wissenschaft beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR », 5 juillet 1968. D'après Wolfgang Rose, ce rapport est remis à la chambre du peuple (*Volkskammer*) en 1968, qui se penche alors sur les conditions de prise en charge des enfants malades mentaux. Wolfgang Rose, *op.cit.* p. 135-136.

²¹¹ « [warum] die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR über einen langen, fast unentschuldbaren Zeitraum Siefkind der Gesundheitspolitik war » *Ibid.*

²¹² «[...] in Fehleinschätzung und Unterschätzungen des Problems der Psychiatrie durch Gesundheitspolitik und Leitung des Gesundheitswesens [...] » *Ibid.*

fourni par le comité d'experts depuis 1959 est également souligné, tout comme son manque d'influence, « aucun soutien de la part de l'État » ne lui ayant été accordé²¹³. La nécessité d'un programme global qui permettrait de cibler les réformes à faire au sein du secteur psychiatrique est répétée, cette demande de coordination de la part du niveau central constitue bien un *leitmotiv* dans les revendications des psychiatres depuis la fin des années 1950. Dans ce rapport datant de 1968 sont également évoqués les problèmes qui pèsent sur le quotidien des institutions psychiatriques : l'état vétuste des infrastructures, le manque d'espace, le manque de lits disponibles et la surpopulation. D'après Lange :

« En raison uniquement de l'état des infrastructures et de la capacité d'espace, [les cliniques universitaires] ne peuvent – avec la meilleure volonté qui soit – remplir que de manière limitée les missions de recherche actuelles, et pour ce qui est des missions futures, elles ne le peuvent absolument pas. [...] Les établissements psychiatriques existants sont soit extrêmement sur-occupés, soit [s'ils ne sont pas sur-occupés], si limités en espace, qu'il n'y a pas de place pour les capacités de recherche et les domaines de fonctionnement. »²¹⁴

À ces difficultés s'ajoute un manque récurrent de personnel. Quant au réseau de soins ambulatoires, qui permettrait une « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie conformément aux résolutions de Rodewisch, il apparaît comme un « terrain complètement sous-développé »²¹⁵. Finalement, la situation ne semble pas avoir véritablement changé depuis la fin des années 1950, et ce du fait de l'absence d'un investissement politique et financier de la part des autorités centrales. Au sein du budget de l'État, entre 1955 et 1965, la part consacrée aux établissements psychiatriques passe de 5% à 6,6% des dépenses effectuées pour le secteur hospitalier²¹⁶. Si l'on ne peut nier une augmentation des dépenses, elle se fait si réduite qu'elle ne peut couvrir la mise en place d'une réorganisation et d'une modernisation de grande ampleur.

En 1968, près de dix ans après la formation du comité d'experts auprès du ministère de la Santé, on ne constate donc pas d'amélioration notable concernant la situation des établissements psychiatriques de RDA, les difficultés restent les mêmes et les autorités centrales ne semblent pas disposées à engager une réforme de grande ampleur dans ce

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ « [Die Hochschulkliniken der DDR] können – allein aus Gründen der Bau- und Raumkapazität – beim besten Willen die gegenwärtigen Forschungsaufgaben nur sehr bedingt, die zukünftigen mit Sicherheit so nicht erfüllen. [...] Die bestehenden psychiatrischen Facheinrichtungen sind entweder aussergewöhnlich überbelegt oder – wenn nicht überbelegt – so raummässig eingeengt, dass für notwendige Forschungskapazitäten und Funktionsbereiche kein Platz ist. » *Ibid.*

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ *Statistisches Jahrbuch, der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin, Staatsverlag der DDR, 1958, p. 241 ; *Statistisches Jahrbuch, der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin, Staatsverlag der DDR, 1968, p. 406.

domaine. Une note de synthèse – datant du début des années 1970 – retrouvée au sein des archives du « conseil pour la planification et coordination des sciences médicales » aboutit aux mêmes conclusions²¹⁷. D'après cette note, qui semble avoir été rédigée à partir de rapports remis par des professionnels du secteur, on constate « une extraordinaire insuffisance concernant la capacité spatiale ainsi que les infrastructures aussi bien au sein des cliniques universitaires que dans les institutions hospitalières du système de santé »²¹⁸. Au début des années 1970, psychiatrie universitaire et psychiatrie d'établissement continuent donc toutes deux de souffrir de la vétusté des bâtiments. La dernière construction dans ce secteur date en effet de 1928. À cela s'ajoute un manque de matériel et d'équipement dans le domaine de la recherche comme des soins. La pénurie de personnel qualifié est également mise en avant, ainsi que les difficultés d'approvisionnement en médicaments. S'ajoute à ce tableau un « engagement insuffisant des organismes dirigeants », c'est-à-dire l'absence d'une ligne directrice dictée par l'autorité centrale. Finalement, les problèmes soulignés par Walther et Riepenhausen plus de dix années auparavant semblent toujours aussi prégnants.

Cette note de synthèse semble en partie s'appuyer sur un rapport remis en février 1970 au « conseil pour la planification et coordination des sciences médicales » par le docteur Rolf Walther, directeur de l'hôpital psychiatrique et neurologique de Rodewisch²¹⁹. Le docteur Walther y souligne plusieurs traits qui caractérisent l'état de la recherche et l'organisation scientifique de la psychiatrie est-allemande. Si les « thèses de Rodewisch » ont ainsi suscité un intérêt international, elles « sont restées en RDA sans effet durable ». Les causes avancées dans le rapport sont les suivantes : « incompatibilité des écoles dominantes, éclatement de la recherche, manque de directives scientifiques et thérapeutiques, manque de ressources matérielles pour la construction de centres de réinsertion »²²⁰. À l'aide de la note de synthèse et du bilan dressé par Rolf Walther, on peut relever plusieurs traits inhérents au fonctionnement de la psychiatrie en RDA et qui se font particulièrement jour au cours des années 1960 : une absence de ligne directrice qui serait dictée par le niveau central, un éclatement du paysage psychiatrique (dans le domaine de la recherche comme des soins), un manque de moyens matériels et personnels. Ces éléments, qui traduisent un désintérêt de la part du niveau central, semblent marquer durablement le profil de ce secteur de la santé en

²¹⁷ BArch DQ 109/95, « Konzept zum Anteil Psychiatrie ».

²¹⁸ « Außergewöhnliche Insuffizienz hinsichtlich Raumkapazität und Baustruktur sowohl bei den Hochschulkliniken als auch den stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens » *Ibid.*

²¹⁹ BArch DQ 109/95, « Einschätzung des gegenwärtigen Stands der Forschung und Wissenschaftsorganisation im Bereich Psychiatrie », par le docteur Rolf Walther, 28 février 1970.

²²⁰ « Unvereinbarkeit der herrschenden Schulmeinungen, Zersplitterung der Forschung, Fehlen wissenschaftlicher und therapeutischer Direktiven, fehlende materielle Grundlagen für Aufbau von Rehabilitations-Einrichtungen » *Ibid.*

RDA.

3. Psychiatrie et société, psychiatrie et politique en RDA

3.1 Un rendez-vous manqué entre psychiatrie et société

L'absence de soutien de la part de l'État ne doit pas laisser conclure à l'absence de réformes menées au sein du secteur psychiatrique. Face au désintérêt exprimé par le niveau central, les réformes ne peuvent se concrétiser qu'à l'échelle locale et restent ainsi à l'initiative des directeurs d'établissements et de cliniques. Au début des années 1970, un texte programmatique conceptualise ce changement de perspective dans le débat psychiatrique est-allemand : il s'agit des « thèses de Brandebourg », formulées sous la forme de deux versions, en 1974 et 1976, par trois psychiatres (Siegfried Schirmer, Karl Müller et Helmut Späte)²²¹. La première version a pour objectif de servir de base de discussion à un congrès de psychiatrie ayant lieu à l'hôpital de Görden en 1974, elle est publiée dans l'unique revue spécialisée de RDA la même année (*Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*). La seconde, publiée dans la même revue deux ans plus tard, se présente comme le résultat des discussions ayant eu lieu au congrès. Les modifications apportées à cette seconde version laissent cependant penser à une intervention des autorités politiques, les passages contenant une critique de la société ayant été supprimés ou considérablement modifiés.

Au cœur des deux versions se trouve la volonté de transformer profondément l'organisation et les relations au sein de l'institution soignante, afin de faire du patient un sujet agissant. S'appuyant sur le concept de « communauté thérapeutique », développé par Maxwell Jones dès la fin des années 1940, il s'agit de changer l'organisation de l'institution afin que chaque individu, qu'il soit soignant ou soigné, puisse s'engager activement dans l'entreprise thérapeutique commune²²². La structure strictement hiérarchique de l'institution doit laisser place à une organisation plus démocratique, permettant plus d'interaction entre le patient et le collectif thérapeutique. Cette volonté de mettre en place une « communauté thérapeutique » s'appuie également sur une critique de l'institution, perçue comme ayant des effets néfastes sur le patient. Les deux versions font d'ailleurs directement mention des réflexions d'Erving

²²¹ Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Neun Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft », in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 26, 1974, p. 50-54 ; Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft », in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 28, 1976, p. 21-25. À ce sujet, voir : Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 442-447 ; Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 162-165. Pour une traduction de ce programme en anglais, accompagnée d'une introduction explicative, voir : Volker Hess, « The Rodewisch (1963) and Brandenburg (1974) propositions », in *History of Psychiatry*, 22, 2011, p. 232-243.

²²² Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Neun Thesen... », *op. cit.*, thèse 4, p. 51-52.

Goffman à ce sujet (la première utilisant l'expression « institution totale »²²³). Les auteurs se réfèrent également aux travaux du psychiatre allemand Klaus Dörner, qui fait de l'institution psychiatrique une « relique de la société bourgeoise »²²⁴. Ces références témoignent bien d'une réception du discours antipsychiatrique en RDA, bien que la seconde version prenne clairement ses distances vis-à-vis des positions les plus radicales (il y est précisé que la mise en place d'une « communauté thérapeutique » ne signifie aucunement la suppression des formes d'autorité, que ce soit à l'intérieur de l'institution comme à l'extérieur²²⁵). Par ailleurs, s'ils empruntent ce concept à un psychiatre américain, les auteurs de ce programme soulignent bien qu'une véritable « communauté thérapeutique » basée sur des principes démocratiques, ne peut être réalisée qu'au sein du socialisme²²⁶.

En comparaison aux « thèses de Rodewisch », formulées une décennie plus tôt, et qui en appelaient à la responsabilité de l'État et de la société dans la mise en place d'une vaste réforme de la psychiatrie, les « thèses de Brandebourg » manifestent l'expression d'un changement important concernant les perspectives des psychiatres réformateurs. Au début des années 1970, alors que les actions menées par le comité d'experts et la commission-problème n'ont donné aucun résultat probant, on n'en appelle plus à la responsabilité de l'État ou de la société. Les réformes présentées dans ce programme sont à mener uniquement au sein de l'institution. Il ne s'agit plus d'ouvrir la psychiatrie sur la société ou de mettre en place une vaste réforme à l'échelle de la RDA, mais bien plus de se tourner vers l'échelle locale. Ce « tournant vers l'intérieur » (*Wende nach innen*), d'après les mots de l'historienne Sabine Hanrath, peut être interprété comme une réaction défensive mais aussi pragmatique des professionnels face à l'absence de soutien de l'État. Ce changement de paradigme illustre les modalités selon lesquelles le paysage psychiatrique de RDA se constitue depuis les années 1960, c'est-à-dire de manière éclatée.

Si des réformes ont lieu, elles se font ainsi à l'échelle locale et dépendent directement de l'initiative des directeurs et du dynamisme de l'équipe soignante. Au sein de l'établissement psychiatrique de Görden, par exemple, le nouveau paradigme thérapeutique – formulé entre autres par le directeur, Siegfried Schirmer – provoque des changements notables dans l'organisation de la vie quotidienne : les patients adultes sont désormais vouvoyés, les repas

²²³ Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Neun Thesen... », *op. cit.*, thèse 3, p. 51 ; Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Brandenburger Thesen... », *op. cit.*, thèse 3, p. 22.

²²⁴ Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Neun Thesen... », *op. cit.*, thèse 3, p. 50-51 ; Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Brandenburger Thesen... », *op. cit.*, thèse 3, p. 22.

²²⁵ Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Brandenburger Thesen... », *op. cit.*, thèse 4, p. 23.

²²⁶ « Daher ist eine wahre therapeutische Gemeinschaft mit umfassender Demokratie im psychiatrischen Krankenhaus nur im Sozialismus möglich ». Siegfried Schirmer, Karl Müller, Helmut S. Späte, « Neun Thesen... », *op. cit.*, thèse 5, p. 52.

servis avec couteaux et fourchettes (et non plus avec une simple cuillère), les portes des services restent ouvertes, et un conseil de patients est fondé²²⁷. La mise en place d'une prise en charge semi-hospitalière est également effectuée dans plusieurs établissements du Brandebourg (à Teupitz comme à Lübben) qui diversifient ainsi leur offre de soin en créant des cliniques de jour et de nuit²²⁸. À Leipzig, le principe de la sectorisation est adopté en 1976 afin d'organiser la couverture des soins psychiatriques qui sont pris en charge par la clinique universitaire et les deux hôpitaux psychiatriques. Le champ psychiatrique de RDA n'est donc pas exempt de réalisations concrètes, qui s'inscrivent dans l'évolution du secteur au niveau européen, elles se font cependant uniquement à l'échelle locale. Cette situation explique l'hétérogénéité du paysage psychiatrique, qui se maintient jusqu'à la chute du Mur.

Les années 1960 nous apparaissent ainsi décisives pour tenter de saisir les caractéristiques du secteur psychiatrique en RDA. Tout d'abord, du fait de l'absence de soutien politique, la psychiatrie apparaît plus que jamais comme un secteur en marge du système de santé socialiste, qui ne suscite finalement que peu d'intérêt de la part du niveau central. L'histoire du comité d'experts et de la commission-problème illustre le manque de soutien politique mais aussi financier accordé à ce secteur de la santé, qui ne perdra pas son statut de laissé pour compte. Les investissements qui auraient permis une modernisation globale de la psychiatrie ne seront pas réalisés et les difficultés resteront les mêmes jusqu'à la fin des années 1980 : la vétusté des bâtiments, le manque d'espace et de lits disponibles, la pénurie de personnel marquent le quotidien de la grande majorité des institutions jusqu'en 1989. La situation s'aggrave durant la dernière décennie de la RDA du fait notamment des départs de soignants et médecins vers l'Ouest et de la crise structurelle dans laquelle est alors plongée la RDA. Le rapport remis en mai 1991 par un groupe d'experts mandaté par le gouvernement réunifié allemand, afin d'examiner « la situation de la psychiatrie dans l'ancienne RDA », fait ainsi état de « contraintes économiques et d'une situation de pénurie de personnel et de matériel dans les secteurs hospitaliers comme ambulatoires, qui ont pris en particulier lors des dernières années une ampleur en partie catastrophique »²²⁹. Des années 1960 à la fin des années 1980, la psychiatrie reste ainsi un secteur marginalisé au sein d'un système de santé qui présente lui aussi des problèmes structurels intrinsèques.

Deuxièmement, du fait de l'absence de soutien politique mais également de

²²⁷ Wolfgang Rose, *op.cit.*, p. 165.

²²⁸ Wolfgang Rose, *op. cit.*, p. 171.

²²⁹ «Eine wesentliche Rolle spielten ökonomische Zwänge und eine Mangelsituation in der materiellen und personellen Ausstattung im stationären und ambulanten Bereich, die vor allem in den letzten Jahren zum Teil katastrophale Ausmaße annahmen». « Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandaufnahme und Empfehlungen. Im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit », 30 mai 1991, p. 4.

l'impossibilité pour ses acteurs d'investir la sphère publique, la psychiatrie ne parvient pas à véritablement « rencontrer la société » en RDA. Le passage des « thèses de Rodewisch » à celles de Brandebourg – ce « tournant vers l'intérieur » – illustre ce rendez-vous manqué entre psychiatrie et société, rendez-vous qui est à la base des réformes menées au sein des autres pays européens. Ainsi, d'après l'historien Franz-Werner Kersting, on assiste en RFA, à un processus de « socialisation » (*Vergesellschaftlichung*) de la psychiatrie, la psychiatrie « devenant un sujet d'intérêt public au-delà des murs de l'hôpital »²³⁰. Dans le contexte de l'antipsychiatrie des années 1960 et 1970, les thématiques reliées à l'univers psychiatrique colonisent le débat public ouest-allemand et dépassent largement les frontières des établissements psychiatriques. Le mouvement de protestation des années 1968 constitue un contexte favorable pour ce processus d'ouverture de la psychiatrie sur la société, qui passe à la fois par une critique de l'institution et par l'expression forte d'une volonté de changements radicaux. Dans ce contexte contestataire qui fait de la psychiatrie un objet du débat public, les actions individuelles de réformes peuvent se muer en une réforme plus vaste prise en charge par l'État au cours des années 1970 et 1980. En RDA, la situation est très différente. Bien que des velléités de réforme se fassent jour dès la fin des années 1950, bien que le discours antipsychiatrique rencontre un certain intérêt (comme le prouvent les « thèses de Brandebourg »), une réforme de grande ampleur n'a pas lieu. D'après le rapport remis en mai 1991, cette situation s'explique notamment par « l'absence d'une sphère publique démocratique » qui aurait permis aux acteurs du champ psychiatrique de faire entendre leurs voix et de mobiliser la population²³¹. Selon les experts, l'absence d'une sphère publique fonctionnant selon des principes démocratiques constitue ainsi un obstacle dans le processus de « socialisation » de la psychiatrie en RDA.

Troisièmement, et en lien avec les points précédents, le paysage psychiatrique en RDA se caractérise par son hétérogénéité, par les différences locales qui subsistent jusqu'en 1989 entre les établissements. Comme le constate le rapport remis en 1991,

« En dépit d'une organisation centralisée de l'État, la couverture des soins psychiatriques de l'ancienne RDA était dépendante des conditions locales, des moyens disponibles concernant les infrastructures et autres, et avant tout de la disponibilité, de l'engagement, de la capacité à s'imposer et de l'intérêt des personnes qui y travaillaient – dans ces circonstances, la structure centralisée faisait effet, dans la mesure où généralement la personne du directeur (médical) et plus précisément celle de ses partenaires principaux issus de la bureaucratie de l'État et du parti

²³⁰ Franz-Werner Kersting, *Psychiatriereform...*, *op.cit.*, p. 29.

²³¹ « Zur Lage... », *op. cit.*, p. 4.

se faisait déterminante. »²³²

L'absence d'une réforme prise en charge au niveau central explique cette dépendance vis-à-vis des conditions locales qui concerne aussi bien le quotidien des établissements que le domaine de la recherche. En 1994, Peter Hegemann, psychiatre ayant exercé en RDA, tire une conclusion tout à fait similaire. Il avance quatre raisons expliquant les problèmes rencontrés par la psychiatrie au sein de l'ancienne RDA : aux problèmes d'infrastructures, à l'« insuffisante sphère publique » (*ungenügende Öffentlichkeit*), aux divisions entre les psychiatres, s'ajoute l'absence d'une « conception de développement centrale et obligatoire » (*kein zentrales, verbindliches Entwicklungskonzept*), qui explique logiquement les différences territoriales constatées par la commission d'enquête²³³. Il est donc difficile de parler d'une seule et unique psychiatrie en RDA. À la séparation entre psychiatrie d'établissement et psychiatrie universitaire – généralement mieux lotie et qui se concentre sur les cas « aigus » – s'ajoutent des différences régionales extrêmement importantes. De plus, au sein d'un même établissement, on peut également constater des différences de traitement suivant les groupes de patients concernés²³⁴. Le paysage psychiatrique de RDA est ainsi traversé par plusieurs lignes de différenciation, à plusieurs échelles et selon divers critères, qui en font un ensemble particulièrement hétérogène. Comme le souligne Sabine Hanrath, quand on l'inscrit dans une réflexion plus vaste, cette situation contredit complètement l'idée selon laquelle la société de RDA aurait constitué un bloc homogène, réduit à néant par les prétentions totalitaires de l'État et du parti²³⁵. Bien au contraire, la situation de la psychiatrie en RDA illustre, selon toute évidence, un processus de différenciation de la société, qui constitue finalement le produit d'un manque de centralité. S'il s'agit d'un résultat pour le moins paradoxal au pays du « centralisme démocratique », il s'explique notamment par le manque d'intérêt politique accordé par le niveau central à ce secteur de la santé. Les possibilités de différenciation se réalisent donc à une échelle locale, la situation de la psychiatrie corroborant ainsi les réflexions avancées par l'historien Thomas Lindenberger au sujet de la structure sociale en RDA²³⁶.

²³² « Die psychiatrische Versorgung in der ehemaligen DDR war trotz zentralstaatlicher Organisation in allen ihren Bereichen in hohem Maße von den örtlichen Bedingungen, den jeweils verfügbaren baulichen und sonstigen Mitteln und vor allem von Einsatzbereitschaft, Engagement, Durchsetzungsfähigkeit und Interessenlage der vor Ort tätigen Personen abhängig – wobei hier die zentralistische Struktur insofern durchschlagend, als hier gemeinhin die Person des (ärztlichen) Direktors bzw. seiner maßgeblichen Partner in der staatlichen und Parteibürokratie ausschlaggebend war. » *Ibid.*, p. 169

²³³ Peter Hegemann, « Bemerkungen zum Fachgebiet Psychiatrie », in *Dokumentation IG Medizin und Gesellschaft*, p. 68-70.

²³⁴ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 78.

²³⁵ Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 473-473.

²³⁶ Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen... », *op. cit.*, p. 42. Sabine Hanrath parvient à cette conclusion au terme de sa thèse. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 473-474.

3.2 Psychiatrie et idéologie

Au terme de cette esquisse, il convient d'aborder un autre élément permettant de caractériser plus précisément les rapports entre la psychiatrie et le pouvoir politique en RDA. Les années 1960, qui constituent la trame chronologique de notre travail, sont en effet encadrées par deux offensives menées à l'initiative du parti dans le but de pénétrer la discipline psychiatrique de considérations idéologiques. Nous avons déjà évoqué la campagne de « pavlovisation », qui fait de l'interprétation des théories pavloviennes un instrument de combat dans le contexte de la Guerre froide. Près de vingt années plus tard, au début des années 1970, le parti fait une nouvelle fois montre de velléités visant à influencer la discipline psychiatrique dans un sens idéologique.

Cette offensive se fait jour lors d'une conférence, organisée par le Comité Central du SED, en février 1971. Elle porte sur « la situation idéologique des disciplines psychiatrie / neurologie et psychologie ». Y prennent part des représentants de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques et cliniques universitaires de RDA. On compte en tout 300 participants, dont la plupart appartiennent au SED. On peut reconstituer en partie le déroulement de cette conférence ainsi que les réactions qu'elle a suscitées grâce au rapport d'un collaborateur officieux (*Inoffizieller Mitarbeiter*, IM) du ministère de la Sécurité d'État, lui-même interne au sein d'un hôpital psychiatrique et neurologique berlinois²³⁷. Cette offensive du parti vis-à-vis de la discipline psychiatrique ayant laissé peu de traces dans les archives, ce document détient une valeur tout à fait centrale.

D'après ce rapport, si l'initiative de la conférence revient au Comité Central (section « politique de la santé »), c'est une analyse du Bureau politique (*Politbüro*) qui en est à l'origine, analyse qui souligne que « de sérieuses lacunes peuvent être constatées, particulièrement dans le développement des fondements idéologiques de la discipline psychiatrique en RDA »²³⁸. Au cours de la conférence sont ainsi évoqués « le manque de fondement marxiste-léniniste de la recherche, un éclatement en différents courants de pensée, qui, pour la plupart, reposent sur une base principalement idéaliste et non marxiste »²³⁹. Les difficultés du secteur psychiatrique en RDA s'expliqueraient ainsi du fait de lacunes d'ordre

²³⁷ Sonja Süß évoque ce rapport que nous avons également pu consulter dans les archives de la BStU [*Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik*]. Sonja Süß, *op.cit.*, p. 323-325. BStU, MfS AIM 1847 / 41, IM-Akte « Grabowski », Band 4, p. 168-172, « Tonbandabschrift », 18 mars 1971.

²³⁸ « [...] ernst Mängel, insbesondere in der Weiterentwicklung der ideologischen Grundlagen des psychiatrischen Fachgebietes in der DDR zu verzeichnen sind ». BStU, MfS AIM 1847 / 41, IM-Akte « Grabowski », Band 4, p. 168.

²³⁹ « die m[an]gelnde marxistisch-leninistische Fundierung der Forschung, eine Zersplitterung in verschiedene Lehrmeinungen, die größtenteils auf nicht-marxistische, vorwiegend idealistischer Basis stehen [...] ». *Ibid.*, p. 168.

idéologique, les psychiatres de RDA ayant adopté « des conceptions, des vues, des courants de pensée critiques (*kritische Lehrmeinungen*) issues des pays occidentaux, en particulier d'Allemagne de l'Ouest»²⁴⁰. Lors de cette conférence, des critiques sont adressées aux principaux représentants de la discipline psychiatrique en RDA, qu'il s'agisse des membres du comité de direction de la Société de Neurologie et de Psychiatrie ou des rédacteurs de l'unique revue spécialisée (*Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*). Ces derniers auraient diffusé « des concepts idéalistes » et représenté « une psychiatrie concernant toute l'Allemagne sans fierté nationale »²⁴¹. Ainsi, s'il divise l'Allemagne en deux, le Rideau de fer doit également diviser le monde de la psychiatrie, une psychiatrie se fondant sur l'idéologie marxiste-léniniste étant censée s'opposer aux conceptions « idéalistes » développées à l'Ouest. Quant à savoir ce qui pourrait définir concrètement, selon les conceptions du SED, une psychiatrie « marxiste-léniniste », le rapport reste muet à ce sujet. Les critiques adressées à la psychiatrie et à ses principaux représentants – et ce quel que soit le courant de pensée auquel ils se rattachent²⁴² – soulignent systématiquement le manque de fondement idéologique de la discipline. Il semble toutefois difficile de définir ce qui pourrait être une « psychiatrie marxiste-léniniste » et les réactions des psychiatres vont également dans ce sens. En tout état de cause, cette offensive laisse cependant entendre qu'au cours des années 1960, la discipline psychiatrique a été épargnée par de telles velléités.

Si, selon l'IM « Grabowski », ces critiques rencontrent la compréhension de la grande majorité des participants, dans son rapport, il fait essentiellement mention de réactions d'incompréhension, de scepticisme, voire d'indignation de la part des médecins. Il est tout d'abord intéressant de noter qu'à la suite de ces critiques, la discussion prend un autre chemin, ce qui atteste d'un intérêt plutôt limité des participants pour ces considérations d'ordre idéologique. Plusieurs participants soulignent ainsi le manque d'investissement accordé à la psychiatrie, le vieillissement des infrastructures, le manque de moyens financiers, la pénurie de médicaments, reprenant ainsi les revendications portées par les psychiatres du comité d'experts depuis la fin des années 1950. Aux critiques idéologiques laissent ainsi place des réclamations pratiques qui se fondent sur l'expérience des professionnels. Par ailleurs, si des

²⁴⁰ « [...] seien kritische[s] Lehrmeinungen und Anschauungen, Konzeptionen aus westlichen Ländern, insbesondere aus Westdeutschland übernommen worden. » *Ibid.*, p. 168-169.

²⁴¹ *Ibid.*, p. 169.

²⁴² En guise d'exemple, si les deux co-rédacteurs de l'unique revue spécialisée de RDA se trouvent dans la ligne de mire de ces critiques, ils représentent deux courants diamétralement opposés. Karl Leonhard, directeur de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité, s'inscrit dans une école de pensée plutôt classique et met en avant les facteurs endogènes des maladies mentales (en relation avec le concept de *personnalité*). Voir le chapitre 2 à ce sujet. Quant à Dietfried Müller-Hegemann, directeur de l'hôpital Wilhelm Griesinger à Berlin-Est, son intérêt se penche plutôt sur l'influence que peut avoir l'environnement dans l'apparition des troubles psychiques et mentaux, il s'inscrit ainsi dans le courant de la psychiatrie sociale. Voir le chapitre 5 à ce sujet (3.2. La maladie du mur de Berlin, de Dietfried Müller-Hegemann).

manifestations d'incompréhension se font jour « à la marge de la conférence », elles se font beaucoup moins feutrées au sein de l'hôpital où « Grabowski » travaille, à savoir l'hôpital Wilhem Griesinger à Berlin-Est. Son directeur, Dietrich Müller-Hegemann, membre du parti et qui a été attaqué en tant que co-directeur de la revue spécialisée, exprime alors clairement son incompréhension. Il faut souligner que ce psychiatre détient une place centrale au sein du paysage psychiatrique de RDA²⁴³. Membre du SED, Dietfried Müller-Hegemann a occupé des postes à responsabilité au sein du ministère de la Santé. Sa proximité avec les sphères du pouvoir bénéficie pleinement à sa carrière, il obtient ainsi en 1957 la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'université Karl Marx de Leipzig (ainsi que le poste de directeur de la clinique universitaire qui lui est associé). Au cours des années 1950, ce psychiatre se fait l'un des plus ardents défenseurs des théories pavloviennes, dont la diffusion est encouragée par les autorités. Il est l'auteur du premier manuel de psychothérapie de RDA, au sein duquel il expose la méthode de la « psychothérapie rationnelle » (*rationale Psychotherapie*), qui s'oppose à toute orientation psychanalytique²⁴⁴. L'empreinte de Pavlov se retrouve nettement dans la conception du psychiatre, pour lequel la régulation des relations entre l'organisme et son environnement constitue une mission importante de la psychothérapie²⁴⁵. Et pourtant, Dietfried Müller-Hegemann se trouve bien au centre des critiques idéologiques adressées aux psychiatres de RDA, au cours de la conférence de 1971. La façon dont il réagit à ces attaques est rapportée par l'IM « Grabowski ». C'est bien une réaction d'incompréhension qui se fait jour (« Et maintenant qu'ils me disent ce qui n'est pas marxiste-léniniste dans ma clinique ? »²⁴⁶). Müller-Hegemann rappelle que son manuel a reçu une critique positive en Union soviétique, « dans laquelle il était clairement écrit, qu'il s'agissait avec [s]on manuel d'un des rares livres ayant un fondement marxiste-léniniste »²⁴⁷. Son travail serait ainsi considéré comme conforme à l'idéologie en Union soviétique, alors qu'en RDA, on lui reproche de propager des conceptions occidentales et « idéalistes », les deux appréciations étant ainsi en complète contradiction. Müller-Hegemann rappelle par ailleurs que même en Union soviétique, il existe « différentes écoles psychothérapeutiques, qui n'ont pas toutes une orientation marxiste-léniniste »²⁴⁸. Quant à la critique adressée à la revue qu'il co-dirige, le psychiatre prétend la prendre très au sérieux, sans toutefois la comprendre : après avoir

²⁴³ Voir le chapitre 5 pour plus d'informations sur ce psychiatre.

²⁴⁴ Dietfried Müller-Hegemann, *Psychotherapie. Ein Leitfadens für Ärzte und Studierende*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1961 [1957].

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 65.

²⁴⁶ « "nun sagen sie mir doch, was ist in meiner Klinik nicht marxistisch-Leninistisch?" ». BStU, MfS AIM 1847 / 41, IM-Akte « Grabowski », Band 4, p. 170.

²⁴⁷ « [...] in der eindeutig gestanden hat, daß es sich bei meinem Lehrbuch um eines der wenigen marxistisch-leninistischen fundierten Bücher handele ». *Ibid.*, p. 170.

²⁴⁸ *Ibid.*, p. 170.

consulté les derniers numéros, il n'a en effet rien trouvé qui ne soit pas « marxiste-léniniste ou plus précisément en convergence avec la théorie »²⁴⁹. Selon toute évidence, Müller-Hegemann ne semble pas comprendre les critiques qui lui ont été adressées, comme c'est le cas pour plusieurs de ses collègues.

En témoignent les propos d'un médecin-chef du même hôpital, rapportés par « Grabowski », et qui s'insurge contre cette tentative soudaine d'idéologiser la discipline :

« [...] on ne doit pas subitement essayer d'imposer une idéologie, qui n'existe pas de toute façon dans la discipline psychiatrique, on ne peut pas non plus se réclamer d'une psychiatrie de RDA, la psychiatrie est internationale et on ne peut pas soudainement parler d'une psychiatrie est-allemande et d'une psychiatrie ouest-allemande. »²⁵⁰

D'après ces propos, plusieurs éléments peuvent être soulignés. Tout d'abord, cette tentative d'idéologiser la psychiatrie semble arriver de manière tout à fait inattendue. En effet, depuis la campagne de « pavlovisation » des années 1950, le parti ne semble pas avoir tenté d'influer sur la pratique et la recherche menées au sein du secteur psychiatrique. Bien, au contraire, l'intérêt porté à cette discipline par le SED comme par le ministère de la Santé semble jusqu'alors tout à fait minime. À cette tentative de lier la psychiatrie à une quelconque idéologie, ce médecin oppose un refus catégorique, revendiquant par ce biais une certaine autonomie du champ scientifique auquel il appartient. Sur un autre plan, la position de ce médecin apparaît à nouveau comme en totale contradiction avec celle du parti, puisqu'il refuse de reconnaître la frontière germano-allemande comme un critère valable de définition de sa pratique ; une « psychiatrie est-allemande », tout comme une « psychiatrie ouest-allemande » n'existant pas à ses yeux. Cette position contredit la logique de Guerre froide, qui sous-tend toute la politique du SED et qui fait de l'Ouest un ennemi à combattre. On retrouve une telle argumentation dans les propos tenus par l'un des participants de la conférence de février, lui-même membre du SED. Il s'agit du professeur Wendt, directeur de l'hôpital d'Uchtspringe, président de la Société de Psychothérapie de RDA. Quand il lui est demandé si la Société de Psychothérapie se penche sur « les concepts psychothérapeutiques idéalistes des pays occidentaux », il répond ainsi (« presque mot pour mot ») :

« Qu'est-ce qu'on nous reproche constamment toutes ces choses politiques. Les chirurgiens ne se préoccupent pas de non plus de politique, la psychothérapie en Allemagne de l'Est et de

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ « [...] man solle doch nun nicht plötzlich versuchen, eine Ideologie einzuhämmern, die es ja im Fachgebiet Psychiatrie ohnehin nicht geben werde, man könne sich ja auch nicht auf eine DDR-Psychiatrie berufen, Psychiatrie sei international und es könne hier doch nicht plötzlich von einer ostdeutschen und einer westdeutschen Psychiatrie gesprochen werden. » *Ibid.*, p. 171.

l'Ouest, c'est bien la même. »²⁵¹

Le refus d'une quelconque idéologisation de la discipline est repris par les médecins de l'hôpital Wilhelm Griesinger. Plusieurs médecins font part de leur opinion, selon laquelle « on ne peut quand même pas exiger de quelqu'un qu'il s'identifie avec l'idéologie marxiste-léniniste. [...] on ne peut pas exiger qu'une idéologie concrète soit utilisée comme la base d'une activité professionnelle »²⁵². Par ailleurs, la contradiction entre, d'un côté, un désintérêt notoire de la part des autorités pour les difficultés pratiques du secteur psychiatrique, et de l'autre, cette exigence soudaine d'idéologiser la discipline, apparaît très clairement dans le rapport. Ainsi l'un des médecins de l'hôpital « trouverait très bizarre, qu'on adresse soudainement des critiques aussi sévères à la psychiatrie, alors que d'un autre côté, on a toujours oublié de lui accorder de l'attention »²⁵³. Ce paradoxe se retrouve dans les propos d'un de ses collègues qui se serait exprimé de la manière suivante :

« Par conséquent, tout ce que nous avons fait jusqu'à présent était mauvais, désormais nous sommes censés soudainement avoir fait du mauvais travail, alors que jusqu'à présent on nous a laissé nous débrouiller seuls sans nous donner la reconnaissance sociale correspondante. »²⁵⁴

À travers les réactions des professionnels, telles qu'elles sont rapportées par « Grabowski », force est de constater l'écart qui existe au début des années 1970 entre les préoccupations des psychiatres et celles du parti. Aux yeux des médecins, cet intérêt soudain du parti pour la discipline contraste fortement avec l'absence d'attention qui lui a été portée jusqu'alors. Cette volonté de pénétrer le champ médical de considérations idéologiques se heurte bien à l'incompréhension des professionnels, qu'ils fassent partie des principaux représentants de la discipline ou qu'il s'agisse de médecins anonymes, qu'ils appartiennent au parti ou non.

D'après les recherches menées par Sonja Süß au sein des archives du ministère de la Sécurité d'État, suite à cette conférence de 1971, on ne retrouve aucun document faisant état d'une tentative comparable du SED pour influencer la discipline psychiatrique selon la ligne

²⁵¹ « "Was wirft man uns andauernd diese ganzen politische Dinge vor. Die Chirurgen beschäft[ig]en sich ja auch nicht mit Politik, Psychotherapie in Ostdeutschland und Westdeutschland ist ja doch das gleiche." » *Ibid.*, p. 172.

²⁵² « [...], daß man noch nicht von jedem verlangen könne, daß er sich mit der marxistischen-leninistischen Ideologie identifiziere. [...] man könne niemals verlangen, daß eine konkrete Weltanschauung in der fachlichen Arbeit als Grundlage benutzt werde. » *Ibid.*, p. 172.

²⁵³ « [...] er würde es sehr merkwürdig finden, daß man plötzlich in einer derartig scharfen Form die Psychiatrie kritisiere, daß man andererseits stets vergessen habe, der Psychiatrie Aufmerksamkeit zu widmen [...] » *Ibid.*, p. 172.

²⁵⁴ « [...] was wir bisher also getan haben war aller schlecht, jetzt sollen wir plötzlich eine schlechte Arbeit gemacht haben, während man bisher uns hat alleine wirtschaften lassen ohne entsprechend gesellschaftliche Anerkennung zu bekommen » *Ibid.*, p. 171.

idéologique officielle²⁵⁵. Comme le souligne cette spécialiste du champ psychiatrique est-allemand, cela ne doit pas amener à la conclusion qu'aucune autre tentative dans ce sens n'ait été entreprise par le SED. Cependant, cette absence montre bien qu'une « offensive d'endoctrinement » de cette nature et de cette ampleur n'a pas eu lieu après 1971. Au cours des années 1970 et 1980, si la volonté d'idéologiser la discipline psychiatrique semble abandonnée par le SED, l'influence du parti dans ce secteur s'exprime plutôt au travers de la politique de recrutement des cadres (*Kaderpolitik*), ce qui est le cas pour l'ensemble du système de santé de RDA²⁵⁶.

À la campagne de « pavlovisation » des années 1950 – qui s'adresse à plusieurs domaines de la santé – succède donc cette tentative d'idéologisation datant du début des années 1970. À chaque fois, ces tentatives se heurtent à une certaine résistance du champ médical et scientifique. La logique idéologique semble alors entrer en contradiction avec les logiques médicales et professionnelles portées par les médecins. Cette contradiction peut cependant être dépassée dans le discours porté par certains psychiatres qui invoquent une conformité de leur conception avec l'idéologie marxiste-léniniste²⁵⁷, notamment à partir des années 1970. Il semble toutefois difficile de cerner avec certitude dans quelle mesure cette revendication relève d'une stratégie visant à obtenir reconnaissance et moyens. Comme l'a souligné Michael Ash, les périodes de bouleversement politique entraînent une reconfiguration des ressources disponibles pour les scientifiques, comme pour la sphère politique, qu'il s'agisse de ressources financières, institutionnelles ou rhétoriques²⁵⁸. Dans leurs discours, les psychiatres peuvent mobiliser à leur tour une rhétorique diffusée par le pouvoir politique, dans le but de donner une certaine légitimité sociale à leur discipline, en l'inscrivant dans le cadre de références officielles. Cette appropriation ne signifie pas pour autant que la psychiatrie qui est menée dans leurs établissements peut être qualifiée de « marxiste-léniniste », si tant est qu'on puisse accoler un tel adjectif à une pratique médicale.

Au-delà des discours, quand on se penche sur les pratiques thérapeutiques et leur relation au contexte idéologique, la situation se fait ainsi nettement plus complexe. Par exemple, si la psychanalyse est rapidement condamnée par les autorités est-allemandes en tant que pratique « bourgeoise » et « individualiste », certains thérapeutes ayant exercé en RDA

²⁵⁵ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 327.

²⁵⁶ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 327.

²⁵⁷ Voir par exemple le cas du psychiatre Kurt Höck qui, dans les années 1970, avance une conception de la névrose qu'il présente comme étant en conformité avec l'idéologie marxiste-léniniste. Il accorde ainsi une grande importance aux déterminants sociaux dans la compréhension des comportements humains, s'intéressant au processus dialectique qui existe entre l'humain et son environnement. Voir à ce sujet : Christine Leuenberger, « Cultures of Categories... », *op. cit.*

²⁵⁸ Michael Ash, *op.cit.*, p. 3-4.

attestent de la diffusion d'éléments relevant de la psychanalyse au sein des pratiques psychothérapeutiques, et ce bien avant la chute du Mur²⁵⁹. Ainsi, pour certains professionnels, derrière la « thérapie dynamique » (*dynamische Gruppentherapie*, puis *psychodynamische Einzeltherapie*) dont la pratique se diffuse dès les années 1970, « se cache » une pratique se rapprochant grandement de la psychanalyse. La psychanalyse emprunte des voies souterraines en RDA, son modèle explicatif pouvant s'y voir associé à certaines thérapies de groupe. La persistance de pratiques psychanalytiques, malgré leur condamnation officielle par les autorités communistes, se retrouve également dans d'autres pays du Bloc de l'Est, comme en Hongrie²⁶⁰ ou en Tchécoslovaquie²⁶¹. D'autre part, si les thérapies de groupe – en lien avec l'importance du collectif au sein de la société socialiste – sont effectivement majoritaires, il faut rappeler qu'au cours des années 1960, au sein de la première clinique universitaire de RDA (la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité à Berlin-Est), c'est bien une thérapie individualisée qui est proposée aux patients souffrant de névrose. Ainsi, bien que certains traits dominants émergent, on constate encore ici une différenciation interne du paysage psychothérapeutique en RDA. D'après Michael Geyer, auteur d'un volume consacré à ce sujet, « la scène psychothérapeutique ne fut jamais unitaire en Allemagne de l'Est »²⁶². Au sein des institutions psychiatriques, en RDA comme ailleurs, les conditions locales et notamment la personnalité du directeur ou du chef de service joue un rôle non négligeable dans la détermination de la ligne thérapeutique à suivre (tout comme dans le choix de la classification à adopter²⁶³). Cet élément s'articule également au contexte international au sein duquel il faut insérer les développements inhérents à ce secteur médical. Ce processus complexe qui aboutit à la détermination de lignes thérapeutiques est le fruit de plusieurs facteurs, et ne peut être réduit au simple résultat d'une pression politique. On ne peut donc limiter le paysage psychothérapeutique est-allemand à l'absence de la psychanalyse et à la prédominance des thérapies de groupe, comme reflet des pressions idéologiques exercées par le parti. Comme l'a souligné l'historien Greg Eghigian, si la psychiatrie en RDA dépend d'un certain nombre de réalités politiques qui ont un effet direct sur les institutions psychiatriques, force est également de constater qu'un grand nombre de facteurs décisifs pour l'évolution de cette discipline n'ont rien à voir avec le dogme communiste et relèvent plutôt de tendances

²⁵⁹ Christine Leuenberger, « Socialist psychotherapy... », *op. cit.*.

²⁶⁰ Sara Marks, Matt Savelli, « Communist Europe and Transnational Psychiatry », *op. cit.*, p. 9.

²⁶¹ Voir à ce sujet : Sara Marks, « From Experimental Psychosis to Resolving Traumatic Pasts : Psychedelic Research in Communist Czechoslovakia, 1954-1974 », in *Cahiers du monde russe*, 56/1, 2015, p. 53-75.

²⁶² Michael Geyer (dir.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2011, p. 23.

²⁶³ Christine Leuenberger, « Cultures of Categories... », *op. cit.*.

historiques et internationales²⁶⁴. À la question de savoir si la psychiatrie de RDA est une « psychiatrie communiste » – au sens d'un enchevêtrement entre discipline et idéologie –, il semble donc plus pertinent de répondre par la négative.

Au terme de ce chapitre – qui visait à esquisser certaines caractéristiques du paysage psychiatrique en RDA en insistant sur la période des années 1960 – il convient de tirer quelques conclusions nous permettant d'avancer les lignes de force qui guideront notre travail de recherche. Cette contextualisation rapide avait pour objectif de présenter certaines pistes de réflexion concernant la situation du secteur psychiatrique et ses relations avec le pouvoir politique, en tentant de replacer cette esquisse dans un contexte plus vaste. Comme nous avons pu le souligner précédemment, la psychiatrie ne constitue pas un secteur prioritaire pour les autorités communistes. Bien au contraire – les années 1960 constituant ici une période charnière – la psychiatrie ne bénéficie pas d'un soutien politique significatif et se situe bien plus à la marge du système de santé socialiste. Cette situation marginale influe logiquement sur la marge de manoeuvre dont disposent ses acteurs, qu'il s'agisse des patients comme des médecins. C'est ce qui explique aussi l'absence d'une grande réforme menée sur tout le territoire de la RDA, le paysage psychiatrique se faisant ainsi extrêmement différencié. Cette hétérogénéité constitue bien l'un des éléments caractéristiques de ce secteur de la santé. Quand on se penche sur la psychiatrie en RDA, l'échelle locale joue un rôle particulièrement important. Suivant cette perspective, nous avons choisi de nous concentrer sur un seul et unique établissement – la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité, à Berlin-Est – durant la période des années 1960. Cet établissement urbain appartient à l'ensemble hospitalier le plus important de RDA, et se trouve donc tout à la fois au cœur et à la marge du système de santé socialiste.

Force est également de constater le rendez-vous manqué entre psychiatrie et société, qui distingue le chemin pris par la psychiatrie est-allemande de celui emprunté par ses consœurs de l'Ouest. Si la psychiatrie ne parvient pas à « coloniser le débat public » comme elle le fait au sein de plusieurs démocraties occidentales (particulièrement en RFA et en Italie), les tensions inhérentes à la société de RDA pénètrent l'univers psychiatrique, à travers ses premiers acteurs : les patients. C'est cette hypothèse qui sous-tend le cœur de notre projet de recherche. Nous proposons ainsi de renverser la perspective et de montrer selon quelles modalités, les mécanismes et les contradictions de la société est-allemande se reflètent dans les expériences des patients de psychiatrie et de psychothérapie.

²⁶⁴ Greg Eghihian, « Was there a Communist psychiatry ?... », *op. cit.*.

Enfin, si la relation au politique n'est pas absente de notre perspective de recherche, elle s'ancre directement dans la précédente réflexion. Nous ne nous pencherons pas sur la question de savoir si la psychiatrie réalisée au sein de la clinique de la Charité est communiste ou pas. Si le politique apparaît au sein de notre travail de recherche, il le fait dans la mesure où nous tenterons de démêler les relations complexes entre individu et politique à travers les expériences des patients. Partant de l'étude d'une marge sociale, il s'agit bien de reconstituer d'autres expériences du « communisme au quotidien ». Se pencher sur les expériences des patients, ainsi que sur le regard qui est porté sur elles par le discours médical, permet de saisir, à l'échelle de l'individu, le degré de complexité de la société est-allemande dans ses rapports au politique. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur l'étude d'un seul observatoire dont il s'agit désormais de retracer la situation.

CHAPITRE 2 :

La clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (1957-1969) : entre une histoire de la psychiatrie et une histoire sociale du pouvoir communiste

Retour historique : La psychiatrie à la Charité (fin du XVIII^e siècle – fin des années 1950)

L'hôpital de la Charité détient une longue tradition historique qui prend sa source au début du XVIII^e siècle et marque l'histoire de la médecine en général, et celle de la psychiatrie en particulier. En retraçant l'histoire de la psychiatrie à la Charité, cette introduction au chapitre 2 vise à inscrire notre objet de recherche dans une temporalité plus vaste que celle qui constitue le cœur de notre étude, à savoir la décennie des années 1960. Des lignes de continuité se font alors jour, qui permettent d'éclairer certains des enjeux qui entourent la discipline psychiatrique et sa pratique dans la seconde moitié du XX^e siècle. Ce « retour en arrière », s'il ancre la clinique dans une certaine épaisseur historique, vise également à souligner la particularité de notre objet d'étude au sein du paysage psychiatrique allemand.

Du « services des aliénés » (Irrenabteilung) à la clinique psychiatrique et neurologique (1710-1905)²⁶⁵

En 1710, le roi de Prusse décide de fonder un bâtiment (*Pestlazarett*), loin des portes de la ville de Berlin, pour accueillir les malades de la peste. Ce n'est qu'en 1726 qu'il reçoit le nom de « Charité », lorsque ses fonctions sont élargies à l'accueil des malades nécessiteux²⁶⁶. Parallèlement à cette fonction d'assistance et de soins aux pauvres, la Charité – en tant que fondation royale – est également un lieu de formation, destinée aux médecins de l'armée.

²⁶⁵ Sur l'histoire de la Charité, voir notamment : Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité...*, *op. cit.* ; Volker Hess (dir.), *Die Charité in Berlin. Fotografien um 1910*, Berlin, bebra Verlag, 2010 ; Rainer Herrn, Laura Hottenrott (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West...*, *op. cit.* Sur la clinique neurologique et psychiatrique de la Charité, voir : Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke, *Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenlinik 1940-1999*, Münster, LIT Verlag, 2005.

²⁶⁶ « Es soll dies Haus die Charité heißen » (Cette maison doit porter le nom de Charité), c'est ce qu'écrivit le roi de Prusse dans l'arrêté libérant cette institution du paiement des impôts sur les biens de consommation quotidiens. Volker Hess (dir.), *Die Charité in Berlin...*, *op.cit.*, p. 7.

L'admission des premiers aliénés (*Irren*) dans ses murs n'a lieu qu'à la fin du XVIII^e siècle, en raison de l'incendie de l'établissement municipal (*Irrenanstalt*) qui les accueillait jusqu'alors. Cette solution, tout d'abord pensée comme temporaire, s'avère finalement définitive et entraîne la Charité sur la voie d'une certaine modernité hospitalière, ce pour deux raisons. Tout d'abord, la création d'un service dédié aux soins des aliénés (*Irrenabteilung*) accorde à ces derniers un statut de malade. Les aliénés entrent ainsi à l'hôpital, et, s'ils sont loin d'être considérés de la même façon que les malades somatiques, leur arrivée constitue un pas important dans le processus de constitution de la discipline psychiatrique au sein du champ médical. Deuxièmement, en raison du manque de place dû à cet afflux soudain de patients, le public accueilli au sein de la Charité se limite désormais *de facto* aux malades curables, dont les séjours se font limités dans le temps. L'arrivée imprévue des « fous » dans ses murs met progressivement fin à l'utilisation de la Charité comme institution d'assistance pour mettre l'accent sur la thérapie et les soins ; cet établissement se dirige alors sur le chemin de l'hôpital moderne²⁶⁷.

La Charité joue dès lors un rôle central dans la couverture des soins apportés à ceux qu'on appellera plus tard les « malades mentaux », et ce bien au-delà de la ville de Berlin. La première moitié du XIX^e siècle voit l'apparition, dans plusieurs territoires européens, de nouveaux modes d'intervention concernant la maladie mentale, liés à un nouveau regard porté sur l'aliéné et à une nouvelle conception de la folie. En Prusse, il s'agit notamment de la « méthode de cure psychique » esquissée par Johann Christian Reil au début du siècle (mais qu'il n'a jamais pratiquée lui-même). Selon cette conception, sur laquelle s'appuient les médecins de la Charité, les maladies mentales apparaissent comme des maladies du corps, et s'articulent autour de ce que Reil nomme « l'organe de l'âme » (*Seeelenorgan*)²⁶⁸. De nouvelles « pratiques thérapeutiques »²⁶⁹ sont alors mises en place, dont le caractère scientifique est avancé par les médecins, qui s'appuient notamment sur les dernières découvertes concernant le cerveau et le système nerveux. Dans cette perspective, les aliénés de la Charité sont soumis à une discipline stricte qui commence par l'assignation d'un emploi du temps, au sein duquel le travail corporel détient une place importante. L'éducation physique est ainsi au cœur des efforts des médecins qui font également appel à des substances médicamenteuses ou à des appareillages agissant directement sur le corps du patient (comme la machine tournante, qui

²⁶⁷ Volker Hess, « Die Alte Charité... », *op. cit.*, p. 45-46.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 58-59.

²⁶⁹ Comme le souligne Hervé Guillemain, « ce mot désigne la volonté de soigner plus que l'action de guérir ». Hervé Guillemain, « Médecin et religion au XIX^e siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860) », in *Le Mouvement social*, n° 215, avril-juin 2006, p. 35.

fait monter le sang à la tête)²⁷⁰.

Dans ce contexte, une éducation « morale » est également à l'ordre du jour, qui met en lumière une nouvelle appréhension de la relation entre le médecin et l'aliéné, le premier apparaissant comme une figure patriarcale, cherchant à amener le second sur le chemin de la raison. À cet égard, il convient de noter que la « cure psychique », avancée par Reil, se rapproche du « traitement moral », exposé en France par Philippe Pinel au début du XIX^e siècle. Dans les deux cas, l'aliéné est bien perçu comme conservant un reste de raison et donc d'humanité. C'est justement ce reste de raison qui doit servir de point d'appui au traitement, et c'est qui rend potentiellement possible une éventuelle guérison. L'aliéné devient alors « celui, qui, à la fois spécifiquement frappé dans son être d'homme et conservé en tant qu'homme, demande à être rétabli dans la plénitude de ses moyens personnels, par l'appel seul à ce qui persiste en lui d'inéliminable humanité »²⁷¹. De part et d'autre du Rhin, l'accessibilité du sujet constitue ainsi un élément central sur lequel s'appuient ces nouvelles pratiques thérapeutiques et ce malgré des conceptions différentes concernant les causes possibles de l'aliénation²⁷².

À la Charité, le service dédié aux aliénés (avec plus de 200 lits) est le plus important de l'hôpital (qui en compte entre 750 et 800 au début du XIX^e siècle). Les conditions d'hygiène au sein de la Charité sont déplorables et le service des aliénés ne fait pas exception. Le taux de mortalité y est plus élevé que dans les autres services de la Charité ; quant au pourcentage de guérison, il se fait nettement moindre²⁷³. Comme le souligne l'historien Volker Hess, l'optimisme qui caractérise les médecins du XIX^e siècle, ne s'appuie pas sur une efficacité pratique, et qui aurait fait ses preuves, mais bien plus sur la croyance en la scientificité de l'approche thérapeutique²⁷⁴. L'attention nouvelle qui est accordée au phénomène de la maladie mentale s'illustre également dans les transformations qui affectent la documentation médicale : dès le début du XIX^e siècle est ainsi mis en place au sein du service des aliénés – et pour la première fois à la Charité – l'attribution d'un dossier médical individuel pour chaque malade²⁷⁵. Cette initiative prépare en quelque sorte les réformes opérées au cours du XIX^e siècle, et qui vont dans le sens d'une « cure psychique ».

²⁷⁰ Volker Hess, « Die Alte Charité... », *op. cit.*, p. 54-57.

²⁷¹ Marcel Gauchet, Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.

²⁷² À la différence de Pinel, qui, s'il s'intéresse peu aux causes de l'aliénation, les situe plutôt dans le registre des « passions », Reil s'appuie sur l'anatomie et la physiologie pour tenter d'expliquer les troubles mentaux, sans toutefois effectuer de séparation entre le corps et l'esprit.

²⁷³ En 1813, 40% des malades du service des aliénés sont déclarés guéris (en guise de comparaison, ils sont 85% dans le service de médecine interne et 71% dans celui de chirurgie). La même année, 40% des aliénés admis décèdent au sein du service (ils sont 11 % en médecine interne et 12 % en chirurgie). Voir : Volker Hess, « Die Alte Charité... », *op. cit.*, p. 57-58.

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 58.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 52.

En 1835, un nouveau bâtiment vient accueillir le service des aliénés, c'est « la nouvelle Charité » (*die neue Charité*) que nombre de contemporains comparent à une prison²⁷⁶. Les malades mentaux y cohabitent avec des syphilitiques, des malades de la gale et des prisonniers malades. Cette redistribution spatiale souligne la stigmatisation dont sont l'objet les malades de ce service, à l'instar d'autres catégories de la population, considérées comme indésirables. Si la construction de « la nouvelle Charité » souligne l'institutionnalisation de la prise en charge des aliénés au sein du complexe hospitalier, elle fait aussi clairement apparaître le statut marginal qui leur est assigné. À une autre échelle, on peut constater l'insertion de l'espace réservé aux aliénés au sein du tissu urbain, passant d'une situation périphérique (la Charité est initialement située hors des portes de la ville) à une situation centrale. Au début du XIX^e siècle, la Charité (l'ancienne comme la nouvelle) ne se situe en effet non plus en dehors des limites de la ville mais bien en son cœur, la croissance du tissu urbain ayant provoqué ce processus de « migration spatiale », de l'extérieur vers l'intérieur.

Si la Charité se situe désormais au cœur de la ville, elle se rapproche également, tout au long du XIX^e siècle, de son université ; le service des aliénés participe pleinement de ce processus, notamment dans la seconde moitié du siècle. En 1810, lors de la fondation de l'université, l'hôpital de la Charité – « hôpital de pauvres » (*Armenkrankenhaus*) – n'est pas considéré comme un endroit adéquat pour former de jeunes médecins qui exerceront leur art au sein de milieux bourgeois. Cependant, au cours des décennies suivantes, se réalise une progressive emprise de l'université sur la Charité²⁷⁷. Dans les années 1830, Carl Ideler, qui dirige le service des aliénés, donne ainsi des cours à l'Université de Berlin, dans lesquels il présente des patients de son service, en tant qu'illustration de cas cliniques. Le succès de cette initiative reste cependant très mesuré, l'administration de l'hôpital n'étant pas favorable à ce que des étudiants pénètrent dans l'enceinte de la nouvelle Charité. Ce n'est qu'avec la nomination de Wilhelm Griesinger en 1864 que la direction de ce service est pleinement associée à la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université de Berlin. À cette époque, ceux que l'on nomme désormais « psychiatres » cherchent à donner à leur discipline une nouvelle identité, qui remplacerait l'image désuète associée aux aliénistes de la première moitié du siècle²⁷⁸. Comme l'a souligné Michel Foucault, la psychiatrie se situe, dès sa

²⁷⁶ Volker Hess (dir.), *Die Charité in Berlin...*, *op.cit.*, p. 64. Voir aussi : Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke, *op. cit.*, p. 9.

²⁷⁷ Johanna Bleker et Volker Hess évoquent un « processus rampant de quasi appropriation de l'hôpital par l'université ». Johana Bleker, Volker Hess, « Einleitung », in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *op. cit.*, p. 13-17, ici p. 14. Voir à ce sujet : Volker Hess, « Die Alte Charité... », *op. cit.*, p. 66-69.

²⁷⁸ Ce changement de terminologie se retrouve dans la désignation de l'association professionnelle de ces médecins : l'« Association des aliénistes allemands » (*Verein der deutschen Irrenärzte*) est ainsi rebaptisée en 1903 « Association allemande de psychiatrie » (*Deutscher Verein für Psychiatrie*). Volker

naissance, à la marge du modèle épistémologique général de la médecine, ancré dans les sciences de la nature²⁷⁹. C'est cette « hétérogénéité épistémologique » qui explique les efforts des psychiatres pour faire reconnaître la scientificité de leur profession et pour l'intégrer dans le paradigme médical. La référence aux principes des sciences naturelles, la création de chaires et de départements universitaires de psychiatrie sont ainsi autant d'éléments visant à faire reconnaître la psychiatrie comme une discipline médicale à part entière²⁸⁰. Wilhelm Griesinger, qui détient à Berlin la première chaire de psychiatrie et de neurologie d'Allemagne, est l'un des promoteurs de ce changement de paradigme. Ce médecin, qui associe psychiatrie et neurologie, va durablement marquer l'histoire de la clinique de la Charité, et plus largement celle de la psychiatrie allemande. Organiciste convaincu, il attribue des causes physiologiques aux troubles mentaux ; d'après lui, « les maladies mentales sont des maladies du cerveau » (« *Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten* »). Dans ce cadre, il parvient à mettre en place un nouveau service pour « malades des nerfs » (*Nervenranke*) en relation directe avec le service de médecine interne (*Innere Medizin*). Wilhelm Griesinger est également un farouche partisan de la suppression des moyens de contention (*No restraint*), processus qu'il défend dans sa pratique et qui permet – à son sens – de mettre en relation des conceptions non seulement humanistes, mais également économiques et scientifiques²⁸¹. Si la nomination de Griesinger permet de faire aboutir certaines des réformes initiées dans la première moitié du siècle, elle contribue également à intégrer la psychiatrie au monde de la médecine universitaire²⁸². Sous son influence, la psychiatrie universitaire, à Berlin comme en Allemagne, se développe donc sur la base d'une conception organiciste des troubles mentaux.

Si, dès les années 1860, les psychiatres allemands s'efforcent d'inscrire leur discipline dans le champ médical, la première décennie du XX^e siècle constitue une période où cette tendance commence à porter ses fruits. Dans les années 1910, on trouve ainsi des chaires de psychiatrie et des cliniques spécialisées dans toutes les facultés de médecine allemandes ; la psychiatrie fait alors partie de la formation obligatoire des étudiants en médecine ; quant aux

Roelcke, « Continuities or Ruptures ? ... », *op. cit.*, p. 164.

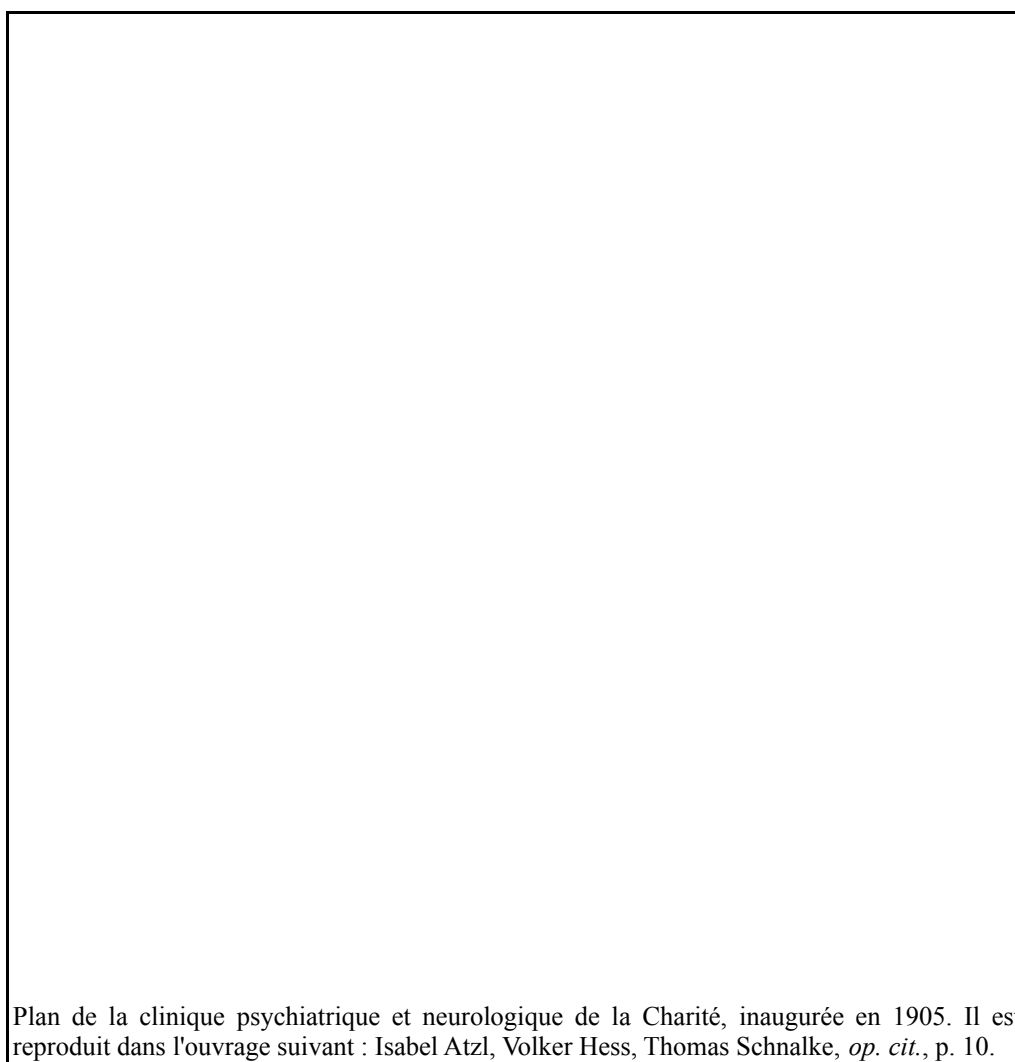
²⁷⁹ Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique...*, *op. cit.*, p.13.

²⁸⁰ Volker Roelcke, « Continuities or Ruptures ? ... », *op. cit.*, p. 163-164.

²⁸¹ Kai Sammet, « Ökonomie, Wissenschaft und Humanität - Wilhelm Griesinger und das Non-Constraint-System », in Engstrom Eric J., Volker Roelcke, (dir.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert: Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Bâle, Schwabe, 2003, p. 95-116, ici notamment p. 115. Du même auteur et sur les tentatives de réforme menées, non sans difficulté, par Wilhelm Griesinger à la Charité, voir également : « Akteure, Konflikte, Interessen : Wilhelm Griesingers Reformversuche in der Irrenabteilung der Charité 1865-1868 », in *Medizinhistorisches Journal*, 38, 2003, p. 285-311 ; « Wilhelm Griesinger, die Charité und die "Weiterentwicklung der Irrenanstalten" », in Eric J. Engstrom, Volker Hess (dir.), *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, 3, 2000, p. 137-61.

²⁸² Volker Hess, « Die Alte Charité... », *op. cit.*, p. 69.

controverses concernant la terminologie et la classification des maladies mentales, elles prennent fin avec l'adoption des catégories développées par Emil Kraepelin²⁸³. La psychiatrie allemande dispose dès lors d'un vocabulaire spécifique et d'un outil classificatoire unifié, éléments-clé dans le processus de production d'un savoir scientifique. À la Charité, l'inauguration d'un nouveau bâtiment, fondant la clinique psychiatrique et neurologique (*Psychiatrische und Nervenlinik der Charité*), s'inscrit tout à fait dans ce contexte de constitution de la psychiatrie comme discipline médicale à part entière.



Ce nouveau bâtiment, qui voit le jour en 1905, fait cohabiter sous le même toit services psychiatriques et services neurologiques. Il accueille également une polyclinique²⁸⁴, service qui propose une prise en charge ambulatoire²⁸⁵, ainsi que des salles destinées aux

²⁸³ Volker Roelcke, « Continuities or Ruptures ? ... », *op. cit.*, p. 163-164.

²⁸⁴ Le terme de polyclinique désigne l'annexe d'un hôpital alors que celui de polyclinique désigne une clinique où l'offre de soins se fait diverse.

²⁸⁵ Sur la polyclinique et son rôle dans la genèse des savoirs, voir l'article suivant : Sophie Ledebur, « L'espace de la polyclinique psychiatrique dans la ville : l'émergence de nouveaux savoirs », in *Cultures et Conflits*, 90,

présentations cliniques. Si le bâtiment reflète les conceptions et les aspirations des professionnels de l'époque, les grands principes qui caractérisent son organisation spatiale perdurent jusqu'au directorat de Karl Leonhard. Ce bâtiment s'articule autour de trois secteurs : la première aile [A sur le plan] est consacrée à l'enseignement (on y trouve un amphithéâtre) et à la recherche (avec la présence d'un laboratoire). Au plus près de l'entrée principale, se trouve ainsi ce qui donne une certaine légitimité scientifique à la clinique, à savoir des espaces de production et de transmission du savoir. Cette première aile abrite également l'espace de la polyclinique, et le service de neurologie. Vient ensuite une aile accueillant l'espace des services psychiatriques [B], qui est reliée à ce premier élément par un long couloir double. Puis, au plus loin de l'entrée principale, on trouve les deux pavillons pour « malades agités » (*Villen*) [C]. La distribution des patients dans l'espace se fait ainsi selon des critères classiques que sont, d'une part, le « degré d'évidence de la maladie mentale »²⁸⁶ et, d'autre part, le genre (la séparation entre les sexes vaut pour l'ensemble de la clinique). À la Charité, comme ailleurs en Europe, l'espace psychiatrique du début du XX^e siècle se fait bien « instrument de classification »²⁸⁷. Cependant, cet « art des répartitions » repose davantage sur les critères d'une gestion efficace des patients (le sexe et la dangerosité) que sur de véritables critères médicaux²⁸⁸.

Durant cette période charnière qu'est le tournant du XIX^e au XX^e siècle, la psychiatrie à la Charité s'inscrit ainsi pleinement dans les évolutions que connaît la discipline à l'échelle du territoire allemand, comme de l'Europe. Par la suite, et comme le montre l'exemple berlinois, l'un des traits marquants qui caractérise l'histoire de la psychiatrie allemande est l'entremêlement qui s'effectue entre les conceptions idéologiques, les décisions politiques et la pratique psychiatrique. C'est sur cette articulation qu'il s'agit désormais de se pencher, en se concentrant sur le rapport entretenu par les directeurs successifs de la clinique avec le pouvoir politique.

été 2013, p. 39-58.

²⁸⁶ Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974, p. 81. Cité par Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 49.

²⁸⁷ Comme l'écrit l'historien Benoît Majerus, « l'espace psychiatrique est pensé au début du XX^e siècle dans une triple configuration : espace de guérison, espace de classification et espace de normalisation ». Benoît Majerus, *op. cit.*, p. 42.

²⁸⁸ Benoît Majerus, *op. cit.*, p. 46-53, et p. 82.

Au début du XX^e siècle, l'histoire de la psychiatrie à la Charité est marquée par une autre figure importante de la psychiatrie allemande, Karl Bonhoeffer, qui reçoit en 1912 la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université de Berlin et devient ainsi directeur de la clinique de la Charité. Karl Bonhoeffer a succédé en 1904 à Emil Kraepelin à Heidelberg puis – la même année – à Carl Wernicke à Breslau. Nommé en 1912, il reste en poste à Berlin jusqu'en 1938, assurant la continuité entre la période de la République de Weimar et celle du Troisième Reich. Concernant son positionnement vis-à-vis des mesures prises par les autorités nazies à l'encontre des malades mentaux, les avis divergent fortement et ce depuis que cette question sensible a été soulevée à la fin des années 1980. Plusieurs études sont revenues récemment sur ce sujet et permettent d'inscrire le rôle de Bonhoeffer dans le contexte scientifique de son époque²⁹⁰.

Ainsi, s'il plaide pour une interprétation restreinte de la loi de 1934 concernant les stérilisations forcées, Karl Bonhoeffer ne refuse pas son principe et prend part, comme la plupart des directeurs d'établissements, à son application pratique, en siégeant notamment en tant qu'expert au sein d'organes judiciaires prévus à cet effet (*Erbgesundheitsgerichte*). Karl Bonhoeffer partage les principes eugénistes qui fleurissent dans le domaine de la recherche en psychiatrie, et correspond ainsi à la tendance scientifique majoritaire de l'époque. Dans le domaine de la santé mentale, après 1933, le pluralisme de la période de Weimar laisse en effet place en Allemagne à une situation dominée par les conceptions de l'eugénisme et de l'hygiène raciale. Cependant, si un changement s'opère effectivement en 1933, on ne peut pas parler de rupture nette et brutale : on constate plutôt « le renforcement massif des tendances eugénistes déjà présentes dans les décennies précédentes »²⁹¹. Le positionnement de Karl Bonhoeffer est bien à inscrire dans le paysage scientifique d'une époque où les conceptions eugénistes dominent le champ de la psychiatrie. Dans la pratique, et d'après les sources, Karl Bonhoeffer ainsi que les médecins de la clinique de la Charité semblent suivre une « ligne

²⁸⁹ Si les pages qui suivent se concentrent principalement sur les directeurs successifs de la clinique et leur relation au pouvoir national-socialiste, elles reflètent l'orientation principale des travaux historiques consacrés à l'histoire de la clinique dans la première moitié du XX^e siècle.

²⁹⁰ Thomas Beddies, « Universitätspsychiatrie im Dritten Reich. Die Nervenlinik der Charité unter Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis », in Rüdiger vom Bruch (dir.), en collaboration avec Rebecca Schaarschmidt, *Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Band 2 : Fachbereiche und Fakultäten*, Stuttgart, Frank Steiner Verlag, 2005, p. 55-72. Volker Roelcke, « Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume : Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus », in Sabine Schleiermacher, Udo Schagen (dir.), *Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus*, Schöningh, Paderborn, 2008, p. 67-84.

²⁹¹ Volker Roelcke, « Continuities or Ruptures ?... », *op. cit.*, ici p. 169-170

modérée » en ce qui concerne les procédures d'expertise des patients potentiellement visés par une stérilisation contrainte²⁹². Après son départ de la Charité, Karl Bonhoeffer se distingue de la plupart de ses collègues en opposant clairement sa désapprobation vis-à-vis de l'action T4 (il soutient notamment les efforts des pasteurs qui s'efforcent d'intervenir auprès des instances gouvernementales)²⁹³. Ainsi, comme le résume l'historien Volker Roelcke, « en comparaison avec ses collègues de l'époque, Bonhoeffer poursui[vi]t une ligne, qu'on peut qualifier de modérée voire de réservée. Les jugements concernant Bonhoeffer, qu'ils en fassent un héros ou qu'ils le condamnent complètement, apparaissent ainsi, les uns comme les autres, comme historiquement injustifiés »²⁹⁴.

Son successeur à la tête de la clinique de la Charité est bien loin de ce positionnement mesuré, et sa nomination illustre la radicalisation de la politique national-socialiste en ce domaine. En 1938, c'est Maximilian de Crinis, fervent défenseur de l'idéologie nazie, qui obtient ce poste prestigieux, contre l'avis de la faculté de médecine. Maximilian de Crinis – qui appartient au NSDAP (*Nationalsozialistische deutsche Arbeiterpartei*) depuis 1931 et est entré dans les SS (*Schutzstaffel*) en 1936²⁹⁵ – détient alors la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université de Cologne. Après 1938, et parallèlement à son poste de directeur à la Charité, il occupe des fonctions ministérielles²⁹⁶. Concernant le rôle exact joué par de Crinis dans la conception du programme T4, peu de choses sont réellement connues²⁹⁷. Les archives sont lacunaires et ne permettent pas de tirer de conclusions précises à ce sujet. S'il est souvent désigné comme « l'éminence grise » de la politique d'« euthanasie », il reste difficile de cerner avec exactitude les contours de sa réelle participation. Au regard des nombreuses fonctions qui étaient les siennes et de par ses contacts personnels avec de hauts dirigeants impliqués dans l'action T4, on peut cependant difficilement douter du fait qu'il en fut également partie prenante²⁹⁸. À ce sujet, il convient également de noter que la proximité de de Crinis avec les organes de pouvoir du Reich ne constitue pas une exception dans le paysage de la Charité. Plusieurs membres éminents de la Charité entretiennent à l'époque d'étroites relations avec de hauts responsables nazis. À la proximité géographique de l'appareil de pouvoir – certains ministères du Reich se situent tout près de la Charité – s'ajoutent ainsi des

²⁹² Volker Roelcke, « Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume... », *op. cit.*, p. 82.

²⁹³ *Ibid.*, p. 77.

²⁹⁴ *Ibid.*, p. 83.

²⁹⁵ Thomas Beddies, *op. cit.*, p. 68.

²⁹⁶ Notamment au sein du ministère pour la science, la recherche et l'éducation populaire (*Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Volksbildung*). Voir : Thomas Beddies, *op. cit.*, p. 65.

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 69-70.

²⁹⁸ Thomas Beddies, *op. cit.*, p. 70. C'est d'ailleurs ce que déclarent plusieurs accusés lors des procès d'après-guerre, comme Friedrich Mennecke et Hans Hefelmann.

contacts d'ordre personnel²⁹⁹. Jusqu'à sa mort, le parcours de de Crinis reste intimement lié au régime nazi puisqu'il se suicide le 2 mai 1945, alors que s'écroule le Troisième Reich.

Durant son directorat, la relation que Maximilian de Crinis entretient avec la clinique apparaît comme plutôt distante. Cet état de fait s'explique notamment par les ambitions professionnelles qui sont les siennes et qui vont bien au-delà de sa nomination à la Charité, une nomination qui représente pourtant à l'époque le couronnement d'une carrière de professeur de médecine³⁰⁰. Sous son directorat est mis en place un service spécial dédié à l'accueil et au traitement des membres de la Waffen-SS³⁰¹. Mais, dès les années 1942-1943, le quotidien de la clinique est fortement perturbé par les menaces d'attaques aériennes qui planent sur la capitale du Reich. En novembre 1943, un bombardement détruit l'une des ailes de la clinique³⁰². Quelques semaines plus tard, la charpente d'un autre bâtiment prend feu sous l'effet de bombes incendiaires³⁰³. La clinique est en partie évacuée en 1943 sur ordre de l'armée allemande³⁰⁴. Jusqu'à la fin de la guerre, le nombre de patients accueillis dans ses murs baisse considérablement. Le point le plus bas est atteint en 1945 quand le bâtiment est à nouveau durement atteint par les bombardements alliés.

Dans l'immédiat après-guerre, c'est Karl Bonhoeffer – alors âgé de 77 ans – qui succède à Maximilian de Crinis à la tête de la clinique. Dans le contexte de dénazification de la société allemande, la nomination d'un homme dont le nom est associé à des actions de résistance, vise notamment à établir une rupture nette avec le passé nazi³⁰⁵. Le second directorat de Karl Bonhoeffer, qui est marqué par le début du processus de reconstruction de la clinique, prend fin à sa mort, en 1948. À cette date, les règles concernant les nominations à des postes universitaires se font nettement plus souples, l'appartenance passée au NSDAP n'apparaissant plus comme un critère rédhibitoire. La pénurie de candidats, qui s'explique notamment par la fuite des cerveaux vers l'Ouest, explique la réhabilitation rapide de certains professeurs écartés en 1945³⁰⁶. Le successeur de Karl Bonhoeffer, Rudolf Thiele, fait partie de

²⁹⁹ Udo Schagen, Sabina Schleiermacher, « Unter dem Hakenkreuz (1933-1945), in Johanna Bleker, Volker Hess, *op. cit.*, p. 169-187, ici p. 184.

³⁰⁰ Thomas Beddies, *op. cit.*, p. 72.

³⁰¹ *Ibid.*, p. 69.

³⁰² Dagobert Müller, « Die Nervenlinik », in *Charité 1710-1960*, fascicule dirigé par le comité des fêtes du conseil de la faculté de médecine pour la préparation de la célébration des 250 ans de la Charité, Berlin, 1960, p. 44-45, ici p. 45.

³⁰³ *Ibid.*

³⁰⁴ Thomas Beddies, *op. cit.*, p. 69.

³⁰⁵ Les deux fils de Karl Bonhoeffer, Dietrich et Klaus, ainsi que ses deux gendres (Hans von Dohnanyi et Rüdiger Schleicher) participent à des actions de résistance contre le régime nazi. Ils sont exécutés en avril 1945.

³⁰⁶ À ce sujet, voir Ralph Jessen, *Akademische Elite.., op.cit.*, p. 301-309.

ceux pour lesquels la dénazification n'a été qu'une courte parenthèse³⁰⁷. Né en 1888 à Berlin, Rudolph Thiele est un disciple de Karl Bonhoeffer puisqu'il a été interne à la clinique de la Charité au cours des années 1920. Parallèlement à la poursuite de sa carrière, il participe, en tant qu'expert, aux processus décisionnels qui précèdent les stérilisations forcées (au sein du *Erbgesundheits-Obergericht* de Berlin), tout comme Karl Bonhoeffer par ailleurs. Mais, à la différence de son ancien maître, Rudolph Thiele semble prendre clairement fait et cause pour le nouveau régime dès 1933. Il devient ainsi membre des SA en 1934 et adhère au parti nazi en 1937, il est alors directeur de la clinique universitaire de Greifswald et professeur de psychiatrie et de neurologie à l'université de cette ville. D'après ses publications, Rudolph Thiele semble en parfait accord avec les conceptions développées par l'idéologie nazie³⁰⁸. Démis de ses fonctions en 1946, Rudolph Thiele rentre à Berlin. En mai 1949, trois ans à peine après son départ de Greifswald, il reprend officiellement le poste de Karl Bonhoeffer en devenant directeur de la clinique de la Charité et professeur de psychiatrie et de neurologie de l'Université de Berlin³⁰⁹. Comme l'écrit l'historienne Anna Sabine Ernst, « à cette époque, avoir été membre du NSDAP ne constituait plus un handicap – du moins en ce qui concerne les médecins des universités »³¹⁰. Rudolph Thiele reste en poste à Berlin jusqu'en 1956.

L'après guerre : reconstruction, retour à la normale et entrée dans la RDA

Avec le directorat de Rudolph Thiele (1949-1956) s'ouvre alors, pour la clinique, comme pour l'ensemble de la Charité, le temps de la reconstruction et de l'officialisation de la division de l'espace berlinois et de l'Allemagne. La Charité, qui appartenait au secteur soviétique, a été particulièrement touchée par les attaques aériennes et les derniers combats du printemps 1945 (65% des bâtiments sont détruits, 20% sont complètement en ruines³¹¹). D'après un rapport datant de juin 1945, sur les 1667 lits existants à l'origine, seuls 800 sont désormais utilisables³¹². À la destruction des infrastructures viennent s'ajouter non seulement le manque de matériel médical et de médicaments mais également la pénurie de bois de

³⁰⁷ Pour une courte biographie de Rudolph Thiele, voir Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 379-383.

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 380.

³⁰⁹ Ralph Jessen note à ce propos que la nomination de R. Thiele est soutenue par le ministère en charge du dossier, après que ce dernier a refusé un poste de professeur à Francfort-sur-le-Main. La menace de la fuite d'un « cerveau » supplémentaire à l'Ouest peut expliquer cette nomination, qui ne tient pas compte du passé du candidat. Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 304 (note 126).

³¹⁰ Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 382.

³¹¹ Heinz David, « ...es soll das Haus die Charité heissen... ». *Kontinuitäten, Brüche und Abbrüche sowie Neuanfänge in der 300jährigen Geschichte der Medizinischen Fakultät (Charité) der Berliner Universität*, tome 1, Hambourg, Akademos, 2004, p. 317.

³¹² *Ibid.*, p. 318.

chauffage, de denrées alimentaires, la rupture de l'approvisionnement en eau et en électricité³¹³. Dans l'immédiat après-guerre, la remise en service de la Charité doit faire face à plusieurs obstacles de taille et se réalise de manière progressive tout au long des années 1950. Au sein de la Charité, la reconstruction des bâtiments ne prend fin qu'au début des années 1960. Les années d'après-guerre sont ainsi marquées par un manque d'espace pour accueillir les patients, auquel s'ajoute un déficit de personnel médical³¹⁴. Ces années de reconstruction coïncident également avec des changements organisationnels de grande ampleur. En 1950 a lieu une réorganisation structurelle qui réunit la faculté de médecine et l'hôpital de la Charité dans une seule et même entité administrative³¹⁵. Cette fusion vise à assurer un ensemble viable à partir de deux entités ayant sévèrement souffert des dommages de la guerre³¹⁶.

La fondation de la RDA en 1949 ouvre une nouvelle ère dans l'histoire de la Charité, non seulement parce qu'elle voit l'aboutissement d'un processus de collaboration entre université et hôpital amorcé au cours du XIX^e siècle, mais aussi et surtout parce qu'elle fait entrer la Charité au sein du système de santé socialiste. Les décisions essentielles concernant la refonte du système de santé sont prises avant même la création de la RDA. C'est en effet dans le cadre de la SBZ que les nouvelles orientations en la matière sont formulées, et la création du nouvel État est-allemand ne vient que confirmer l'initiative impulsée précédemment³¹⁷. Ce système de santé étatisé et centralisé, qui se caractérise par un accès gratuit aux soins et une priorité accordée aux actifs et à la valeur travail, constitue, jusqu'en 1989, l'un des éléments-clés du programme politique des autorités est-allemandes. Au centre de la politique de santé se trouve la notion de *Gesundheitsschutz* (protection de la santé) qui

³¹³ Sur la situation de la Charité entre 1945 et 1949, voir Udo Schagen, Sabine Schleiermacher, « Charité in Trümmern (1945-1949) », in Johanna Bleker, Volker Hess, *op. cit.*, p. 188-203.

³¹⁴ À la fin des années 1940, seuls 124 des 237 postes de médecins sont pourvus. Voir : Sabine Schleiermacher, Udo Schagen, « Rekonstruktion und Innovation (1949-1961) », in Johanna Bleker, Volker Hess, *op. cit.*, p. 204-241, ici p. 208. Cet article revient sur la situation de la Charité entre 1949 et 1961, son insertion dans le système de santé socialiste et dans l'organisation sociale et politique de la RDA.

³¹⁵ À ce sujet, voir Sabine Schleiermacher, Udo Schagen, *op. cit.*, p. 205-206.

³¹⁶ Dès 1950, la gestion de cette nouvelle entité est partagée entre un directeur médical, un directeur administratif (tous deux nommés par le ministère de l'Éducation populaire) et le recteur de l'Université Humboldt. Pour toutes les questions de santé, les cliniques universitaires – comme celle dirigée par Rudolph Thiele – dépendent directement du ministère de la Santé, fondé en 1950. Sur le partage des responsabilités, voir : Heinz David, *op. cit.*, tome 2, p. 492.

³¹⁷ Sur les racines historiques et la construction du système de santé socialiste, voir Udo Schagen, Sabine Schleiermacher, « Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit », in Dierk Hoffman, Mchael Schwartz (dir.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. 1949-1961 : Deutsche Demokratische Republik. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus*, tome 8, Baden-Baden, Nomos-Verlag, 2004, p. 390-433. Loin de la thèse d'une « soviétisation » du système de santé, la politique de santé menée en SBZ puis en RDA se rattache à des traditions allemandes antérieures à la période du Troisième Reich. Elle s'inscrit en effet dans l'héritage de la République de Weimar et du mouvement ouvrier allemand de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle. Voir également à ce sujet : Winfried Süß, « Gesundheitspolitik », in Hans Günter Hockerts (dir.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, p. 55-100, ici p. 58-59.

met en relation l'état de santé de la société et les inégalités sociales qui la traversent³¹⁸. Les différences sociales se reflèteraient dans l'état de santé des individus ; quant à la maladie, elle jouerait aussi un rôle dans la naissance d'inégalités sociales. Selon cette logique, l'avènement du socialisme – par la suppression des inégalités sociales – devrait conduire à l'amélioration de l'état de santé de la population, et inversement. L'état de santé de la population peut donc apparaître comme un critère d'appréciation de l'avancée du socialisme. C'est ce qui explique la valeur politique attribuée au secteur de la santé en RDA, ainsi que l'importance de cette thématique dans le discours de légitimation officiel. Si la politique de santé est censée illustrer la supériorité du système socialiste sur le système capitaliste, elle doit également contribuer à l'acceptation par les citoyens du nouveau cadre politique. En RDA, la politique de santé – en tant qu'élément de la politique sociale – peut être considérée comme un « instrument de domination » dans la mesure où l'un de ses objectifs est de susciter l'adhésion « en douceur » des citoyens, en satisfaisant leurs besoins sociaux. Dans cette perspective, le concept de « dictature bienfaitrice » (*Fürsorgediktatur*) permet de pointer l'une des spécificités de la RDA et de la différencier des autres dictatures modernes du XX^e siècle³¹⁹. Parce qu'elle contribue à susciter une forme d'acceptation au sein de la population – du fait notamment du caractère gratuit des soins prodigués, « conquête du socialisme » qu'il est impossible de remettre en cause – la politique de santé représente un élément central du système politique de RDA. Quant à la Charité, dès 1958, le SED décide d'en faire « le premier centre scientifique de la médecine en Allemagne »³²⁰. Dès lors, ce complexe hospitalier et universitaire est censé constituer la vitrine de ce nouveau système de santé, et détient ainsi une haute valeur politique et symbolique.

Conjointement à ces bouleversements d'ordre organisationnel et politique, l'entrée dans la Guerre froide et la division de l'espace berlinois redonne à la clinique psychiatrique et neurologique – au sein du domaine de la Charité – une position frontalière. Avec la division de l'espace berlinois, la clinique psychiatrique et neurologique, qui se trouve tout d'abord à la frontière des zones d'occupation soviétique et britannique puis, dès 1949, à la frontière germano-allemande, se retrouve ainsi projetée – sur le plan spatial – au cœur de l'affrontement idéologique entre l'Est et l'Ouest.

³¹⁸ Udo Schagen, Sabine Schleiermacher, « Gesundheitswesen und Sicherung... », *op. cit.*, p. 404-405.

³¹⁹ Konrad H. Jarausch, « Realer Sozialismus als Fürsorgediktatur. Zur begrifflichen Einordnung der DDR », *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20, 1998, p. 33-46.

³²⁰ Rainer Herr, « Die Charité als Versorgungsobjekt », in Rainer Herr, Laura Hottenrott (dir.), *op. cit.*, p. 104.

L'histoire de la clinique par la clinique : mise en récit et temporalités

En guise de conclusion à ce bref aperçu historique – qui va de la fin du XVIII^e siècle à la fin des années 1950 –, il semble intéressant de changer de perspective en se penchant sur la manière dont la clinique met elle-même son histoire en récit et joue avec les différentes temporalités dans lesquelles elle s'inscrit. Les festivités qui ont lieu en 1960, dans le cadre du 250^e anniversaire de la Charité, sont l'occasion de retracer l'histoire des différentes entités qui constituent ce complexe hospitalier. À cette date, la clinique psychiatrique et neurologique est dirigée par Karl Leonhard qui a pris ses fonctions en 1957, succédant alors à Rudolph Thiele. Il est l'auteur d'un article sur l'histoire de sa clinique, et qui paraît dans le numéro spécial d'une revue médicale, consacré aux 250 ans de la Charité³²¹. À cette occasion et dans le cadre des festivités ayant lieu en novembre 1960, un fascicule est également publié par le comité des fêtes du conseil de la faculté de médecine. On y trouve une courte chronique retraçant l'histoire de la clinique psychiatrique et neurologique depuis le XVIII^e siècle. Ce texte, tout comme l'ensemble du fascicule, a été rédigé par Dagobert Müller, qui travaille alors en tant que médecin au sein de la clinique psychiatrique et neurologique³²².

Ces deux textes – qui paraissent tous deux en 1960 – présentent des éléments convergents dans la façon dont les auteurs mettent en récit ces deux siècles et demi de psychiatrie à la Charité. Tout d'abord, l'histoire de la clinique est inscrite dans un récit plus vaste visant à démontrer de quelle manière la psychiatrie est devenue une discipline médicale à part entière. En 1960, la course engagée à la fin du XIX^e siècle par les psychiatres pour la reconnaissance de la scientificité de leur profession est donc toujours d'actualité³²³. Ce retour sur l'histoire de la clinique permet ainsi à ces auteurs de décrire le processus selon lequel la psychiatrie a gagné ses galons de science, et ainsi de légitimer leur propre pratique, en tant qu'aboutissement du chemin parcouru. Quand il évoque la première moitié du XIX^e siècle et notamment le directorat de Carl Ideler, Karl Leonhard souligne qu'à cette époque, « la psychiatrie n'était pas encore définitivement admise dans le rang des disciplines médicales. Il n'y avait pas si longtemps de cela, les philosophes avec Kant voulaient attribuer le traitement des malades mentaux à leur propre discipline »³²⁴. Est ensuite retracée la progressive

³²¹ Karl Leonhard, « Über die Geschichte der Nervenlinik der Charité », in *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 9, 1960, p. 492-496.

³²² Dagobert Müller, *op. cit.*

³²³ C'est ce que montre Benoît Majerus dans son ouvrage récent. Voir : Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 111-112.

³²⁴ « Die Psychiatrie war noch gar nicht endgültig in der Reihe der medizinischen Disziplinen aufgenommen. Es war ja auch noch nicht allzulange her, daß die Philosophen mit Kant die Behandlung der Geisteskranken ihrer eigenen Disziplin zuweisen wollten. » Karl Leonhard, *op. cit.*, p. 492.

« libération » de la psychiatrie du domaine de la philosophie et des sciences humaines, qui apparaissent comme des repoussoirs pour une discipline désireuse de se fondre dans le modèle des sciences naturelles. Dans cette perspective, le mandat de Wilhelm Griesinger est mis en avant par les deux auteurs. Il est ainsi présenté comme « l'un des fondateurs de la psychiatrie empirique, appartenant aux sciences naturelles »³²⁵, et l'association qu'il fait entre psychiatrie et neurologie joue un rôle capital dans ce processus. Associer la neurologie – issue de la médecine interne – à la psychiatrie aurait ainsi permis de donner à cette dernière – « qui avait toujours un pied dans la philosophie »³²⁶ – une légitimité proprement scientifique. D'après Karl Leonhard, Griesinger défend ainsi une conception de la psychiatrie, « par laquelle il sépar[e] définitivement la psychiatrie des sciences humaines »³²⁷. Cette nouvelle scientificité, qui est soulignée avec force dans les deux textes, s'illustre par la fondation par Griesinger de revues spécialisées ainsi que d'une société médicale consacrées à la psychiatrie et à la neurologie. Selon les deux auteurs, la figure de Griesinger inaugure ainsi l'entrée véritable de la psychiatrie dans la science médicale ainsi qu'une tradition – perpétrée à la Charité – consistant à associer psychiatrie et neurologie. Ces deux éléments se retrouvent dans la présentation des décennies suivantes. Carl Westphal s'efforce ainsi de « moderniser » la clinique³²⁸, tandis que son successeur, Friedrich Jolly, « poursuit la tradition berlinoise, en hébergeant les malades psychiatriques et neurologiques dans le même bâtiment »³²⁹. Son successeur, Theodor Ziehen, est par contre décrit comme « un médecin consciencieux, [...] mais qui était sur le plan scientifique et dès le début [de sa carrière] un philosophe »³³⁰. Après cette courte interruption sur le chemin de la modernité et du progrès scientifique, le nouveau directeur de la clinique, Karl Bonhoeffer, « se rattache à nouveau dans ses efforts à Griesinger, Westphal et Jolly »³³¹. Son directorat est notamment marqué par la « vie scientifique animée » qui caractérise la clinique³³². Quant à Rudolph Thiele, qui reprend le flambeau après guerre, il « a poursuivi la tradition de la plupart de ses prédécesseurs, en représentant une psychiatrie et une neurologie basées sur les sciences naturelles »³³³.

³²⁵ « [...] einer der Begründer der empirisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. » Dagobert Müller, *op. cit.*, p. 45.

³²⁶ « [...], die doch mit einem Bein immer noch in der Philosophie stand. » *Ibid.*

³²⁷ « [...], die er damit endgültig von den Geisteswissenschaften loslöste, [...] » *Ibid.*, p. 494.

³²⁸ *Ibid.*

³²⁹ « Er setzte die Berliner Tradition fort, indem er psychiatrische und neurologische Kranke im gleichen Gebäude unterbrachte [...] » *Ibid.*

³³⁰ « [...] ein gewissenhafter Arzt, der [...], aber wissenschaftlich wohl von Anfang an mehr Philosoph war. » *Ibid.*

³³¹ « [...] schließt sich in seinen Bestrebungen wieder an Griesinger, Westphal und Jolly an. » *Ibid.*

³³² *Ibid.*, p. 495.

³³³ « [...] hat er die Tradition der meisten seiner Vorgänger fortgesetzt, eine naturwissenschaftlich fundierte Psychiatrie und Neurologie zu vertreten. » *Ibid.*

En conclusion de chacun de ces deux textes, la description de la clinique à l'aube des années 1960 s'inscrit également dans cette volonté d'intégrer la psychiatrie à l'intérieur du champ médical et scientifique. Est ainsi soulignée la présence de laboratoires au sein de la clinique, dans le but d'effectuer des « examens scientifiques spécifiques »³³⁴. C'est dans l'entre-deux-guerres que les techniques de laboratoires deviennent un enseignement courant de tous les médecins. Souligner la présence de laboratoires permet ainsi d'inscrire la clinique dans un cadre médical tout à fait classique³³⁵. Dans la même perspective, la proximité géographique de l'établissement avec d'autres cliniques – au sein du domaine de la Charité – est également mise en avant par les deux auteurs, cette intégration spatiale semblant refléter une intégration au sein de la discipline médicale dans son ensemble³³⁶. Ainsi au travers de la mise en récit de l'histoire de la clinique, se dessine la volonté des auteurs d'inscrire pleinement la psychiatrie dans une sphère de scientificité.

La comparaison de ces deux textes fait apparaître un autre élément-clé dans la mise en récit de l'histoire de la clinique : il s'agit de la mise sous silence de la période national-socialiste. En ce qui concerne Karl Bonhoeffer, Karl Leonhard écrit les lignes suivantes :

« Sous les nationaux-socialistes, Bonhoeffer et sa famille ont beaucoup souffert [...]. Il ne se laissa contraindre en rien et, comme l'indique Stertz, l'un de ses élèves, il n'adressa aucun de ses patients en vue d'une stérilisation. »³³⁷

Comme nous l'avons précisé précédemment, l'analyse des sources contredit complètement cette affirmation. Quant au successeur de Bonhoeffer, Maximilian de Crinis, peu de lignes lui sont consacrées. D'après Dagobert Müller, en tant qu'« un des fondateurs de la prétendue euthanasie », « il avait une raison, de se suicider en 1945 »³³⁸. Karl Leonhard se fait un peu plus prolixe sur le sujet. S'il rejoint l'avis de son collègue (« Il était justifié, qu'il se suicide en 1945 »³³⁹), il précise cependant quelles étaient les orientations scientifiques de de Crinis. Dans le fascicule en vue des festivités de 1960, l'effacement du directorat de de Crinis se fait également de manière visuelle. En effet, si les photos des directeurs de la clinique illustrent le texte, de Carl Ideler (qui prend ses fonctions en 1835) à Karl Leonhard (en poste

³³⁴ *Ibid.* Cet élément est également souligné par Dagobert Müller. Voir : Dagobert Müller, *op. cit.*, p. 45.

³³⁵ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 51.

³³⁶ Karl Leonhard, *op. cit.*, p. 495. Dagobert Müller, *op. cit.*, p. 45.

³³⁷ « Unter den Nationalsozialisten hat Bonhoeffer mit seiner Familie viel gelitten [...]. Er ließ sich nichts abnötigen und meldete, wie Stertz, einer Schüler, angibt, niemals einen Patienten zur Sterilisierung. » Karl Leonhard, *op. cit.*, p. 495.

³³⁸ « [...] einer der Begründer der sog. Euthanasie wurde und daher Grund hatte, sich 1945 das Leben zu nehmen. » Dagobert Müller, *op. cit.*, p. 45.

³³⁹ « Es war begründet, daß er sich 1945 das Leben nahm. » Karl Leonard, *op. cit.*, p. 495.

depuis 1957), Maximilian de Crinis n'est pas représenté. Au quasi-silence concernant la période de son directorat s'ajoute un effacement de son personnage, qui se manifeste par l'absence de sa photographie. La Charité ne constitue pas une exception à ce sujet puisqu'en RDA comme en RFA, ce n'est qu'au cours des années 1980, qu'on constate un retour critique des professionnels de la psychiatrie sur les crimes commis lors de la période national-socialiste. Jusqu'à cette date, la mise sous silence est de mise.

Après avoir retracé rapidement l'histoire de la clinique et s'être penché sur la mise en récit de son histoire en 1960, il convient de revenir plus directement à notre objet de recherche : la clinique durant le directorat de Karl Leonhard, c'est-à-dire au terme d'une période de reconstruction et de retour à la normale. Tout en inscrivant l'histoire de la *Nervenklinik* dans celle de la psychiatrie européenne et mondiale, cette contextualisation vise à « situer le pouvoir »³⁴⁰, en dégagant les logiques de pénétration de la société par le pouvoir politique. L'histoire de la *Nervenklinik* ne saurait se limiter à l'une ou l'autre de ces perspectives, mais s'écrit plutôt dans une oscillation constante entre ces deux angles d'approche. C'est ce jeu de balancier entre une histoire sociale du pouvoir communiste et une histoire de la psychiatrie qu'il s'agit désormais de suivre. L'analyse de cet observatoire permet ainsi d'associer une histoire de la domination politique (*Herrschaftsgeschichte*) à une histoire du quotidien (*Alltagsgeschichte*), en dépassant la contradiction apparente entre, d'une part, le contexte dictatorial au sein duquel cette clinique s'inscrit, et, d'autre part, l'impression de « normalité » qui semble la caractériser³⁴¹.

Dans cette perspective, nous nous pencherons tout d'abord sur la relation qu'entretient le directeur de la clinique, Karl Leonhard, avec le pouvoir communiste. Selon une logique hiérarchique, la personnalité du directeur est un élément déterminant dans la définition des rapports de force existant au sein de l'établissement, il nous paraît donc pertinent de commencer cette mise en contexte en plaçant la focale sur ce personnage. Durant son directorat, l'espace de la *Nervenklinik* subit de nombreuses modifications, en relation avec l'évolution des conceptions psychiatriques de l'époque. Les thérapies qui y sont proposées suivent également le cours des tendances scientifiques. La situation du personnel de la *Nervenklinik* reflète quant à elles l'existence de logiques multiples, relevant à la fois de traits

³⁴⁰ Sandrine Kott, « Pour une histoire sociale du pouvoir communiste... », p. 11-13.

³⁴¹ À ce sujet, voir Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen... », *op. cit.*, p. 13-44. L'historien Jens Gieseke plaide également pour cette approche d'histoire sociale, visant à penser ensemble modes de domination et normalité du quotidien, en ce qui concerne les recherches sur la *Stasi*. Jens Gieseke, « Zeitgeschichtsschreibung und Stasi-Forschung. Der besondere Weg der Aufarbeitung », in Siegfried Suckut, Jürgen Weber (dir.), *Stasi-Akten. Zwischen Politik und Zeitgeschichte. Eine Zwischenbilanz*, Munich, Olzog, 2003, p. 218-239, ici p. 235-236.

inhérents à l'univers psychiatrique mais également au contexte politique de la RDA, notamment en ce qui concerne les médecins. Après s'être penché sur la situation du groupe professionnel des médecins, nous poursuivrons cette analyse en insistant sur les modes de présence du parti et de la police politique au sein de la clinique, deux spécificités relatives au contexte dictatorial de RDA et aux modes de domination qui lui sont inhérents. Finalement, au travers de cette mise en contexte, il s'agira de tenter de reconstituer la complexité de cet observatoire.

1. L'arrivée de Karl Leonhard et sa relation au pouvoir

1.1 Une nomination à contre-courant

En 1957, du fait du départ à la retraite de Rudolph Thiele, la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université Humboldt est à pourvoir, ainsi que la direction de la clinique de la Charité qui lui est associée. Il s'agit d'un des postes les plus prestigieux pour le champ psychiatrique et neurologique allemand. Au début de l'année, le doyen de la faculté de médecine s'adresse au secrétariat d'État pour l'enseignement supérieur afin de lui soumettre une liste de candidats potentiels³⁴². Cette liste de quatre noms est le résultat d'une enquête menée auprès de « tous les représentants allemands de la discipline »³⁴³. Dans ce domaine, le marché de l'emploi scientifique semble bien unifié puisque des spécialistes de l'Ouest comme de l'Est ont été invités à donner leur avis sur le sujet. En RDA, au cours des années 1950, à la différence des facultés de sciences humaines, les facultés de médecine disposent en effet d'une certaine marge de manœuvre dans le recrutement des professeurs. Contrairement à l'histoire ou à la philosophie – disciplines pénétrées par l'idéologie marxiste-léniniste – le bouleversement politique d'après-guerre n'a pas eu d'influence directe sur les critères de validité du savoir produit au sein des disciplines médicales. Cette continuité du savoir scientifique à laquelle s'ajoute la permanence – jusqu'en 1961 – d'un marché du travail couvrant l'ensemble du territoire allemand, « protègent » en quelque sorte les facultés de médecine des attaques du parti³⁴⁴. Face à la politique de recrutement menée par le parti (*Kaderpolitik*), qui s'appuie sur des critères d'ordre politique comme l'appartenance au SED ou à la classe ouvrière, les facultés de médecine de RDA font alors preuve d'une capacité de

³⁴² Universitätsarchiv Humboldt Universität Berlin [UA HUB], dossier personnel (*Personalakte*) de Karl Leonhard, lettre du doyen au secrétariat d'État pour l'enseignement supérieur, 10 janvier 1957.

³⁴³ *Ibid.*

³⁴⁴ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 435.

résistance certaine³⁴⁵. En 1957, alors que la politique de recrutement menée par le SED connaît une radicalisation notable³⁴⁶, la faculté de médecine de Berlin-Est peut ainsi suivre une procédure de sélection traditionnelle, qui s'appuie sur des mécanismes légitimés par la corporation professorale, au sein desquels la frontière germano-allemande ne joue qu'un rôle restreint. Au sein de la liste proposée par la faculté, le premier nom avancé est d'ailleurs celui d'un professeur exerçant en RFA, ce qui atteste bien du maintien de réseaux scientifiques dépassant la frontière du Rideau de fer. Les autres candidats sont tous en poste en RDA (à Iéna, Erfurt et Rostock). C'est finalement l'un d'entre eux qui est retenu par le secrétariat d'État. Il s'agit de Karl Leonhard, professeur à Erfurt depuis 1955 et qui se trouvait en deuxième position sur la liste. Si, dans un contexte de radicalisation de la politique de recrutement, le professeur de RFA ne semble pas convenir aux autorités centrales, le candidat retenu est également originaire de l'Ouest, son émigration vers la RDA n'ayant eu lieu qu'un an et demi plus tôt, à l'occasion de son recrutement à Erfurt. Durant les années 1950, ce sont en effet surtout les facultés de médecine qui recrutent des professeurs originaires de RFA. Karl Leonhard fait donc partie de la minorité de scientifiques ayant traversé le Rideau de fer vers l'Est au cours des années 1950, minorité qui est loin de contrebalancer les migrations de cerveaux en sens inverse.

En 1957, c'est donc un Allemand de l'Ouest qui est nommé à la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université Humboldt, prenant également la direction de la clinique de la Charité. À cette date, Karl Leonhard est âgé de 53 ans. Originaire de Bavière, il a exercé en tant que médecin-chef au sein de la clinique universitaire de psychiatrie et de neurologie de Francfort, où il est nommé professeur en 1944. Son départ pour Erfurt intervient une dizaine d'années plus tard et correspond à une promotion dans sa carrière.

En ce qui concerne ses travaux scientifiques, Karl Leonhard s'inscrit dans la tradition allemande de classification des maladies mentales. Dans le paysage psychiatrique, ce professeur fait ainsi partie de la catégorie des « *splitters* » qui cherchent à construire un système classificatoire le plus précis et ramifié possible, la maladie mentale se divisant – selon cette conception – en de multiples sous-systèmes³⁴⁷. Les différences priment donc ici sur les similarités. Dans la lignée de Karl Kleist – sous les ordres duquel il exerce à Francfort – et

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 75-83.

³⁴⁶ Sur la radicalisation de la politique de recrutement des professeurs d'université en 1957/1958, voir : Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 95-102.

³⁴⁷ Les « *splitters* » s'opposent aux « *lumpers* » qui, dans leur système classificatoire, utilisent de vastes catégories recouvrant plusieurs types de maladies mentales. Pour ces derniers, les similarités l'emportent sur les différences. L'appartenance de Karl Leonhard à la catégorie des « *splitters* » est soulignée par Viola Balz et Matthias Hoheisel dans leur article : Viola Balz, Matthias Hoheisel, *op.cit.*, p. 456.

de Carl Wernicke, Karl Leonhard élabore ainsi une classification empirique et descriptive des psychoses endogènes, dont la première version est publiée en 1957³⁴⁸. Il s'écarte du modèle de Kraepelin qui distingue uniquement la schizophrénie de la folie maniaco-dépressive. D'après Karl Leonhard, on peut différencier trois grands groupes de psychoses endogènes : les psychoses phasiques (monopolaires ou bipolaires), les psychoses cycloïdes et les schizophrénies (non systématiques ou systématiques)³⁴⁹. Seule une observation clinique très précise permet de reconnaître l'une des 35 formes de psychoses endogènes identifiées par Karl Leonhard et qui s'articulent autour de ces trois grandes catégories³⁵⁰. Comme il l'écrit, « les transformations psychiques doivent être étudiées dans toutes leurs finesses, car ce n'est qu'ensuite qu'on peut aboutir à un diagnostic, à un pronostic et à une thérapies exacts »³⁵¹. Karl Leonhard s'inscrit dans une école de pensée plutôt classique, où l'élaboration du diagnostic joue un rôle extrêmement important. Cette conception s'oppose à une approche plutôt orientée vers le traitement des symptômes, pour laquelle le diagnostic ne joue qu'un rôle secondaire, et qui se développe notamment en relation avec le développement de la psychopharmacologie.

Dans son approche des névroses, on retrouve l'intérêt de ce psychiatre pour la finesse du diagnostic clinique. Peu de temps après sa prise de poste à Berlin, il met d'ailleurs en place un service de psychothérapie au sein duquel il développe une thérapie particulière (*l'Individualtherapie*, thérapie individualisée), qui vise à s'adapter à chaque forme singulière de névrose. En relation avec l'importance qu'il accorde à la nosologie des maladies mentales, dès son arrivée à la Charité, Karl Leonhard y introduit son propre système de classification, qui est donc utilisé en interne. Sa nomination à la Charité lui permet de poursuivre ses travaux scientifiques, qu'ils concernent les psychoses comme les névroses.

Concernant son positionnement politique, si Karl Leonhard n'est pas membre du SED,

³⁴⁸ Karl Leonhard, *Aufteilung der endogenen Psychosen*, Berlin, Akademie Verlag, 1957. Karl Leonhard continuera par la suite à affiner cette classification et en produira plusieurs versions retravaillées.

³⁴⁹ D'après Karl Leonhard, les deux premières catégories (psychoses phasiques et cycloïdes) peuvent évoluer favorablement ; les schizophrénies, quant à elles, connaissent une évolution défavorable.

³⁵⁰ Voir à ce sujet : Jack R. Foucher, *35 psychoses. La classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. Synopsis et revue des travaux*, Paris, Books on demands GmbH, 2009. Sur la catatonie dans la nosographie de Karl Leonhard, voir Cyril Barlet, *Clinique et position nosographique de la catatonie, des origines à nos jours*, thèse de médecine soutenue en 2010 à l'Université de Franche-Comté. Notons que la classification de Karl Leonhard n'a connu qu'un intérêt limité au sein de la communauté scientifique internationale. L'une des raisons principales serait l'extrême complexité de l'observation clinique sur laquelle elle est fondée, qui nécessite un investissement très important de la part du praticien. Voir : Jack R. Foucher, *op.cit.*, p. 40 ; Cyril Barlet, *op. cit.*, 3. Devenir de la classification de Wernicke-Kleist-Leonhard, Chapitre 7 « La catatonie dans la classification originale de Wernicke-Kleist-Leonhard ». À l'heure actuelle, un petit groupe de spécialistes, pour la plupart allemands, continuent à défendre l'utilisation de cette classification. Ils sont réunis au sein de la société internationale Wernicke-Kleist-Leonhard (<http://www.wkl-society.de/>).

³⁵¹ « Die psychischen Veränderungen müssen mit all ihren Feinheiten erforscht werden; denn nur dann kann man zur richtigen Diagnose, Prognose und Therapie kommen. » Karl Leonhard, *Aufteilung...*, *op. cit.*, p. 2-3.

l'appréciation qu'en fait le secrétariat d'État en 1957 est plutôt positive ; il est en effet décrit comme « un citoyen loyal qui ne nous fera aucune difficulté sur le plan politique »³⁵². Sur ce point, Karl Leonhard est loin d'être une exception puisqu'à cette époque seule une minorité de ses collègues appartient au parti (en 1954, seuls 14,5% des professeurs de médecine appartiennent au SED)³⁵³. *A contrario*, à l'instar de la moitié des professeurs de médecine en poste en RDA, Karl Leonhard a appartenu au NSDAP entre 1937 et 1945³⁵⁴. En 1955 tout comme en 1957, cet élément ne semble poser aucun problème pour son recrutement à l'université, qu'il s'agisse de celle d'Erfurt ou de Berlin-Est. En tant que professeur de médecine, Karl Leonhard dispose au contraire d'un pouvoir de négociation avec les autorités de RDA. Dans les années 1950, les circonstances sont en effet particulièrement favorables pour ces professions du fait de la présence d'un double marché du travail, de part et d'autre du Rideau de fer. Dans le cadre de cette situation concurrentielle, les facultés est-allemandes souffrent d'un manque de personnel qualifié, en raison des départs nombreux pour l'Ouest, d'une dénazification plus systématique qu'en RFA, et de l'expansion des universités est-allemandes dans les domaines des sciences de la nature, de la médecine et des techniques³⁵⁵. De plus, l'emprise idéologique sur les universités est-allemandes – qui se renforce avec la deuxième réforme de l'enseignement supérieur en 1951/52 – ne rend pas le marché du travail est-allemand particulièrement attractif pour ces scientifiques, et a pour conséquence de nouvelles vagues de départs vers l'Ouest. Pour toutes ces raisons, en ce qui concerne les disciplines citées précédemment, le marché du travail – du fait de la partition allemande et de la concurrence qui en découle – se fait particulièrement favorable pour les professeurs d'université.

Cette situation particulière explique la politique de privilèges menée à leur rencontre par les autorités est-allemandes, et qui est lancée en 1949 par l' « Ordonnance sur la culture »

³⁵² « Er [...] ist ein loyaler Bürger, der uns politisch keinerlei Schwierigkeiten machen wird. » UA HUB, dossier personnel de Karl Leonhard, note de service interne au secrétariat d'État pour l'enseignement supérieur, 13 février 1957.

³⁵³ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 401.

³⁵⁴ UA HUB, dossier personnel de Karl Leonhard, Personalbogen, 30 avril 1955. Sur la part des professeurs de médecine ayant été membres du NSDAP, voir : Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 147. En ce qui concerne le positionnement de Karl Leonhard vis-à-vis du programme d'assassinats systématiques perpétrés sur les malades mentaux, il soutient avoir sauvé des patients de Francfort d'une mort certaine en empêchant leur transfert vers un « établissement d'extermination », sans que cela ne puisse être vérifié. Voir : Volker Leonhard (dir.), *Karl Leonhard. Meine Person und meine Aufgaben im Leben*, Hildburghausen, Verlag Frankenschwelle Hildburghausen, p. 63. Il faut souligner que, comme la plupart des psychiatres de sa génération, Karl Leonhard s'inscrit bien dès la fin des années 1930 dans un courant eugéniste en adéquation avec la loi de stérilisation forcée et qu'il siège au sein de tribunaux visant à son application. Voir à ce sujet : Henry Malach, *Die Individualtherapie Karl Leonhards – Rekonstruktion und Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden der 50er und 60er Jahre*, thèse de médecine soutenue en 2009, Faculté de médecine de la Charité, Berlin, p. 42-44.

³⁵⁵ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 214.

(*Kulturverordnung*). Au cœur de cette politique se trouve la conclusion de contrats individuels (*Einzelverträge*), qui définissent – au cas par cas – le montant du salaire ainsi que l'attribution de nombreux avantages. Lors de son recrutement à l'Université Humboldt, en 1957, Karl Leonhard dispose d'un tel contrat, qu'il signe directement avec le secrétariat d'État pour l'enseignement supérieur³⁵⁶. D'après ce document, son salaire mensuel s'élève à 3600 DM par mois, ce qui correspond à environ 8 fois le salaire moyen en RDA³⁵⁷. À ce salaire mensuel s'ajoute une indemnisation (*Amtsvergütung*) annuelle de 2000 DM en relation avec la charge administrative liée à sa fonction de directeur de clinique. Si ce contrat assure à Karl Leonhard des revenus élevés, il lui accorde également une retraite complémentaire, un logement, un accès privilégié à la littérature scientifique, ainsi que des facilités pour se rendre à l'étranger dans le cadre de ses activités professionnelles. Cette clause est particulièrement importante dans la mesure où la possibilité de voyager constitue un élément essentiel dans la carrière d'un tel scientifique. Pouvoir présenter ses travaux dans le cadre de congrès internationaux (dont la plupart ont lieu à l'ouest du Rideau de fer), participer à des réseaux scientifiques, être au courant des dernières recherches en cours, tous ces éléments sont constitutifs d'une carrière d'envergure internationale. Or, en RDA, seule une minorité de scientifiques obtient l'autorisation de franchir le Rideau de fer, afin de participer à des manifestations scientifiques au sein de « l'étranger capitaliste ». Si de telles autorisations se font plus rares après la construction du mur de Berlin, Karl Leonhard fait donc partie de ceux pour qui le Rideau de fer se fait potentiellement perméable³⁵⁸.

Signé en juillet 1957, ce contrat illustre bien la situation favorable des professeurs de médecine dans la RDA des années 1950 ainsi que leur capacité de négociation avec le pouvoir. Cette situation contraste fortement avec celle des professeurs de sciences humaines et sociales, disciplines qui se caractérisent par un enchevêtrement entre savoir et idéologie et pour lesquelles le marché ouest-allemand est totalement fermé, ce qui rend leurs représentants beaucoup plus dépendants du pouvoir politique. Cette différenciation se retrouve dans la répartition des contrats individuels : ainsi, en 1960, si 86,5 % des professeurs de médecine et 64,2% des professeurs de technique et de sciences bénéficient d'un contrat individuel, seuls 22,2% des professeurs de sciences sociales peuvent en dire autant³⁵⁹. La relation du contenu

³⁵⁶ UA HUB, dossier personnel de Karl Leonhard, Einzelvertrag, 13 juillet 1957.

³⁵⁷ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, op. cit., p. 211.

³⁵⁸ En 1961, Karl Leonhard participe ainsi au troisième congrès mondial de psychiatrie à Montréal, profite de ce voyage pour se rendre également aux États-Unis (où il visite des établissements psychiatriques à Washington et New York). En 1964, il se rend à Madrid pour participer à un congrès de la fédération mondiale de neurologie. En 1965, il tient une conférence à Vienne, et se rend également deux fois en RFA pour participer à des manifestations scientifiques. HPAC, B II 10 (Verwaltungsakte Reisen [1962-1966]).

³⁵⁹ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, op. cit., p. 216.

disciplinaire à l'idéologie ainsi que le positionnement vis-à-vis de l'« autre » marché du travail constituent bien deux critères essentiels qui définissent la situation des scientifiques dans la RDA des années 1950. Comme l'écrit Ralph Jessen, « ce sont justement les groupes de professeurs, qui, d'après leur origine, leurs idées et leur habitus, sont le plus éloignés du régime du SED, qui bénéficient des revenus les plus élevés et de la plupart des privilèges »³⁶⁰. Les professeurs de médecine, d'orientation politique majoritairement conservatrice et issus dans leur grande majorité de milieux sociaux aisés, bénéficient ainsi pleinement de la politique de privilèges mises en place par le SED. On constate bien dans ce domaine une « polarisation paradoxale, d'après laquelle ceux qui reçoivent le plus, sont ceux qui sont le plus éloignés de l'idéal de l'Intelligence communiste »³⁶¹. Comme nombre de ses collègues, Karl Leonhard profite pleinement de cette situation. En 1961, la fermeture des frontières de la RDA vers l'Ouest vient cependant perturber le rapport de force qui s'était installé entre ces scientifiques et le pouvoir communiste.

1.2 « L'affaire de Francfort », changement des rapports de force

Après la fermeture des frontières le 13 août 1961 – qui entraîne *de facto* la fermeture du marché du travail ouest-allemand pour ces scientifiques – le rapport de forces change considérablement et le pouvoir de négociation dont disposaient jusqu'alors les professeurs de médecine s'érode très largement. On constate alors à quel point les privilèges accordés à ce groupe professionnel étaient étroitement liés à la perméabilité du Rideau de fer. Cette perte de pouvoir se reflète très nettement dans le parcours du professeur Leonhard, au travers d'un épisode bien particulier, que nous nommerons « l'affaire de Francfort ».

En 1964, Karl Leonhard se voit proposer la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'université de Francfort sur le Main, en RFA, à laquelle est associée la direction de la clinique universitaire. Ce poste important dans le champ psychiatrique allemand lui permettrait de revenir dans une clinique où il a travaillé pendant presque 20 ans. Des liens professionnels mais également personnels l'attachent à cette ville, où habitent deux de ses enfants. Karl Leonhard décide donc d'accepter le poste et s'adresse au secrétaire d'État en charge du dossier afin d'obtenir l'autorisation adéquate³⁶². Dans ce courrier, on perçoit, au travers des arguments

³⁶⁰ « Gerade die Professorengruppen, die dem SED-Regime nach Herkunft, Einstellung und Habitus am fernsten standen, nämlich die Naturwissenschaftler, Techniker und Mediziner, kamen in den Genuß der höchsten Einkommen und der meisten Privilegien ». *Ibid.*

³⁶¹ « [...] die paradoxe Polarisierung, nach der diejenigen am meisten bekamen, die dem Idealbild der kommunistischen Intelligenz am fernsten standen. » Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 217.

³⁶² UA HUB, dossier personnel de K. Leonhard, lettre de K. Leonhard au secrétaire d'État Gießmann, 22 mars

avancés par Karl Leonhard, la perte – depuis la construction du Mur – de certains privilèges accordés au professeur. Ainsi, Karl Leonhard souligne que, depuis 1962, il lui est de plus en plus difficile de se rendre à l'Ouest, afin d'assister à des congrès ou à des rencontres scientifiques. Concernant sa nomination à Francfort, Karl Leonhard rappelle à son interlocuteur, que lors de son émigration en RDA, il lui a été assuré – aussi bien par le secrétariat d'État que par le ministère de la Santé –, qu'il pourrait accepter une nomination en Allemagne de l'Ouest, si une telle occasion se présentait. Cet élément est tout à fait probable. En effet, à cette époque, la possibilité d'accepter un poste à l'Ouest pouvait même être inscrite dans le contrat individuel³⁶³. Bien que cela ne soit pas le cas pour Karl Leonhard (on ne retrouve la trace de cet accord dans aucun des deux contrats qu'il a conclus en RDA), on peut supposer que cet accord a été passé de manière orale. En 1964, cependant, les temps ont changé et le professeur de médecine ne semble plus disposer d'autant de pouvoir de négociation que lors de son émigration en RDA. Ce changement radical dans le rapport de forces va s'illustrer dans les suites de « l'affaire de Francfort ».

Les négociations ne semblent pas se dérouler comme prévu pour Karl Leonhard, comme l'atteste un courrier qu'il adresse à nouveau au secrétaire d'État en mai 1964, soit trois mois après avoir reçu la proposition de Francfort³⁶⁴. D'après cette lettre, les autorités est-allemandes ne semblent pas décidées à laisser partir Leonhard, sa femme et sa fille pour l'Ouest³⁶⁵. Le professeur change alors de stratégie et essaie de négocier certains avantages, en échange de son refus du poste. Au regard des réponses qu'il reçoit, on perçoit bien le peu de marge de manœuvre qu'il lui reste, trois ans après la fermeture des frontières³⁶⁶. Finalement, la

1964.

³⁶³ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 209.

³⁶⁴ UA HUB, dossier personnel de K. Leonhard, lettre de K. Leonhard au secrétaire d'Etat Gießmann, 1^{er} mai 1964.

³⁶⁵ D'après les échanges de courrier entre K. Leonhard, le secrétaire d'Etat et le recteur de l'Université, il semble que les autorités est-allemandes n'interdisent pas formellement au professeur d'accepter ce poste à l'Ouest mais jouent sur le fait que cette éventuelle autorisation de départ ne concernerait pas automatiquement tous les membres de sa famille. Voici ainsi ce qui est indiqué sur une note manuscrite (certainement rédigée par le secrétaire d'État) : « En cas d'autorisation d'émigration, il faut compter avec le fait, que la fille, puisqu'elle est âgée de 18 ans, n'obtienne pas d'autorisation... » (*Bei Genehmigung der Übersiedlung nach Frankfurt ist damit zu rechnen, daß die Tochter, da sie 18 Jahre alt ist, keine Genehmigung erhält...*). UA HUB, dossier personnel de K. Leonhard, note manuscrite non datée, seconde page. Quand il évoque cet épisode, Karl Leonhard écrit ainsi dans ses mémoires : « Quand je me décidai (quand il fallut que je me décide) à rester à Berlin, [...] » (*Als ich mich entschloß (entschließen mußte), in Berlin zu bleiben [...]*), in Volker Leonhard (dir.), *op. cit.*, p. 110.

³⁶⁶ Tout d'abord, Karl Leonhard demande à ce que lui-même, sa femme et sa fille, puissent se rendre trois fois par an en Allemagne de l'Ouest. Cette première requête est rejetée. Karl Leonhard demande également à ce que sa fille – qui réside avec lui et sa femme à Berlin-Est – puisse effectuer un séjour d'étude de trois mois en Angleterre et de six mois en Union soviétique (le premier étant prioritaire par rapport au second). D'après la réponse qui lui est adressée, si sa fille est autorisée à se rendre en Union soviétique, la route vers l'Angleterre lui reste officiellement barrée. UA HUB, dossier personnel de K. Leonhard, lettre du secrétaire d'Etat Gießmann à K. Leonhard, 22 mai 1964.

seule demande de Leonhard à laquelle accèdent les autorités est-allemandes concerne la poursuite de son travail de recherche au sein de la clinique après son départ à la retraite. Après 1969, il lui sera accordé l'aide de collaborateurs ainsi qu'un espace de travail et l'accès aux archives de la clinique. Cet épisode illustre à quel point le rapport de forces, plutôt favorable au professeur lors de son recrutement à Erfurt puis à Berlin, s'est profondément transformé depuis la fermeture des frontières en 1961. Le temps des privilèges semble définitivement terminé.

1.3 Face à l'idéologie, une position réservée et pragmatique

Dans l'ensemble, au regard des archives que nous avons rassemblées, il semble que le positionnement de Karl Leonhard vis-à-vis du pouvoir et de l'idéologie communistes oscille entre réserve et pragmatisme, comme c'est le cas pour la plupart de ses collègues professeurs de médecine. En témoignent notamment certaines des demandes qu'il dépose au cours des années 1960, afin d'obtenir l'autorisation de participer à des manifestations scientifiques de l'autre côté du Rideau de fer. Malgré le contrat individuel dont dispose Karl Leonhard, le chemin vers l'Ouest peut se faire laborieux, notamment après 1961. Chaque demande, déposée auprès du ministère de l'Enseignement supérieur, doit être justifiée sur le plan scientifique mais également politique, en relation avec la logique de concurrence inhérente au contexte de Guerre froide. Pour obtenir l'autorisation de franchir le Rideau de fer, il convient donc de savoir manier le langage idéologique, ce qui n'est manifestement pas toujours le cas du professeur Leonhard. Ainsi, en 1967, ce dernier doit s'y prendre à deux fois quand il dépose une demande pour participer à un congrès de psychothérapie à Wiesbaden. Les rectifications faites à cette demande apportent une touche idéologique aux propos de Karl Leonhard. Par exemple, dans la première demande, au paragraphe « Intérêt scientifique » (*wissenschaftliches Anliegen*), Karl Leonhard écrit ceci :

« Dans les pays capitalistes, les névroses sont principalement appréciées d'après Freud. J'ai moi-même mis sur pied à Berlin une psychothérapie, qui repose sur des fondements scientifiques et empiriques et qui doit être mise en valeur lors du congrès. »³⁶⁷

³⁶⁷ « Die Neurosen werden in kapitalistischen Ländern vorwiegend nach Freud beurteilt. Ich habe selbst in Berlin eine Psychotherapie aufgebaut, die auf empirisch-wissenschaftlicher Grundlage beruht und beim Kongress zur Geltung kommen soll. » HPAC, BII 10, Aufgabenstellung zum 7. Internationalen Kongreß für Psychotherapie in Wiesbaden vom 21.-26. August 1967, 28 juillet 1967. En ce qui concerne la cote archivistique B II 10, nous utilisons les cotes en vigueur au moment où nous avons dépouillé ces sources. Les archives psychiatriques ayant été réorganisées depuis, ces cotes ont été remplacées par un autre mode de classement (un double système de cotes étant en place, les anciennes cotes restent cependant toujours valables).

Suit ensuite le titre de sa communication. Cette demande ne semble cependant pas satisfaire les autorités. Sur la demande du ministère et après un entretien personnel, Karl Leonhard apporte un certain nombre de compléments à ce paragraphe, comme on peut le constater au travers des lignes suivantes :

« Les théories de nature psychothérapeutique, qui sont estimées dans les pays capitalistes, sont en grande partie de nature spéculative et ne découlent pas de recherches empiriques. Ma tâche consistera à donner à entendre à Wiesbaden, qu'en RDA comme dans les États socialistes, on part de résultats scientifiques concrets sur le fondement d'une conception matérialiste et non pas de représentations idéalistes floues. »³⁶⁸

Cette deuxième version associe clairement l'empirisme scientifique revendiquée par Leonhard au matérialisme qui se trouve au cœur de l'idéologie marxiste-léniniste. La méthode psychothérapeutique pratiquée par Leonhard se voit également intégrée à un ensemble plus vaste, celui des « États socialistes » qui fait face aux « pays capitalistes ». À la touche idéologique s'ajoute ainsi une mise en exergue de l'opposition entre les deux Blocs. Karl Leonhard se doit de choisir son camp, comme l'indiquent les autres modifications apportées au texte initial. Cette reformulation, qui débouche finalement sur l'accord du ministère, nous montre qu'en 1967, soit plus de dix ans après son arrivée en RDA, Karl Leonhard doit toujours faire l'apprentissage du maniement du langage idéologique. Selon toute évidence, cet apprentissage suit une logique pragmatique et utilitaire. Le vernis politique, tel qu'il est appliqué à la seconde demande, permet de satisfaire aux normes langagières exigées par les autorités, sans qu'il reflète pour autant une quelconque conviction politique. S'il souhaite défendre son point de vue scientifique à Wiesbaden, Karl Leonhard se refuse d'ailleurs à toute action de propagande. C'est donc bien un certain pragmatisme qui semble caractériser la position qu'il adopte ici³⁶⁹.

Dans les années 1960, la « posture idéologique » du directeur de la clinique semble par ailleurs bien difficile à saisir pour les camarades du parti qui y travaillent³⁷⁰. En atteste un

³⁶⁸ « Die Theorien psychotherapeutischer Art, die in den kapitalistischen Ländern in Ansehen stehen, sind grossenteils spekulativer Art und leiten sich nicht von empirischen Untersuchungen ab. Es wird meine Aufgabe sein, in Wiesbaden zu erkennen zu geben, dass man in der DDR wie in den Ländern sozialistischer Staaten auf der Grundlage materialistischer Weltanschauung von konkreten wissenschaftlichen Ergebnissen ausgeht und nicht von unklaren idealistischen Vorstellungen. » HPAC, B II 10, lettre de K. Leonhard adressée au ministère de l'enseignement supérieur et spécialisé, 14 août 1967.

³⁶⁹ D'après sa fille, qui s'exprime à ce sujet en 1995 (sept ans après la mort de son père), la position de Karl Leonhard vis-à-vis du communisme était très claire. D'après elle, son père considérait le communisme comme quelque chose d'« inhumain », « qui ne respectait pas les lois psychologiques naturelles, les méprisait tout simplement, et ainsi allait à l'encontre de l'Homme ». Voir : « Spontane Gedanken seiner Tochter Hildegard beim Lesen der Autobiographie », in Volker Leonhard (dir.), *op. cit.*, p. 173-182, ici p. 181-182.

³⁷⁰ Sur la présence du parti au sein de la clinique, voir la suite de ce chapitre (Le parti à la clinique).

document datant de 1964 et qui concerne la « situation idéologique de la *Nervenklinik* »³⁷¹. S'il y est noté que le professeur Leonhard n'a été l'auteur d'« aucune remarques ouvertement antiétatiques », les camarades soulignent cependant que plusieurs positions du directeur sont en totale contradiction avec l'idéologie qu'ils ont à défendre. Cela concerne notamment certaines de ses conceptions scientifiques : sont ainsi évoquées une « tendance à la psychologisation et à la biologisation », ce qui fait référence à l'approche plutôt classique défendue par Karl Leonhard et qui donne la priorité aux causes endogènes des maladies mentales. Sont également avancées sa réticence face à la réforme des études universitaires, qui se caractérise notamment par un renforcement des impératifs idéologiques³⁷². Les camarades lui reprochent aussi « sa croyance en une anatomie des sciences supérieure à la politique [...] », son comportement vis-à-vis des patients (sans que des détails ne soient mentionnés), ou encore de « mauvaises positions politiques » (*politische Haltungsverfäler*). Leonhard ne s'exprime pas ouvertement contre l'ordre socialiste, mais certaines de ses attitudes laissent les camarades plutôt perplexes quant à ses convictions idéologiques, et cela d'autant plus qu'elles ont – d'après le rapport – une influence défavorable sur certains jeunes internes de la clinique. La clinique universitaire étant un lieu de formation pour les futurs médecins, les incertitudes idéologiques que manifeste son directeur apparaissent comme particulièrement problématiques.

En ce qui concerne sa fonction d'enseignant, Karl Leonhard semble également prendre quelques libertés avec l'orthodoxie dictée par le parti. D'après un rapport remis à la police politique (la *Stasi*) par un étudiant ayant assisté à ses cours, le comportement de Karl Leonhard serait en contradiction avec « tous les principes politiques » qui sous-tendent le régime de la RDA³⁷³. Durant ses cours, Karl Leonhard n'aurait ainsi jamais prononcé le nom même de RDA, ce qui témoignerait du peu d'intérêt qu'il accorde à son pays d'accueil. Lors de la présentation d'un patient à ses étudiants, il l'aurait laissé se moquer de Walter Ulbricht, premier secrétaire du Comité Central du SED, sous les rires de l'assemblée. Toujours d'après cet étudiant, Karl Leonhard aurait été jusqu'à présenter à ses étudiants un patient travaillant pour les services de la Sécurité d'Etat, et souffrant de troubles psychiques du fait de son activité professionnelle³⁷⁴. En 1964, alertés très certainement par ce précédent rapport, les

³⁷¹ LAB, C Rep 904-225-13, Einschätzung der ideologischen Situation an der Nervenklinik, 8 décembre 1964.

³⁷² À ce sujet, voir l'article traduit en français de Ralph Jessen, dans lequel il reprend succinctement les différentes phases de la politique universitaire est-allemande : Ralph Jessen, « Dictature communiste et milieu universitaire. Étude d'histoire sociale des professeurs d'université de la RDA, 1945-1961 », in *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53e année, n°1, 1998, p. 91-117.

³⁷³ Ce rapport se trouve dans le dossier du collaborateur officieux collaborant pour la *Stasi* au sein de la clinique (pour plus d'informations à ce sujet, voir la dernière partie de ce chapitre). BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, p. 212-214.

³⁷⁴ Les cours donnés par certains professeurs semblent constituer un espace où la parole se fait plus libre voire

services de la *Stasi* interrogent à ce sujet le collaborateur officieux dont ils disposent au sein de la clinique³⁷⁵. On lui demande si, parmi les patients que présente Leonhard durant ses cours, il s'agit souvent de camarades, « qui sont ensuite tournés en ridicule par les étudiants »³⁷⁶. Le collaborateur répond par la positive et ajoute, que « pour cette question, Leonhard ne connaît aucune orientation politique, et qu'il lui est égal de présenter qui que ce soit dans ses cours »³⁷⁷. Si l'on s'en tient à la teneur de ces rapports, le professeur Leonhard semble bien jouir d'une certaine marge de manœuvre au sein de l'amphithéâtre où il officie.

Par ailleurs, dans le contexte de Guerre froide où il évolue, les relations étroites qu'entretient Karl Leonhard avec l'Ouest, sur le plan familial (deux de ses enfants y résident) et scientifique, le font forcément apparaître comme suspect aux yeux des autorités de RDA. Cette situation explique notamment son comportement « relativement réservé » face à la fermeture des frontières le 13 août 1961³⁷⁸. En 1972, alors qu'il n'exerce plus la fonction de directeur de la clinique, ses relations avec l'Ouest sont encore vues d'un mauvais œil. Quand il demande à participer à un congrès en Yougoslavie, cela est tout d'abord refusé par les services de la Sécurité d'État. Pour justifier cette décision, on rappelle notamment que lors de son directorat, « Leonhard n'appartenait pas au noyau positif de cette clinique », qu'« il existait et existe encore aujourd'hui de sa part diverses relations à l'Ouest, des publications à l'Ouest et des contacts personnels avec l'Ouest »³⁷⁹.

Dans l'ensemble – et du fait notamment de ce tropisme occidental –, le directeur de la clinique est bien loin de correspondre au modèle du « professeur socialiste », d'origine sociale modeste, mû par un engagement politique sans faille, et qui fait passer l'idéologie avant toutes les autres considérations fussent-elles scientifiques. Sa personnalité et son autorité marquent

provocatrice, ce qui ne correspond pas toujours aux attentes de certains étudiants. En 1958, un groupe d'étudiants membres du parti se plaint ainsi de l'enseignement donné par l'un des médecins de la clinique, au sein duquel il discriminerait l'ordre social de la RDA. D'après le rapport remis par ces étudiants, afin d'illustrer la genèse de la névrose qui peut provenir d'une contradiction entre les désirs et la réalité, ce professeur aurait pris l'exemple de la RDA, où l'on parle d'un « futur glorieux », dont on ne perçoit rien. D'après les étudiants, parmi les patients présentés lors des cours par ce professeur, on trouverait aussi un fort pourcentage de fonctionnaires de l'État souffrant de névrose sexuelle. Ces éléments provoquent l'indignation des étudiants membres du parti. UA HUB, dossier personnel d'Heinz D., rapport des étudiants, joint au courrier adressé par le syndicat au recteur de l'Université Humboldt, en date du 22 avril 1958.

³⁷⁵ Sur la présence de la *Stasi* à la clinique, voir la dernière partie de ce chapitre.

³⁷⁶ « Dem GI wurde noch die Frage gestellt, ob es tatsächlich so sei, dass Leonhard in Vorlesungen Nervenranke vorstellt, bei denen es sich oft um Genossen handelt, die dann der Lächerlichkeit der Studenten preisgegeben werden. Der GI bejahte diese Frage und äusserte, dass Leonhard in dieser Frage überhaupt keine politische Richtung kennt und es ihm egal sei, wer in den Vorlesungen vorgestellt wird. » BStU, MfS 6892 / 62, Band A2, Treffbericht, 17 juillet 1964, p. 191-194, ici p. 193.

³⁷⁷ *Ibid.*

³⁷⁸ LAB C Rep 903-01-12-73, Fakultätsparteileitung, Material zur Einschätzung der Lage an der Medizinischen Fakultät, 20 octobre 1961.

³⁷⁹ « Während seiner Tätigkeit als Direktor der Nervenlinik gehörte L. nicht zum positiven Kern dieser Klinik. Es gab und gibt heute noch diverse Westverbindungen seinerseits, Veröffentlichungen im Westen und persönliche Westkontakte. » BStU, MfS-HA XX / AKG RK Nr. 13041-13090, refus du 19 avril 1972, p. 1-2, ici p. 2.

profondément le quotidien et les rapports de force à l'intérieur de l'établissement. Sous son directorat, le quotidien de la clinique est cependant bien loin de se résumer à des considérations d'ordre politique, en lien avec le contexte de la RDA. À cette époque, la clinique connaît de nombreuses transformations, notamment sur le plan spatial. Par ces changements, cet établissement s'intègre parfaitement dans l'évolution des conceptions et des pratiques psychiatriques à l'échelle européenne et mondiale.

2. La *Nervenklinik* : un espace hétérogène en constante restructuration

À quoi ressemble la clinique dont Karl Leonhard prend la tête en 1957 ? Quels sont les principaux changements qui marquent son directorat, sur le plan spatial comme organisationnel ? Dans quelle mesure, ces transformations s'inscrivent-elles dans les tendances globales de la psychiatrie européenne et mondiale ? Voici les questions auxquelles il s'agira de répondre dans les pages qui suivent, à partir des archives administratives de la clinique mais également d'entretiens réalisés auprès d'anciens membres du personnel.

À la fin des années 1950, quand Karl Leonhard prend son poste à la Charité, la *Nervenklinik* dispose de 307 lits distribués au sein de 8 services de psychiatrie et de neurologie³⁸⁰. Il s'agit de services de grande taille, dont certains abritent plus d'une cinquantaine de patients. À la clinique est associée une policlinique qui assure des soins ambulatoires et oriente les patients vers une hospitalisation si cela est nécessaire. Font également partie de la clinique un service de radiologie (*Röntgenabteilung*), un service dédié à l'utilisation d'un électroencéphalogramme (*EEG-Abteilung*), un service de physiothérapie et de balnéothérapie (*physikalische Therapie und Bäderabteilung*) ainsi qu'un service de psychiatrie légale (*Gerichtspsychiatrie*). Si l'apparition des deux premières unités au sein de la clinique est à mettre en relation avec la présence de services de neurologie, elle correspond aussi à une tendance inhérente à la psychiatrie, qui cherche à proposer, dès les années 1950, une « lecture technique du corps » de ses patients. Comme le souligne l'historien Benoît Majerus, le recours à de telles techniques (radiodiagnostic, électroencéphalogrammes, etc.) confère « une nouvelle scientificité à la pratique psychiatrique »³⁸¹. L'utilisation d'un tel appareillage – qui nécessite une compétence spécialisée – permet donc d'intégrer un peu plus la psychiatrie au sein du paradigme médical.

Plusieurs changements de taille interviennent suite à la nomination de Karl Leonhard

³⁸⁰ HPAC, B III 1, Jahresbericht 1958 der Psychiatrischen und Nervenklinik der Humboldt-Universität in der Charité-Berlin.

³⁸¹ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, op. cit., p. 199.

et le premier d'entre eux concerne la réorganisation des services³⁸². Ainsi, au cours de l'année 1959, les services comprenant plus de cinquante lits sont divisées en unités de soin plus réduites, « afin de permettre un meilleur encadrement médical des patients »³⁸³. Sont notamment concernés par cette subdivision les services psychiatriques (le service pour hommes n°3 est ainsi subdivisé en 3a et 3b). Cette décision traduit bien une nouvelle conception de la pratique psychiatrique, influencée par une approche socio-thérapeutique et qui ne peut se réaliser que dans le cadre d'effectifs réduits. L'année 1959 voit également la mise en place d'une unité de soins de psychiatrie et de neurologie infantile³⁸⁴, ainsi que l'ouverture d'une unité de psychothérapie pour adultes. Ces deux nouveautés s'inscrivent tout à fait dans le processus de diversification et de spécialisation de l'offre de soins qui caractérise la psychiatrie dès les années 1950.

Au cours des années 1960, en plus des services de neurologie (services 1 et 2), la clinique comprend donc deux services de psychothérapie (services 5 et 9), un service de soins psychiatriques et neurologiques pour enfants (service 4), ainsi que plusieurs services de psychiatrie qui accueillent des cas plus ou moins lourds (services 3, 6, 7 8)³⁸⁵. En ce qui concerne les modalités d'admission au sein des services psychiatriques, elles suivent un schéma classique et l'on peut distinguer trois sources de recrutement principales : le médecin traitant, la famille et la police. Pour ce qui est des services de psychothérapie, la plupart des patients sont adressés par un médecin et ont déjà des tentatives de traitement derrière eux. Si elle ne concerne qu'une minorité de patients, une autre filière de recrutement existe au sein de la clinique : il s'agit des consultations privées accordées par le professeur Leonhard et qui peuvent déboucher sur une hospitalisation. Ces patients (*Privatpatienten*), qui paient des frais supplémentaires, bénéficient d'une attention particulière (ils sont généralement pris directement en charge par Karl Leonhard, et bénéficient de visites plus fréquentes³⁸⁶). Ce droit d'accorder des consultations privées, que les patients doivent régler directement, a été accordé au professeur Leonhard lors de la conclusion de son contrat individuel, en 1957. Cette caractéristique constitue une entorse aux principes mêmes du système de santé socialiste, où l'accès aux soins est censé être égalitaire et gratuit.

En ce qui concerne la répartition spatiale des services au sein de la clinique, elle

³⁸² HPAC, B III 1, Jahresbericht 1959 der Psychiatrischen und Nervenlinik der Humboldt-Universität in der Charité, Berlin.

³⁸³ *Ibid.*, p. 1.

³⁸⁴ Elle dispose de 21 lits de psychiatrie et de 15 lits de neurologie en 1959. *Ibid.*, p. 7.

³⁸⁵ D'après plusieurs anciens médecins de la clinique, l'un de ces services serait un service mixte où cas psychiatriques et cas neurologiques seraient accueillis conjointement. Voir : entretien avec H.S., le 27 février 2014 à Berlin. Entretien avec R.D., le 2 avril 2014 à Berlin.

³⁸⁶ Entretien avec E.S., le 11 mars 2014 à Berlin.

reprend en partie l'organisation en vigueur dès l'inauguration de 1905, et se réalise ainsi selon des critères classiques que sont le genre et le degré de visibilité de la maladie mentale. Au sein du premier bâtiment (*Vorderhaus*), l'espace est majoritairement consacré à la recherche (on y trouve notamment le laboratoire, l'unité de radiologie, ainsi que la bibliothèque) et à l'enseignement (avec la présence d'un amphithéâtre). C'est également dans ce premier bâtiment qu'on trouve la polyclinique et les services de neurologie. Le deuxième bâtiment (*Hinterhaus*) abrite quant à lui l'unité de psychothérapie, l'unité de soins infantiles, ainsi que deux services psychiatriques. Quant aux services fermés de psychiatrie – qui accueillent les patients les plus agités – ils se trouvent dans les deux pavillons situés les plus au Nord (*Villen*), au plus loin de l'entrée principale du bâtiment ; l'un étant réservé aux femmes, l'autre aux hommes. Cette répartition spatiale, qui trouve en partie son origine dans la conception même du bâtiment au début du XX^e siècle, se fait ainsi selon des lignes de partage guidées par des critères classificatoires, en lien avec la « visibilité » de la maladie.

Selon cette même logique, suivant le service auquel il appartient, le patient évolue dans un espace déterminé et est soumis à un régime disciplinaire plus ou moins contraignant. Plus l'on s'éloigne de l'entrée principale, plus le régime disciplinaire auquel est soumis le patient se fait strict, et plus son espace de vie se fait restreint et clos. Ainsi, au sein des services de psychiatrie fermés, au début des années 1960, les patients ne portent pas leurs vêtements personnels mais un habit aux rayures bleues et blanches, « sans ceinture, sans cordon, pour qu'ils ne s'étranglent pas ou qu'ils ne fassent pas d'autres conneries » comme le précise C. H., qui commence à travailler en 1961 en tant qu'infirmière au sein du service fermé pour femmes³⁸⁷. Contrairement à cette situation, dans le service de psychothérapie, qui accueille des patients atteints de névroses, ces derniers portent leurs propres vêtements dès son ouverture, en 1959. La stigmatisation qui touche les patients – et qui peut se traduire de manière visible par le port d'un uniforme – se fait donc de manière différenciée selon le service auquel ces derniers appartiennent. Cette situation se transforme cependant rapidement, le port de l'uniforme étant supprimé dès les premières années de la décennie que nous étudions³⁸⁸. Dans la même logique de différenciation disciplinaire, alors qu'au sein du service de psychothérapie, les affaires personnelles des patients ne sont pas soumises à un contrôle particulier, les règles sont tout à fait différentes dans les *Villen*³⁸⁹. Voici la description qu'en

³⁸⁷ Entretien avec C.H., le 26 février 2014 à Berlin.

³⁸⁸ D'après R.D., qui commence à travailler à la clinique en 1963 en tant que médecin, les patients ne portaient déjà plus d'uniforme à son arrivée. Entretien avec R.D., le 2 avril 2014 à Berlin.

³⁸⁹ Pour ce qui est des services de psychothérapie, voir l'entretien mené avec E.S., qui a travaillé comme psychologue au sein de ces services tout au long des années 1960. Entretien avec E.S., le 11 mars 2014 à Berlin.

donne C. H. :

« Toutes les choses étaient contrôlées, rasoirs, petits ciseaux, coupe-ongles, tout était retiré, tout ce qui pouvait être un peu dangereux. Les patients n'avaient pas de vaisselle en porcelaine, tout en plastique et pas de couteaux. Et pas de fourchettes, que des cuillères. Le service n'était pas du tout décoré, les vases et les pots de fleurs, ils auraient volé là-bas. Tout était donc très très triste. »³⁹⁰

Comme en témoigne cette description, au sein des services fermés, le contrôle opéré sur les patients se fait particulièrement pesant. Dans ces services, on trouve encore à cette époque des cellules capitonnées ainsi que des barreaux aux fenêtres. D'après les dires mêmes du directeur, en 1960, les services fermés de la clinique sont « extraordinairement arriérés »³⁹¹. Leur rénovation lui apparaît donc comme absolument indispensable, afin de correspondre aux « exigences modernes »³⁹². D'après les mesures prévues pour l'année 1964, les services 7 et 8 doivent faire l'objet d'une rénovation totale, comportant une modification des fenêtres à barreaux³⁹³. Concernant la vie quotidienne des patients, des modifications importantes sont également opérées : outre la suppression de l'uniforme, des couverts sont par exemple progressivement introduits³⁹⁴. Au sein de ces services, les années 1960 voient ainsi se mettre en place un processus de normalisation de l'environnement psychiatrique auquel est associé un certain assouplissement des pratiques disciplinaires.

Les autres services psychiatriques de la clinique ne sont pas exempts de modifications importantes durant cette période, ayant trait notamment aux pratiques de cloisonnement. Tout comme de nombreux établissements psychiatriques allemands et européens, la clinique de la Charité connaît alors un assouplissement de ces pratiques. Plusieurs services psychiatriques passent ainsi en régime semi-ouvert, comme le service n°3 ou le service n°6³⁹⁵. D'après un bilan dressé en 1967, « de manière générale, l'ouverture partielle du service n°3 n'a pas

³⁹⁰ « An Sachen wurde alles kontrolliert, ob Rasier, Klinschären, Nagel, det wurde alles abgenommen, alles was ein bisschen gefährlich war. Die Patienten haben kein Geschirr aus Porzellan gekriegt, allet aus Plastik und keine Messer. Und keine Gabeln, nur Löffel. Ausgeschmückt war die Station überhaupt nicht, da wären die Vasen und Blumentöpfen und det wär durch die Gegend geflogen. Es war also alle sehr sehr triste. ». Entretien avec C.H., le 26 février 2014 à Berlin.

³⁹¹ « Diese Abteilungen [7 et 8] sind in einem – ich übertreibe hier nicht – ausserordentlich rückständigen Zustand. Es finden sich hier Zellenräume, Fensteranlage, wie man sich in einer Klinik, die einigermaßen auf der Höhe der Zeit sein möchte, keinesfalls mehr zu sehen bekommt. » HPAC, B IV 11, Begründung zum Vorschlag des Haushaltsplanes 1961 der Nervenlinik der Charité, 16 juin 1960.

³⁹² *Ibid.*

³⁹³ HPAC, B IV 11, Baumaßnahmen der Nervenlinik geplant für 1964.

³⁹⁴ Entretien avec C.H., le 26 février 2014 à Berlin.

³⁹⁵ HPAC, BIV 9, lettre du docteur S. à K. Leonhard concernant l'ouverture partielle du service n° 3, en date du 11 mai 1967 ; lettre du docteur S. au responsable du secteur administratif III concernant l'ouverture partielle du service n° 6, en date du 15 mars 1967.

alourdi mais plutôt allégé le travail du personnel soignant »³⁹⁶. Ce service se compose désormais d'une section « ouverte », où, à la différence de la section « fermée », la circulation des patients se fait plus libre et le règlement assoupli (les effets personnels ne sont pas contrôlés lors de l'admission, il n'y a pas de contrôle du courrier). En cas de transfert d'un patient de l'une à l'autre de ces sections, le régime disciplinaire auquel il est soumis se transforme aussi radicalement³⁹⁷. Au sein de ce service, la gestion des patients peut ainsi s'effectuer à travers leur déplacement spatial, de la section « ouverte » à la section « fermée », ou inversement. D'après ce rapport daté de 1967, l'ouverture partielle du service est ressentie par de nombreux patients de manière positive³⁹⁸. Lors des sorties de patients qui sont autorisés à quitter le service de manière temporaire, on ne constate pas de débordements « malgré les moindres possibilités de contrôle par le personnel »³⁹⁹. Si les régimes disciplinaires diffèrent, selon les services, et à l'intérieur d'un seul et même service, la circulation des patients reste toutefois systématiquement soumise à l'approbation de l'équipe médicale, que les patients se trouvent en psychiatrie comme en psychothérapie. Reste que cette ouverture des services traduit bien une nouvelle conception de la pratique psychiatrique, qui se développe au cours des années 1960 : le temps n'est définitivement plus au cloisonnement total, à l'isolement des patients, mais plutôt à l'ouverture de l'espace psychiatrique sur l'extérieur.

Au cours des années 1960, parallèlement à ce processus d'ouverture, on voit également se développer une tendance à la fragmentation de l'espace psychiatrique : d'après les projets de restructuration de cette époque, le nombre de lits présents dans les chambres de patients doit être réduit au sein des services psychiatriques semi-ouverts (3 et 6)⁴⁰⁰. En 1967, on y trouve encore des chambres contenant dix lits (tout comme au sein des services fermés), ce sont elles qu'il s'agit alors de diviser. En guise de comparaison, les chambres du service de psychothérapie comportent en général entre 4 et 6 lits. Cette différence s'explique notamment par le caractère plus récent de ce service. S'inscrivant dans cette logique de fragmentation spatiale apparaissent des revendications visant à offrir plus d'intimité au patient. En 1966, une demande est ainsi déposée par un médecin-chef afin que les bureaux des médecins des services psychiatriques 6 et 7 soient équipées d'une double porte⁴⁰¹. Jusqu'à présent, ces bureaux – au sein desquelles ont lieu des entretiens thérapeutiques – ne disposaient que d'une simple porte en bois, ce qui n'exclut pas la possibilité que d'autres patients puissent entendre

³⁹⁶ HPAC, BIV 9, lettre du docteur S. à K. Leonhard concernant l'ouverture partielle du service n° 3, en date du 11 mai 1967.

³⁹⁷ *Ibid.*

³⁹⁸ *Ibid.*

³⁹⁹ *Ibid.*

⁴⁰⁰ HPAC, B IV 11, Baumaßnahmen für die NK geplant für 1967.

⁴⁰¹ HPAC, B IV 11, lettre du docteur S. adressée au directeur du secteur administratif III, 24 juin 1966.

ce qu'il s'y dit. Pour ce médecin, ce manque d'intimité « n'est pas acceptable, que ce soit pour des raisons humaines, juridiques ou thérapeutiques »⁴⁰². Dans ces entretiens sont souvent évoquées « des choses plus intimes, qui n'ont pas à être connues même par le personnel soignant »⁴⁰³. Ici, on perçoit bien dans quelle mesure cette réorganisation spatiale – qui consiste à renforcer la fragmentation de l'espace psychiatrique, en isolant un peu plus l'espace réservé aux consultations médicales – illustre un changement de conception dans la relation patient / médecin. Les entretiens avec le médecin doivent se faire dans un espace plus discret où les parents du patient peuvent être également entendus. Cette tendance se retrouve dans d'autres établissements européens, comme au sein de l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann de Bruxelles (dès les années 1950, des séances d'entretien y sont organisées en dehors des dortoirs⁴⁰⁴).

Finalement, l'espace psychiatrique des années 1960 – tel qu'il existe à la Charité – apparaît comme un espace définitivement hétérogène et en constante restructuration. Au cours des années 1960, au sein de la clinique, le régime disciplinaire varie non seulement dans l'espace mais aussi dans le temps. L'isolement spatial des services fermés – au sein desquels le degré de visibilité de la maladie mentale se fait plus élevé – traduit quant à lui une certaine continuité dans la conception et l'organisation de l'espace psychiatrique. Après avoir présenté l'organisation spatiale de la clinique et son évolution au cours des années 1960, il s'agit désormais de se pencher sur les thérapies qui y sont pratiquées.

3. Thérapies et psychothérapies

En ce qui concerne les traitements réalisés au sein de la clinique, il convient de distinguer les services de psychiatrie et ceux de psychothérapie. Alors qu'au sein des premiers est pratiquée une psychiatrie somme tout classique pour l'époque, les seconds voient la mise en place d'une forme particulière de traitement psychothérapeutique, désignée par Karl Leonhard sous le nom de « thérapie individualisée » (*Individualtherapie*) et qui s'adresse essentiellement aux patients souffrant de névroses. Si les considérations théoriques diffèrent, cette thérapie se rapproche à bien des égards des thérapies comportementales pratiquées à l'Ouest à la même époque. Au sein du paysage psychothérapeutique est-allemand, elle se distingue de la plupart des thérapies pratiquées qui relèvent plutôt de thérapies de groupe.

⁴⁰² *Ibid.*

⁴⁰³ *Ibid.*

⁴⁰⁴ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 63.

3.1 La thérapie individualisée

Développée par Karl Leonhard et son équipe, la thérapie individualisée s'appuie sur un diagnostic différencié visant à adapter au plus près la forme du traitement au mal dont souffre le patient. Comme le montrent ses travaux sur les psychoses endogènes, Karl Leonhard fait partie des psychiatres pour lesquels la maladie mentale se fait éminemment plurielle, ce qui se traduit par l'élaboration d'un système classificatoire extrêmement détaillé. Pour Karl Leonhard, il n'y a pas une mais de nombreuses formes de maladies mentales, qu'il convient avant toute chose d'identifier, par une observation clinique extrêmement fine. La thérapie individualisée, pratiquée au sein du service de psychothérapie, s'inscrit tout à fait dans cette logique de classification et de différenciation des maladies mentales. Voici la manière dont Karl Leonhard la définit en 1963 :

« Avec la notion d'individualité, je ne fais pas référence à la personne dans son individualité – il va sans dire que le traitement, pour chaque personne, doit partir de son destin individuel – mais je fais référence à la forme individuelle de la névrose, qui dépend de l'individualité, c'est-à-dire de la structure de la personnalité de la personne malade. »⁴⁰⁵

D'après Leonhard, la forme de la névrose est en règle générale bien plus déterminée par « la structure interne » du patient que par des événements extérieurs⁴⁰⁶. Il se distingue ici de la conception sur laquelle s'appuient les thérapies comportementales qui considère la névrose comme une réaction conditionnée, l'environnement extérieur jouant un rôle central dans la formation des comportements. Dans une perspective opposée, d'après Karl Leonhard, c'est la personnalité de l'individu qui constitue un élément déterminant dans la genèse de la névrose ; elle doit donc être saisie par le thérapeute avant l'établissement de tout diagnostic précis. Comme il le résume, il faut savoir avec précision « quelle personne on a devant soi, pour pouvoir la traiter avec justesse dans ses réactions et évolutions maladives »⁴⁰⁷. L'emploi du concept de personnalité s'inscrit dans une tendance globale de la psychiatrie des années 1960, qui vise à une extension de ses domaines d'intervention. Comme le souligne l'historien Benoit Majerus au sujet du psychiatre belge Paul Sivadon, « avec le concept de personnalité, il étend le champ d'investigation du psychiatre qui s'intéresse dès lors non seulement à la

⁴⁰⁵ « Mit dem Begriff des Individuellen nehme ich demnach nicht Bezug auf den einzelnen Menschen – daß die Behandlung bei jedem Menschen von seinem Einzelschicksal ausgehen muss, ist, wie gesagt, selbstverständlich – sondern ich nehme Bezug auf die Individualform der Neurose, die von der Individualität, d.h. Persönlichkeitsstruktur, des kranken Menschen abhängig ist ». Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie der Neurosen*, Iéna, Gustav Fischer Verlag, 1963, p. 12.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 11.

⁴⁰⁷ « Man muß schon genauer wissen, welchen Menschen man vor sich hat, um ihn in seinen krankhaften Reaktionen und Entwicklungen richtig behandeln zu können. ». *Ibid.*, p. 13.

maladie, à la pathologie, qui est épisodique, mais également à des éléments plus durables »⁴⁰⁸. Cette analyse peut tout à fait être appliquée au modèle explicatif avancé par Karl Leonhard, au sein duquel la personnalité du patient joue un rôle central dans la naissance et l'évolution de la maladie. Ainsi, si elles ne sont pas totalement laissées pour compte, les éventuelles causes exogènes de la maladie mentale sont ici reléguées au second plan au profit d'une attention accrue à ce qui fait la personnalité du patient.

Pour définir les contours exacts de la névrose, il convient donc de saisir avec précision la personnalité du patient, et ce à travers une observation clinique détaillée. Selon Leonhard, « en règle générale, on ne perce à jour la névrose seulement si l'on a également percé à jour la nature de l'homme névrosé »⁴⁰⁹. Dans la plupart des cas qui sont traités au sein du service de psychothérapie, la dénomination de la névrose s'accompagne ainsi d'une caractérisation de la personnalité du patient. Voici quelques exemples de diagnostics (face auxquels on se heurte parfois aux limites de la traduction) : évolution sensohypochondriaque⁴¹⁰ chez une personnalité cyclothymique avec des traits hystériques ; évolution psychohypochondriaque⁴¹¹ et ablutiomanie chez une personnalité pointilleuse, angoissée et hyperobstinée ; névrose obsessionnelle dans le cadre d'une névrose psychohypochondriaque chez une personnalité hyperobstinée et hyperactive ; phobie cardiaque chez une personnalité hyperactive et hyperobstinée avec des traits pointilleux⁴¹².

Une fois que le diagnostic est posé – ce qui constitue une étape préalable déterminante –, la thérapie individualisée proposée par Karl Leonhard et son équipe se compose d'une part de discussions thérapeutiques, déterminées par la « structure de la personnalité » du patient. Ainsi, selon cette approche, si faire appel à la volonté du patient a du sens quand il s'agit d'une personnalité hystérique, cela n'en a aucun si l'on a affaire à une personnalité anancastique⁴¹³, qu'il conviendra au contraire de rassurer⁴¹⁴. D'autre part, cette thérapie s'articule autour de

⁴⁰⁸ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 191.

⁴⁰⁹ « Man durchschaut daher die Neurose in der Regel erst dann, wenn man auch die Wesensart des neurotischen Menschen durchschaut hat. » Karl Leonhard, *Individualtherapie...*, *op.cit.*, p. 12.

⁴¹⁰ D'après Karl Leonhard, une névrose est « idéohypochondriaque » (*ideohypochondrisch*), « quand la maladie se trouve dans l'idée, dans la peur ou dans la conviction » ; elle est « psychohypochondriaque » (*sensohypochondrisch*), « quand elle s'accompagne de sensations subjectives biaisées ». Karl Leonhard, « Unterscheidung der ideohypochondrischen und der sensohypochondrischen Neurose », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 117.

⁴¹¹ *Ibid.*

⁴¹² Respectivement : HPAC, F 597/63 (*sensohypochondrische Entwicklung bei zyklotyper Persönlichkeit mit hysterischen Zügen*) ; HPAC, M 350/67 (*ideohypochondrische Entwicklung und Waschzwang bei übergenuer, ängstlicher und übernachtlicher Persönlichkeit*) ; HPAC, M 325/66 (*Zwangsgrübeln im Rahmen einer ideohypochondrischen Neurose bei übergenuer und überlebhafter Persönlichkeit*) ; HPAC, F 554/65 (*Kardiophobie bei überlebhafter und übernachtlicher Persönlichkeit mit übergenuen Zügen*).

⁴¹³ Un état anancastique est « un état dans lequel on se sent forcé de penser, d'agir ou de sentir contre son gré. Ce sentiment accompagne tout particulièrement les compulsions, les phobies et les obsessions. » Jacques Postel (dir.), *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris, Larousse, 2006, p. 28.

⁴¹⁴ Karl Leonhard, *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 16.

quatre concepts-clés : distraction (*Ablenkung*), attribution de charges (*Belastung*), accoutumance (*Gewohnung*) et rééducation (*Umerziehung*). En ce qui concerne les patients atteints de phobies et de troubles obsessionnels, ils sont ainsi confrontés aux situations qui les angoissent, quelles qu'elles soient, dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique étroit (accoutumance et rééducation). À un patient ayant une peur phobique de franchir des ponts, on prescrit par exemple des exercices pratiques, au cours desquels la présence du thérapeute se fait de plus en plus discrète (ce patient doit généralement franchir des ponts de plus en plus longs, en étant tout d'abord accompagné par un psychologue, puis par d'autres patients, jusqu'à pouvoir le faire seul et sans angoisse)⁴¹⁵. La rééducation passe ainsi par la confrontation directe de l'individu avec ce qui suscite l'angoisse, et se réalise *in vivo*. Les patients diagnostiqués comme étant hypochondriaques pratiquent quant eux une activité sportive régulière, afin de détourner leur attention de leur corps (distraction et rééducation). Dans le cadre de l'ergothérapie (*Arbeitstherapie*), les patients peuvent aussi être sollicités pour accomplir des tâches diverses allant du jardinage à la peinture, en passant par des tâches de secrétariat ou de nettoyage des services (attribution de charges)⁴¹⁶. D'une manière générale, chaque patient reçoit un emploi du temps détaillé, qui comporte des exercices pratiques visant à maîtriser sa névrose ; le temps du patient se fait dès lors très ritualisé⁴¹⁷.

D'après Karl Leonhard, dans le cadre de cette thérapie individualisée, le patient doit « participer activement » au processus de guérison. Il doit apprendre :

« comment [sa] maladie est apparue, comment on peut la supprimer et s'en protéger à l'avenir. [...] [Le patient] doit constater directement, qu'il aurait déjà pu prévenir sa névrose par un comportement qui le guérit désormais ; il reçoit ainsi le moyen, de s'en protéger à l'avenir. »⁴¹⁸

Cette conception – qui fait du patient un acteur dans le processus de guérison – s'inscrit dans une tendance globale de la psychiatrie des années 1960. À cette époque, « le dépassement de la maladie commence à être considéré comme n'étant pas seulement de la

⁴¹⁵ Voir la description de quelques procédures thérapeutiques concernant les phobies et les névroses d'obsession dans : Hansgeorg Schmieschek, « Praxis der Individualtherapie bei den Phobien (außer den Nosophobien) und Zwangsneurosen », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 27-36.

⁴¹⁶ En 1969, ce sont plus de 17 000 heures de travail qui sont effectuées par les patients des services de psychothérapie. HPAC, B IV 9, Arbeitsleistung der Patienten der Station 5 und 9 – 1969, 31 décembre 1969.

⁴¹⁷ Pour une description des méthodes thérapeutiques employées, voir : Elen Sitte, « Erfahrungen mit der Individualtherapie nach Leonhard », *op. cit.*. Voir également dans le même ouvrage la contribution de Klaus-Jürgen Neumärker, « Die "Individualtherapie der Neurosen" von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité Berlin », *op. cit.*.

⁴¹⁸ « Bei meiner Art der Therapie sollen die Patienten dagegen lernen, wie ihre Krankheit entstand, wie man sie beseitigen konnte und in Zukunft verhüten kann. [...] Er soll direkt sehen, daß er durch ein Verhalten, das ihn jetzt heilt, seine Neurose schon hätte verhüten können ; er bekommt so die Mittel in die Hand, sie in Zukunft zu verhüten. » Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 17.

responsabilité du médecin mais nécessitant la participation active du patient »⁴¹⁹. La thérapie individualisée de Leonhard correspond tout à fait à cette nouvelle perception du patient. Dans cette perspective, Karl Leonhard rejette « tout ce que le patient n'a à accepter que de manière passive », comme l'hypnose, les méthodes de suggestion ou encore la prise de médicaments⁴²⁰. Dans ce cadre thérapeutique, les proches du patient, qu'il s'agisse de parents ou de collègues de travail, sont souvent associés au processus de traitement et invités à la clinique afin de mener des entretiens avec l'équipe soignante. S'ils ne peuvent se déplacer, l'assistante sociale qui appartient au « collectif thérapeutique », peut éventuellement se déplacer afin de prendre la mesure de la situation sur place.

Au sein des services de psychothérapie, la durée du séjour se fait variable. En ce qui concerne les patients traités en 1959 et 1960, selon le diagnostic posé, la durée moyenne du séjour varie grandement et peut ainsi atteindre 241 jours (soit environ 8 mois) pour les patients atteints de bégaiement névrotique (*Stotterneurose*)⁴²¹. Pour les cas les plus courants, c'est-à-dire les névroses dites hypochondriaques qui représentent près de la moitié des cas traités lors des deux premières années, la durée moyenne du séjour correspond à une soixantaine de jours⁴²². Après sa sortie, le patient est invité à se présenter dans le cadre d'un suivi ambulatoire, pour faire le bilan avec le thérapeute qui l'a suivi. Comme l'explique E.S., qui a travaillé en tant que psychologue au sein de ces services,

« Nous avons un œil sur la façon dont les personnes se retrouvaient effectivement dans leur vie. Dans leur cercle familial et dans leur vie professionnelle. [...] Nous attachions de la valeur à ce qu'ils retournent à nouveau à une vie tout à fait normale et agréable au quotidien, et qu'ils y fassent à nouveau leurs preuves, en fait ce qu'ils avaient appris chez nous, qu'ils sachent aussi l'appliquer là-bas. »⁴²³

Généralement, le patient est invité à se présenter à la clinique quelques semaines après sa sortie. Pour certains d'entre eux, le contact est maintenu au-delà d'une année. La fin du séjour en psychothérapie ne correspond donc pas à une sortie définitive hors du champ d'action de la clinique. Par les visites de contrôle, les thérapeutes continuent bien à « garder

⁴¹⁹ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 160.

⁴²⁰ Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 17.

⁴²¹ Bärbelies Bergmann, « Erfolgsstatistik der Individualtherapie », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 261-283, ici p. 265.

⁴²² D'après les chiffres avancées en 1963, les névroses hypochondriaques représentent environ 48 % des cas traités en 1959 et 1960 par la thérapie individualisée (209 sur 436 cas en 1959 et 1960 soit environ 48 %).

⁴²³ « Wir hatten ein Auge drauf, wie die Leute dann tatsächlich wieder in ihr Leben zurückkommen. In ihren Familienumkreis und ins Arbeitsleben. [...] Wir legten Wert darauf, dass sie also in täglicher Hinsicht wieder in ein ganz normales angenehmes Leben zurückkehren und dort auch sich wieder bewähren, also das, was sie bei uns gelernt hatten, dass sie das dort auch anzuwenden verstehen. » Entretien avec E. S., le 11 mars 2014 à Berlin.

un œil » sur la vie du patient. Le suivi ambulatoire permet également de juger de l'efficacité du traitement, au-delà de la sortie du patient. En 1963, dans un ouvrage consacré à la thérapie individualisée, Karl Leonhard et son équipe proposent ainsi des résultats statistiques, ce qui est loin d'être courant dans ce domaine⁴²⁴. Ils concernent les patients qui ont suivi un traitement psychothérapeutique en 1959 et 1960, et qui ont été reçus à la clinique, un, deux ou trois ans après leur sortie. Pour les psychiatres et les psychothérapeutes, constater une guérison n'est pas aussi simple que pour d'autres praticiens du corps médical, du fait notamment des contours flous de la maladie mentale. C'est ce qui explique un certain scepticisme dans ces disciplines vis-à-vis du concept même de guérison et face à la production de données statistiques. Dans cet ouvrage, publié en 1963, l'objectif de la guérison est cependant bien proclamé. D'après Leonhard, « chaque névrose est curable » et la psychothérapie, comme toute autre discipline médicale, doit être en mesure de prouver le succès de ses traitements par des résultats statistiques⁴²⁵. Apporter des données chiffrées permettrait ainsi d'inscrire la pratique psychothérapeutique dans un champ de scientificité médicale. Il convient cependant de s'arrêter sur les critères d'appréciation avancés dans cet ouvrage. Voici la façon dont ils sont explicités par Karl Leonhard :

« Pour le succès de la thérapie, il faut cependant qu'à l'avenir le patient s'en sorte dans la vie malgré sa nature et ne retombe pas à nouveau dans une névrose. Cela vaut aussi pour les cas, que je considère comme guéris "en pratique", qui ne se sentent eux-mêmes pas encore complètement sains, mais qui mènent une vie à nouveau normale. »⁴²⁶

Karl Leonhard poursuit plus loin :

« Il n'est pas particulièrement nécessaire de souligner, que sous le terme de guérison est également entendue la restauration de la capacité de travail. Un malade, qui après sa sortie ne retourne pas à un travail complet, n'est pas guéri, à moins qu'il n'exerce pas de métier pour des raisons purement extérieures ou pour une raison physique. »⁴²⁷

Ainsi, pour qu'un ancien patient soit considéré comme « guéri », il faut qu'il ait

⁴²⁴ Bärbelies Bergmann, *op. cit.*, p. 261-283.

⁴²⁵ Karl Leonhard, « Erfolgsstatistik in der Psychotherapie », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 255.

⁴²⁶ « Zum Erfolg der Therapie gehört allerdings, daß der Patient in Zukunft trotz seiner Wesenart mit dem Leben fertig wird und nicht wieder in eine Neurose verfällt. Das gilt auch für die Fälle, die ich als "praktisch" geheilt ansehe, die sich selbst noch nicht völlig gesund fühlen, aber doch wieder normal im Leben stehen. » *Ibid.*, p. 257.

⁴²⁷ « Daß unter Heilung außerdem Wiederherstellung der vollen Berufstätigkeit verstanden wird, braucht kaum eigens betont zu werden. Ein Kranker, der nach der Entlassung nicht in eine volle Arbeitsstelle zurückkehrt, ist nicht geheilt, es sei denn, daß er aus rein äußeren Gründen oder auch aus einer körperlichen Ursache keinen Beruf ausübt. » *Ibid.*, p. 257.

retrouvé une « vie normale », qu'il « s'en sorte dans la vie ». D'après Karl Leonhard, ces critères se vérifient notamment au travers de la réinsertion du patient dans une activité professionnelle. Le critère subjectif apparaît alors comme secondaire : si un ancien patient a retrouvé pleinement sa vie professionnelle, il sera considéré comme guéri, qu'il soit du même avis ou non. Dans ce cas, la parole de l'ancien patient est bien mise au second plan et dévalorisée par rapport à l'expertise médicale. Dans une logique inverse, on ne peut constater une guérison totale si l'individu concerné n'exerce pas une activité professionnelle normale. Le critère du « retour au travail » constitue un élément extrêmement important dans le cadre statistique avancé par l'équipe de Karl Leonhard. Cet élément ne s'explique pas seulement par le caractère central du travail au sein de la société de RDA, mais semble s'inscrire plus généralement dans une tendance de la psychiatrie des années 1960 et 1970, au sein de laquelle la réinsertion dans la vie sociale, la réadaptation au travail deviennent les objectifs à atteindre ; la « guérison sociale » prenant donc le pas sur une « guérison totale »⁴²⁸. C'est également l'objectif avancé par les « thèses de Rodewisch », selon lesquelles l'objectif des thérapies menées au sein des établissements psychiatriques doit bien être avant tout « la réinsertion du patient au sein de la société »⁴²⁹.

Les résultats présentés dans l'ouvrage de 1963 s'inscrivent tout à fait dans cette perspective, et reflètent également une persistance de la dévalorisation de la parole du patient. D'après les données présentées, 64,1% des anciens patients sont « en bonne santé »⁴³⁰. Si 29,5% des anciens patients n'ont pas l'impression d'être complètement guéris (*subjektiv nicht völlig geheilt*), ils sont tout de même comptabilisés comme illustrant les « résultats positifs du traitement »⁴³¹, dans la mesure où une grande majorité d'entre eux exercent une activité professionnelle complète (l'inactivité professionnelle des autres s'expliquant par des raisons extérieures)⁴³². Dans 93,6% des cas, la thérapie présente donc des « résultats positifs ». On voit bien ici dans quelle mesure le retour au travail passe avant le sentiment du patient

⁴²⁸ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 208.

⁴²⁹ « Thèses de Rodewisch », version publiée dans la revue *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, 11(1), 1965, p. 61-63, ici p. 61.

⁴³⁰ D'après le tableau de résultats, 55,3% des anciens patients sont considérés « en bonne santé et ayant une activité professionnelle complète » (*gesund und voll in Berufsarbeit*) et 8,8 % d'entre eux sont considérés comme « en bonne santé et n'ayant pas ou pas complètement d'activité professionnelle uniquement pour des raisons externes ou somatiques » (*gesund und nur aus äußeren oder körperlichen Gründen nicht oder nicht voll in Berufsarbeit*). La somme de ces deux groupes correspond aux anciens patients considérés comme « en bonne santé ». Bärbelies Bergmann, *op. cit.*, p. 283.

⁴³¹ *Ibid.*, p. 275.

⁴³² Les groupes 2 et 3 sont désignés par les formulations suivantes : « subjectivement pas complètement guéris mais ayant une vie professionnelle complète » (*subjektiv nicht völlig geheilt aber voll in Berufsarbeit*), « subjectivement pas complètement guéris et n'ayant pas une vie professionnelle complète uniquement pour des raisons externes ou physiques » (*subjektiv nicht völlig geheilt, aber nur aus äußeren oder körperlichen Gründen nicht voll in Berufsarbeit*). Bärbelies Bergmann, *op. cit.*, p. 274-275 et p. 283.

concernant son état de santé. Dans cette logique, seuls 6% environ des anciens patients présentent un résultat considéré comme négatif.

En 1970, une deuxième expertise relative à la thérapie individualisée est publiée au sein de l'unique revue spécialisée de RDA (*Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*)⁴³³. Elle est rédigée par deux psychologues de la clinique. Cette étude concerne deux groupes de patients : ceux traités entre 1959 et 1960 (qui étaient déjà au cœur de la première publication) et ceux traités entre 1961 et 1963. Concernant le premier groupe, des visites de contrôle sont réalisées en 1966 et 1967 auprès de 301 de ces anciens patients (ce qui correspond à plus de 65% des patients traités), soit 7 ans environ après leur séjour à la clinique. Pour 93,7% d'entre eux, on peut parler « en substance d'une guérison » (*im wesentlichen von einer Heilung*)⁴³⁴. D'après cet échantillon, on constate ainsi une augmentation de la part de résultats positifs de l'ordre de 0,1%. Concernant les patients ayant été traités entre 1961 et 1963, les résultats sont comparables puisque 92,6% d'entre eux appartiennent à cette catégorie présentant des résultats positifs, que le patient se sente complètement guéri ou non. Selon les résultats avancés par cette deuxième expertise, sur les 885 patients ayant réalisé une thérapie individualisée entre 1959 et 1963 et s'étant présentés par la suite à une visite de contrôle, plus de 90% d'entre eux peuvent être considérés « dans la pratique comme guéris » (*im wesentlichen gesund*). Ces résultats permettent ainsi aux auteurs de souligner les effets bénéfiques et durables de la thérapie individualisée. D'après ces psychologues, ils corroborent également la conception de Karl Leonhard selon laquelle on peut potentiellement guérir toute névrose.

Au cours des années 1960, les services de psychothérapie de la clinique de la Charité se caractérisent ainsi par la mise en place de cette thérapie particulière, par laquelle – en s'appuyant sur la publication de résultats chiffrés – on cherche à inscrire la clinique et sa pratique dans une certaine forme de scientificité médicale. Globalement, l'originalité de cette thérapie réside dans la « systématisation du diagnostic, qui se compr[end] à la fois comme différenciation étiologique et directive d'action »⁴³⁵. Ce qui donne à la thérapie individualisée de Karl Leonhard un caractère innovant, c'est bien le « processus herméneutique » au travers duquel on aboutit – à partir de l'établissement du diagnostic et parmi un éventail de méthodes – à un procédé thérapeutique spécifique et adapté à la névrose⁴³⁶. Quand on se penche sur les pratiques thérapeutiques employées, on constate un certain nombre de parallèles entre la

⁴³³ U. Pose, H. Schmieschek, « Zweite Erfolgsstatistik der Individualtherapie der Neurosen », in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 1970, 22 (10), p. 390-399.

⁴³⁴ Il s'agit des anciens patients qui appartiennent aux quatre premiers groupes précédemment cités. *Ibid.*, p. 394.

⁴³⁵ Henry Malach, *Die Individualtherapie Karl Leonhards...*, op. cit., p. 100.

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 100.

thérapie individualisée de Karl Leonhard et les thérapies comportementales pratiquées aux États-Unis et au Royaume-Uni notamment. Si le cadre théorique diffère, notamment en ce qui concerne la définition de la névrose, les procédés thérapeutiques sont tout à fait comparables, particulièrement dans le cas des maladies obsessionnelles (*Zwangserkrankungen*), où le patient se voit rapidement confronté à la situation qui déclenche l'obsession⁴³⁷. L'exposition du patient *in vivo* constitue l'une des particularités de la thérapie individualisée, et elle anticipe même à cet égard les développements ultérieurs de la thérapie comportementale britannique⁴³⁸. La pratique psychothérapeutique de la Charité s'inscrit ainsi pleinement dans les développements les plus récents de cette discipline à l'échelle mondiale.

3.2 Une psychiatrie classique pour l'époque ?

Au sein des services de psychiatrie, où un large panel de patients est accueilli, les thérapies mises en place relèvent d'une pratique plus classique. Contrairement aux services de psychothérapie qui traitent essentiellement des individus souffrant de névrose, ces services accueillent des patients aux diagnostics variés, de la dépression à la schizophrénie, en passant par toutes les formes de psychoses. Globalement, dans ces services, le degré de visibilité de la maladie mentale se fait plus élevé qu'au sein des services de psychothérapie, notamment quand on se dirige vers les services fermés.

3.2.1 Psychiatrie et médicaments

Contrairement à la pratique inhérente aux services de psychothérapie, l'utilisation de médicaments est courante au sein des services de psychiatrie de la clinique. À ce sujet, il convient de rappeler certaines caractéristiques du marché des médicaments en RDA, qui ont une influence directe sur leur diffusion et leur consommation. En RDA, et contrairement aux pays occidentaux, le marché des médicaments n'est pas soumis à l'offre et à la demande mais est régulé par l'État, organisé de manière centralisé et soumis à la planification⁴³⁹. Dans ce domaine, la politique du ministère de la Santé vise à la fois à réduire au strict nécessaire les médicaments mis sur le marché, et à limiter les importations de produits provenant des pays capitalistes, en privilégiant une production est-allemande ou issue du Bloc de l'Est

⁴³⁷ *Ibid.*, p. 90.

⁴³⁸ *Ibid.*, p. 100.

⁴³⁹ Volker Hess, « Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte », *op. cit.* ; Volker Hess, « Beyond the Therapeutic Revolution : Psychopharmaceuticals Crossing the Berlin Wall », *op. cit.* ; Ulrike Klöppel, Viola Balz, « Psychopharmaka im Sozialismus... », *op. cit.*

(*Störfreimachung*). Ces éléments expliquent la moindre disponibilité de produits pharmaceutiques en RDA, ce qui concerne également les médicaments neuroleptiques, qui font leur apparition dans le champ psychiatrique dès le début des années 1950. Si elle ne se fait pas sans résistance, l'introduction des neuroleptiques a une influence considérable sur l'évolution de la pratique psychiatrique dans la seconde moitié du XX^e siècle, les espoirs se font alors doubles : « d'une part disposer d'un outil thérapeutique similaire aux autres branches médicales, d'autre part "guérir" les patients »⁴⁴⁰.

En ce qui concerne la position de Karl Leonhard face à l'utilisation de cette nouvelle psychopharmacologie, elle se fait plutôt réservée. Le directeur de la clinique ne s'intéresse pas particulièrement aux nouvelles thérapies médicamenteuses, déléguant la responsabilité dans ce domaine à des médecins plus jeunes⁴⁴¹. À cet égard, il ne se distingue pas de la plupart des professeurs de sa génération, pour lesquels le développement de la psychopathologie reste primordial⁴⁴². Alors qu'au cours des années 1960, les psychiatres réformateurs de RDA, autour d'Ehrich Lange notamment, plaident pour une utilisation de la psychopharmacologie dans un but thérapeutique, afin de lutter contre les symptômes ; la plupart des professeurs de psychiatrie – à l'image de Karl Leonhard – se font plutôt réticents. Ces derniers privilégient une approche où le diagnostic reste premier, la prescription éventuelle de substances psychotropes ne devant intervenir qu'après cette première étape (la prise de médicaments risquant de brouiller l'évolution « naturelle » de la maladie)⁴⁴³. Ces conceptions divergentes reflètent un conflit en partie générationnel au sein du paysage psychiatrique est-allemand, et montrent bien dans quelle mesure l'introduction de ces nouvelles substances dans le champ psychiatrique peut se heurter à des résistances. Cette situation n'est pas particulière à la RDA ; plusieurs études locales ont ainsi mis en avant les réticences qui ont accompagné l'introduction des neuroleptiques dans plusieurs pays européens, comme la Belgique ou la RFA⁴⁴⁴. La position de Leonhard explique également pourquoi la Charité ne se trouve pas à la pointe des recherches menées sur la nouvelle psychopharmacologie dans la RDA des années 1960. Cela étant, ces nouveaux médicaments sont bien utilisés au sein de la clinique de la Charité, comme nous allons pouvoir le constater en nous penchant plus particulièrement sur

⁴⁴⁰ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op.cit.*, p. 242.

⁴⁴¹ On peut citer notamment H. A. F. Schulze qui produit plusieurs publications scientifiques sur le sujet au cours des années 1960, en collaboration notamment avec son collègue J. Neumann. À ce sujet, voir : Viola Balz, Matthias Hoheisel, *op. cit.*, p. 453-466.

⁴⁴² Ulrike Klöppel, Viola Balz, *op.cit.*, p. 390.

⁴⁴³ Viola Balz, Matthias Hoheisel, *op. cit.*, p. 462 ; Ulrike Klöppel, Viola Balz. *op.cit.*, p. 390.

⁴⁴⁴ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 240-241. Viola Balz, Volker Hess, « Psychopathology and Psychopharmacology. Standardisation from the Bottom Up. Using the Example of Neuroleptics », in Christian Bonah, Christophe Masutti, Anne Rasmussen et Josiane Simon (dir.), *Harmonizing Drugs. Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*, Paris, Glyphe, 2009, p. 273-296.

deux exemples, la chlorpromazine (neuroleptique) et l'imiprazine (antidépresseur)⁴⁴⁵.

Au premier rang des médicaments utilisés en psychiatrie à la Charité, on trouve un neuroleptique, la chlorpromazine. Il s'agit du premier neuroleptique introduit dans le champ psychiatrique au début des années 1950 ; il est commercialisé en France dès 1952 sous le nom de Largactil et diffusé par la suite en Europe et en Amérique. Cette substance est produite en RDA dès la seconde moitié des années 1950 et y est commercialisée sous le nom de Propaphenin. L'apport principal des neuroleptiques, comme la chlorpromazine, est le changement qu'ils entraînent dans l'atmosphère des institutions psychiatriques, en faisant baisser le degré d'agitation des patients⁴⁴⁶. Par la suite, on constate leurs effets antipsychotiques, ces substances agissant notamment sur les délires et les hallucinations. En ce qui concerne la chlorpromazine, si on l'utilise tout d'abord pour lutter contre la dépression, sa prescription est finalement limitée, dès le début des années 1960, au traitement antipsychotique. À la Charité, au cours des années 1960, la chlorpromazine continue pourtant à être utilisée de manière assez large, en cas de dépression comme de schizophrénie. Comme l'a souligné Viola Balz, deux éléments de réponse peuvent expliquer cette utilisation⁴⁴⁷. Tout d'abord, il faut souligner le peu d'antidépresseurs à disposition des médecins de RDA au début des années 1960, ce qui explique un recours fréquent à la chlorpromazine. Cette situation se distingue de celle de la RFA où les psychiatres disposent à la même époque d'autres antidépresseurs. De plus, d'après la classification de Karl Leonhard, certaines formes de dépressions, la maladie maniaco-dépressive ainsi que la mélancolie appartiennent à la catégorie des psychoses, ce qui justifie donc un traitement par une substance neuroleptique, aux vertus antipsychotiques. D'après les dossiers de patients, l'utilisation de la chlorpromazine semble ainsi plutôt courante au sein des services de psychiatrie⁴⁴⁸.

Concernant les antidépresseurs et comme nous l'avons précisé précédemment, les médecins de la Charité n'ont qu'un choix limité au début de années 1960, et ont principalement recours à l'imipramine. Il s'agit du premier antidépresseur découvert en Suisse en 1957, et commercialisé dès le printemps 1958 dans plusieurs pays européens sous le nom

⁴⁴⁵ Sur l'évolution du regard porté par les médecins sur l'utilisation de tranquillisants (benzodiazépine) à la *Nervenklinik* de la Charité, voir : Matthias Hoheisel, « Von der Suchtdroge zum Therapeutikum... », *op. cit.*. L'auteur montre dans quelle mesure ces nouvelles substances sont de plus en plus perçues comme des « options thérapeutiques », leur consommation étant de moins en moins associée à une quelconque pathologie. Cette évolution est notamment à mettre en relation avec le changement de direction qui intervient au début des années 1970. Ce travail souligne à nouveau l'importance des facteurs locaux dans la détermination de la pratique psychiatrique en RDA.

⁴⁴⁶ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006, p. 248.

⁴⁴⁷ Viola Balz, « "Für einen Aktivistin wie mich..." », *op. cit.*, p. 253.

⁴⁴⁸ Ce traitement peut être associé à un antihistaminique, la prométhazine (Prothazin), du fait de ses propriétés sédatives.

de Tofranil. Dès 1959, on trouve des importations de Tofranil vers la RDA, mais il faut en effet attendre 1962 pour qu'une « version socialiste » de cet antidépresseur soit disponible en Hongrie (sous le nom de Melipramin)⁴⁴⁹. À la Charité, le médicament est administré dès 1959, bien que de manière très ponctuelle (moins d'1% des patients en reçoivent lors de cette première année⁴⁵⁰), ce qui constitue néanmoins une particularité dans le paysage psychiatrique est-allemand. En effet, au début des années 1960, du fait de la limitation des importations, la disponibilité de ce médicament se fait restreinte à l'échelle de la RDA. Après 1962, le Tofranil occidental laisse place au Melipramin hongrois. À la Charité, ce traitement est plutôt réservé aux patients psychotiques et notamment à ceux souffrant de « psychoses phasiques » d'après la classification de Karl Leonhard. Ce groupe comprend les dépressions et mélancolies dites « pures », tout comme la maladie maniaco-dépressive. À l'échelle de la clinique, seule une minorité de patients est toutefois concernée par ce traitement⁴⁵¹. Comme le montre l'utilisation précoce de l'imipramine, d'une manière générale et toute proportion gardée, les médecins de la clinique de la Charité semblent disposer d'un panel plus large de psychotropes que leurs collègues exerçant sur le reste du territoire de la RDA. Il arrive également que les médecins de la Charité aient accès à des médicaments en phase de test, qu'ils peuvent utiliser auprès de leurs patients, comme c'est le cas pour un autre antidépresseur comme le Marsilid (iproniazid)⁴⁵². À la fin des années 1960, quand il s'agit d'évaluer l'efficacité d'un nouveau neuroleptique (Haloperidol), c'est toutefois la clinique de Dresde, dirigée alors par Ehrich Lange, qui est préférée à celle de la Charité. Cet élément illustre une certaine marginalisation de la Charité dans la recherche sur la psychopharmacologie à l'échelle de la RDA⁴⁵³. Toujours en ce qui concerne les thérapies médicamenteuses et pour compléter cette présentation, il convient de rappeler qu'au sein de la clinique de la Charité, on continue, au cours des années 1960, à avoir recours aux substances utilisées avant l'introduction des neuroleptiques et des antidépresseurs, comme l'opium (surtout en début de période) et les diverses formes de sédatifs (sommifères et barbituriques). Sur ce point comme sur bien d'autres, la clinique de la Charité n'échappe pas à la règle.

Ainsi, au cours des années 1960, en tant que clinique universitaire et appartenant au complexe hospitalier le plus important de RDA, la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité semble bénéficier d'un approvisionnement en médicaments psychotropes relativement plus diversifié que les autres établissements de RDA. Cependant, elle n'en reste

⁴⁴⁹ Viola Balz, « "Für einen Aktivistin wie mich..." », *op. cit.*, p. 251.

⁴⁵⁰ *Ibid.*

⁴⁵¹ Viola Balz, Matthias Hoheisel, *op. cit.*, p. 457.

⁴⁵² Viola Balz, « "Für einen Aktivistin wie mich..." », *op. cit.*, p. 254.

⁴⁵³ Viola Balz, Matthias Hoheisel, *op. cit.*, p. 462.

pas moins soumise aux règles du marché dictées par l'État socialiste. De plus, et du fait notamment de la position de son directeur, la clinique ne se trouve pas véritablement à la pointe de la recherche est-allemande dans ce domaine, contrairement à celle de Dresde par exemple.

3.2.2 Traitements de choc, lutte contre l'agitation et ouverture vers de nouvelles thérapies

Au cours de la période que nous étudions, à la Charité comme dans la plupart des institutions psychiatriques européennes, les traitements de choc sont d'usage dans les services de psychiatrie. Apparues dès les années 1930, les thérapies de choc visent en quelque sorte à « secouer » le patient, leur introduction dans le champ psychiatrique correspondant à « un vaste programme d'expérimentation clinique »⁴⁵⁴.

À la Charité, au début des années 1960, on pratique ainsi l'insulinothérapie. Il s'agit d'une méthode développée dans les années 1930, qui consiste à provoquer un coma hypoglycémique chez le patient en lui injectant de l'insuline. Cette période de coma – qui dure généralement entre 30 à 60 minutes – est ensuite arrêtée grâce à un resucrage qui ramène la glycémie à la normale et sort ainsi le patient du coma. Ce retour vers la conscience est jugé propice à créer les conditions d'un échange psychothérapeutique entre le patient et l'équipe soignante. Ce traitement, comme bien d'autres en psychiatrie, est « jugé[s] empiriquement efficace[s] sans que l'on se soucie trop de [son] mécanisme d'action »⁴⁵⁵. L'« empirisme thérapeutique » constitue bien une caractéristique de la pratique psychiatrique⁴⁵⁶. L'insulinothérapie, ou cure de Sakel du nom de son découvreur, vise généralement les patients atteints de schizophrénie. Elle est pratiquée à la clinique de la Charité au sein du laboratoire, du fait de la lourdeur du dispositif qu'elle nécessite⁴⁵⁷.

Les années 1960 voient également l'utilisation du « choc cardiazol » au sein des services psychiatriques de la clinique. Apparue au même moment que l'insulinothérapie, ce traitement vise à provoquer des crises d'épilepsie par l'injection d'une substance convulsivante (le pentetrazol), et s'adresse au départ aux patients atteints de schizophrénie. La naissance de cette méthode est à nouveau à mettre sur le compte de l'empirisme, puisque c'est après avoir constaté l'absence de schizophrénie chez les épileptiques qu'on décide de provoquer des convulsions chez les schizophrènes dans l'espoir de les soigner. À la clinique de la Charité, cette pratique – qui vise plus globalement les patients atteints de psychoses – est préférée aux

⁴⁵⁴ Jean-Noël Missa, *op. cit.*, p. 89 et suivantes.

⁴⁵⁵ Jean-Noël Missa, *op.cit.*, p. 108.

⁴⁵⁶ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 212.

⁴⁵⁷ Entretien avec C. H., le 26 février 2014 à Berlin.

traitements par électrochocs, du fait des moindres effets qu'elle aurait sur le cerveau⁴⁵⁸. Tout d'abord pratiqué sans narcose, ce traitement entraîne par la suite l'intervention préalable d'un anesthésiste, qui plonge le patient dans une courte période de sommeil artificiel avant le choc⁴⁵⁹. L'utilisation de substances narcotiques permet de réduire l'angoisse du patient, celle de relaxants musculaires de limiter les traumatismes articulaires liés aux convulsions (comme des fractures). Si l'insulinothérapie semble de moins en moins utilisée au cours des années 1960 à la Charité, la convulsivothérapie reste un traitement plutôt fréquent au sein des services psychiatriques de la clinique, comme en témoignent les dossiers de patients. Il est intéressant de noter que ce traitement de choc vise particulièrement les femmes, tout comme la prescription de psychotropes par ailleurs⁴⁶⁰. À cet égard, le cas de la Charité s'inscrit dans une tendance globale de la pratique psychiatrique, mise en avant par plusieurs études : d'une manière générale, le lien entre le corps et l'âme étant jugé particulièrement fort chez les femmes, elles sont davantage soumises à des traitements qui interviennent directement sur leurs corps⁴⁶¹.

Au-delà de ces traitements de choc, le recours à des techniques de soins visant principalement à lutter contre l'agitation est également d'usage au cours des années 1960. Les patients particulièrement agités, que l'on retrouve principalement au sein des services fermés, peuvent ainsi être l'objet de ce que C. H. appelle « l'emballage glacial » (*eiskalte Packung*) et qui se rapproche de la technique du packing⁴⁶². Il s'agit d'enrouler le patient nu dans des draps glacés, que le corps réchauffe progressivement. Le patient est ensuite entouré de couvertures chaudes. L'effet provoqué sur le corps du patient ainsi que la proximité du personnel soignant (en position de « maternage ») sont censés entraîner une diminution de l'agitation. La lutte contre l'agitation passe également par l'isolement des individus, qui peuvent être transférés dans des cellules capitonnées fermées par une double porte. Durant le directorat de Karl Leonhard intervient la suppression de l'une des portes de ces cellules. Sous celui de son successeur, les portes doivent rester ouvertes quand un patient se trouve à l'intérieur⁴⁶³. Le recours à l'isolement reste bien en vigueur au cours des années 1960 et 1970 mais se transforme donc progressivement dans ses modalités. Pour lutter contre l'agitation, au

⁴⁵⁸ H. Schulz, J. Müller, B. Roth, J. Stein, « Die biologisch kontrollierte Krampfbehandlung der endogenen Psychosen in Narkose und Relaxation », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1968, 211, p. 414-432. Voir également à ce sujet : HPAC, B II 5, réponse de K. Leonhard au docteur S., 23 juin 1969.

⁴⁵⁹ Entretien avec C. H., le 26 février 2014 à Berlin. Voir également l'article précédemment cité, ainsi que Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke, *op. cit.*, p. 53-54.

⁴⁶⁰ H. Schulz, J. Müller, B. Roth, J. Stern, *op. cit.*, p. 418.

⁴⁶¹ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 255.

⁴⁶² Entretien avec C. H., le 26 février 2014 à Berlin. Voir également : Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke, *op. cit.*, p. 53.

⁴⁶³ Entretien avec C.H., le 26 février 2014 à Berlin.

sein des services fermés tout du moins, on peut également avoir recours aux techniques de fixation (*Bettbretter*)⁴⁶⁴.

Parallèlement à ces techniques rapidement décrites et qui visent à diminuer le degré d'agitation des patients de psychiatrie, il faut souligner également le rôle des entretiens menés avec le patient au cours de son séjour à la clinique, sous réserve qu'il soit en mesure d'échanger avec le médecin. D'après Karl Leonhard, les patients de psychiatrie doivent être également traités de manière psychothérapeutique⁴⁶⁵. Des entretiens sont donc menés avec le patient et documentés dans son dossier médical. Les services de psychiatrie peuvent compter sur la présence ponctuelle de psychologues – qui sont certes beaucoup moins présents qu'au sein des services de psychothérapie – ainsi que sur celle d'assistantes sociales, qui peuvent intervenir pour éclaircir la situation professionnelle ou familiale du patient. De plus, tout comme au sein des services de psychothérapie, l'ergothérapie (*Arbeitstherapie*) est également pratiquée en psychiatrie. Des travaux de peinture, de rénovation des bâtiments et de jardinage sont ainsi réalisés par les patients. S'ils poursuivent un but thérapeutique, ces travaux permettent également à l'administration hospitalière d'effectuer des économies non négligeables⁴⁶⁶. L'éventail des travaux accomplis par les patients dans ce cadre est assez large, certains d'entre eux aident le personnel soignant dans ses tâches quotidiennes ou effectuent des travaux de secrétariat. Tout comme au sein du service de psychothérapie, des activités sportives et culturelles peuvent également être proposées à certains patients de psychiatrie, dans un but thérapeutique. Des projections de films sont ainsi régulièrement organisées au sein de la clinique, à destination des patients de psychiatrie⁴⁶⁷.

Globalement, les thérapies pratiquées au sein des services de psychiatrie et de psychothérapie de la Charité correspondent à la « boîte à outils » dont disposent la plupart des institutions psychiatriques européennes à la même époque, et qui s'oriente alors vers un « élargissement du champ des traitements »⁴⁶⁸. Si les services de psychothérapie semblent disposer de possibilités plus variées – du fait de la mise en œuvre de la thérapie individualisée – , les services de psychiatrie reflètent également une certaine diversification des méthodes

⁴⁶⁴ *Ibid.*

⁴⁶⁵ Volker Leonhard (dir.), *op. cit.*, p. 69.

⁴⁶⁶ Voir à ce sujet la lettre adressée par Karl Leonhard au directeur administratif de la Charité afin d'obtenir des fonds pour organiser une fête de fin d'année en l'honneur des patients ayant accompli des travaux dans le cadre de l'ergothérapie (lettre en date du 28 novembre 1963). HPAC, B IV 6.

⁴⁶⁷ HPAC, B IV 9, lettre du docteur S. adressée (entre autres) à K. Leonhard en date du 21 juin 1967. Voici les films qui doivent être projetés entre juin et décembre 1967 : *1400 km durch Cuba* ; *Mit Fahrrad und Zelt durch Italien* ; *Zu Fuß durch die Krim* ; *Altes Land an der Adria* ; *In den bulgarischen Bergen* ; *Ein Jahr in der Sächsischen Schweiz* ; *Schiffe, Fjorde und Mitternachtssonne*. Par ces films (qui semblent plutôt relever de documentaires géographiques), on propose aux patients de s'évader hors des murs de la clinique le temps d'une projection, tout en restant la plupart du temps au sein des frontières de l' « étranger socialiste » (Cuba, Ukraine, RDA, Bulgarie).

⁴⁶⁸ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 250.

thérapeutiques, à travers la pratique d'activités sportives et culturelles. Au début des années 1970, il est même question d'embaucher un musicothérapeute à la clinique⁴⁶⁹. De plus, conformément aux conceptions de Karl Leonhard, les patients doivent être suivis de manière psychothérapeutique, quelque soit le service au sein duquel ils sont accueillis : dès lors, les entretiens avec le patient détiennent un caractère particulièrement important. L'intégration des proches du patient dans le processus thérapeutique s'inscrit également dans cette diversification des outils thérapeutiques et concerne tous les services de la clinique. Si l'on constate un décalage à l'intérieur de la clinique entre services de psychothérapie et services de psychiatrie, ces deux unités semblent néanmoins traversées par le même mouvement, qu'il convient bien d'inscrire dans une histoire européenne et mondiale de la psychiatrie.

4. Le personnel de la clinique

En ce qui concerne la situation du personnel de la clinique, elle s'explique par de multiples facteurs, en relation non seulement avec le contexte particulier de la RDA et de Berlin-Est, mais également avec des traits inhérents à l'univers psychiatrique.

4.1 Infirmières et soignants

Au cours des années 1960, comme en attestent les archives administratives, la clinique semble souffrir d'un manque récurrent de personnel soignant. La situation se fait telle qu'elle peut même conduire à la fermeture temporaire de certains services. Ainsi, en 1964 comme en 1965, faute de personnel, le service psychiatrique pour hommes 3b est fermé pour plusieurs mois⁴⁷⁰. En cas de congé maladie ou de départ en vacances de plusieurs membres du personnel, il semble difficile de trouver des remplaçants, ce qui menace fortement le fonctionnement normal des services. Dans certains cas, des patients peuvent même prêter main-forte. À l'été 1962, une patiente – admise à la clinique en septembre 1961 et dont l'état de santé s'est amélioré – travaille ainsi quatre mois durant au sein du service de psychiatrie n°8 à raison de 3 heures par jour, et ce afin de remplacer un agent hospitalier (*Stationshilfe*) parti en congé⁴⁷¹. Les frontières entre membres du personnel soignant et patients peuvent donc être franchies de manière ponctuelle.

La difficulté rencontrée par la clinique pour trouver du personnel remplaçant

⁴⁶⁹ HPAC, B II 5, lettre du docteur B. au collectif de direction de la *Nervenlinik*, 21 mai 1970.

⁴⁷⁰ HPAC, B IV 2, lettre du docteur F. adressée à la directrice administrative de la Charité, 25 mai 1965. Voir également la lettre de Karl Leonhard à la directrice administrative de la Charité, 8 avril 1965.

⁴⁷¹ HPAC, B IV 1, lettre adressée par le docteur F. et Karl Leonhard (entre autres) au directeur administratif du secteur administratif III, 17 août 1962.

s'explique principalement par le manque d'attractivité exercée par l'univers psychiatrique. En RDA comme ailleurs, les services de psychiatrie ne sont guère attractifs pour les infirmières ou les aides-soignantes à la recherche d'un emploi, du fait notamment du pouvoir de stigmatisation dont dispose la psychiatrie, et qui s'exerce non seulement sur les patients mais aussi sur le personnel⁴⁷². Cette situation explique la réaction du directeur de la clinique face au projet de suppression de la compensation financière accordée au personnel soignant exerçant en psychiatrie (et qui se justifie notamment par la dangerosité du travail dans ces services). À la fin des années 1960, quand il est question de supprimer cette prime, Karl Leonhard s'élève fermement contre cette éventualité. Si cette mesure est supprimée, il prévoit la perte de 8 à 10 employés, qui préféreront exercer, pour le même salaire, au sein d'autres cliniques. Cette compensation financière apparaît au directeur comme un élément vital, qui permet de maintenir la capacité de travail au sein de la clinique et sans lequel, d'après ses propres termes, « dans l'avenir, les recrutements pour les soins [dans notre discipline] seront quasi impossibles »⁴⁷³. À la fin des années 1960, Karl Leonhard est ainsi tout à fait conscient du manque d'attractivité qui caractérise le travail soignant et infirmier en psychiatrie. Durant son directorat, le manque de personnel soignant semble constituer un problème récurrent au sein de la clinique⁴⁷⁴. En 1968, tous services confondus, le rapport patients / soignant y est de 3,3 ce qui est loin de satisfaire ses exigences. À la même époque, et en guise de comparaison, l'Institut de psychiatrie de l'Hôpital Brugmann de Bruxelles dispose d'un taux d'encadrement nettement plus élevé (1,65 en 1965)⁴⁷⁵. Cela dit, d'après les entretiens que nous avons pu mener, ce manque apparent de soignants – tel qu'il ressort des archives administratives – ne semble pas avoir été ressenti comme tel par le personnel⁴⁷⁶.

Au-delà du manque apparent d'effectifs, le personnel soignant se caractérise également par son manque de formation. Si une formation au métier d'infirmière en psychiatrie existe en

⁴⁷² Comme l'explique Isabelle von Buelzingsloewen pour le cas français, le manque de personnel au sein des hôpitaux psychiatriques français à la veille de la Seconde guerre mondiale s'explique entre autres par « la mauvaise image attachée à la fonction de "gardien de fous" ». Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous...*, *op. cit.*, p. 261.

⁴⁷³ HPAC, B IV 2, lettre de Karl Leonhard adressée à la commission compétente en la matière, en date du 11 janvier 1967.

⁴⁷⁴ Au-delà du manque d'attractivité de la profession psychiatrique, une autre raison explique cette relative pénurie de personnel soignant. Dans la répartition des postes de travail au sein des cliniques de la Charité, le nombre de lits dont dispose chaque clinique semble constituer le critère principal, la spécificité des services psychiatriques n'étant pas prise en considération. En 1968, quand il demande l'ouverture de plusieurs postes de soignants, le premier médecin-chef de la clinique souligne cette erreur d'appréciation par ces lignes : « une des missions principales du personnel soignant des services psychiatriques est la surveillance constante de ces malades, dans cette circonstance ce n'est pas le nombre des patients présents dans un service fermé ou plus précisément une salle qui est décisif, mais de degré de gravité de leurs maladies ». HPAC, B IV 2, lettre du docteur F. au directeur du service du travail de la Charité, en date du 8 avril 1968.

⁴⁷⁵ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op.cit.*, p. 102.

⁴⁷⁶ Voir notamment : entretien avec C.H., le 26 février 2014 à Berlin ; entretien avec E.S. (au sujet des services de psychothérapie), le 11 mars 2014.

Allemagne, elle est coupée de celles des autres infirmières et se réalise directement dans les hôpitaux psychiatriques. À la Charité, les infirmières qui ont suivi un cursus généraliste, apprennent donc sur le terrain, après leur entrée en fonction⁴⁷⁷. Au cours des années 1960, le manque de formation se fait ressentir dans les professions infirmières mais aussi para-infirmières. En 1963, sur les 98 postes de soignants de la clinique, 40 sont occupés par des personnes non diplômées⁴⁷⁸. Des formations continues sont donc mises en place au sein de la clinique, à destination du personnel soignant (*Pflegepersonal*) et auxiliaire (*Hilfspersonal*)⁴⁷⁹. À ce manque de formation s'ajoute un phénomène de vieillissement du personnel. Ainsi, en 1967, plus de 18% du personnel soignant est âgé de plus de 60 ans (19 sur 94)⁴⁸⁰. Cette situation peut conduire à des dysfonctionnements, comme en attestent les circonstances entourant la tentative de fuite d'un patient en mai 1963⁴⁸¹. Bien que ce patient soit censé se trouver sous une surveillance étroite (il a tenté de se suicider quelques jours auparavant), il parvient tout de même à franchir le mur du jardin du service. D'après les médecins, le soignant en poste ce jour-là ne peut cependant pas en être tenu pour responsable : étant donné son âge avancé et la diminution des capacités qui en découle, on ne peut le sanctionner pour ce manque de vigilance. Selon le rapport qui revient sur cette tentative de fuite, « cet incident n'est dans l'ensemble pas surprenant, puisque la composition du personnel soignant de la clinique est loin de correspondre, sur le plan qualitatif, aux exigences d'une clinique universitaire »⁴⁸². Des effectifs plutôt insuffisants, un manque de formation et un âge avancé, ces trois éléments semblent ainsi caractériser le personnel infirmier et soignant de la *Nervenklinik* durant la période que nous étudions. Et comme dans la plupart des établissements hospitaliers, il s'agit d'un personnel fortement féminisé : en 1963 plus du trois quart du personnel soignant est ainsi constitué par des femmes⁴⁸³.

Retracée à partir de son dossier personnel, la carrière d'Alma. J. illustre bien la situation des soignants de psychiatrie⁴⁸⁴. D'origine ouvrière, Alma. J. commence à travailler au sein de la clinique en 1918, à l'âge de 22 ans. Elle est affectée au service de psychiatrie pour hommes n°3 et y reste tout au long de sa carrière, soit plus de quarante ans. Durant toutes ces

⁴⁷⁷ C'est notamment le cas de C.H. qui a effectué sa formation d'infirmière à la Charité et commence à travailler au sein de la clinique en 1961. Voir : entretien avec C.H., le 26 février 2014 à Berlin.

⁴⁷⁸ HPAC, B IV 2, courrier adressé à la supérieure (*Oberin*) de la Charité, en date du 8 mars 1963, signé par le directeur administratif, le premier médecin-chef, le directeur et l'infirmière supérieure de la clinique et ayant comme objet la composition du personnel soignant de la clinique.

⁴⁷⁹ Voir par exemple : HPAC, B III 1, Jahresbericht 1962, p. 16

⁴⁸⁰ HPAC, B IV 2, Altersmäßige Zusammensetzung der Mitarbeiter – Nervenklinik, en date du 15 mars 1963.

⁴⁸¹ HPAC, B IV 6, lettre adressée au directeur de la clinique par les docteurs N. (responsable du service) et S. (médecin-chef), en date du 4 juin 1963.

⁴⁸² *Ibid.*

⁴⁸³ HPAC, BIV 2, Altersmäßige Zusammensetzung der Mitarbeiter – Nervenklinik, en date du 15 mars 1963.

⁴⁸⁴ UA HUB, dossier personnel d'Alma J.

années, elle occupe un logement au sein de la clinique, comme nombre de ses collègues. Entrée sans qualification en tant que « gardienne de malades » (*Krankenwärterin*), Alma J. se forme à la profession de soignante et passe un diplôme d'infirmière en 1920. En 1953, elle occupe le poste d'infirmière en charge d'un service (*Stationsschwester*). Elle est alors âgée de 59 ans. A la fin des années 1950, du fait de son âge, elle ne peut plus assurer la charge qui est la sienne et devient alors l'adjointe de l'infirmière responsable du service. Elle ne quitte son travail qu'à l'âge de 68 ans. En 1960, en raison de sa longue carrière, Alma J. est proposée pour l'obtention d'une médaille (*Hufeland-Medaille*). Son travail est alors décrit comme suit :

« Dans son travail d'infirmière dans le service, elle considérait comme sa mission principale de gérer de manière économe et parcimonieuse le matériel et le linge du service, ce qu'elle réussissait. De la même façon, elle veillait à l'ordre et à la propreté. »⁴⁸⁵

Cette description d'un travail d'infirmière – considéré comme exemplaire – illustre l'importance des fonctions gestionnaire et disciplinaire dans le métier d'infirmière en psychiatrie. Comme l'écrit un médecin de la clinique en 1968, « une des missions principales du personnel soignant des services psychiatriques est la surveillance constante de[s] malades »⁴⁸⁶. Au cœur du travail se trouvent bien le maintien de l'ordre dans les salles et la surveillance des patients⁴⁸⁷.

En ce qui concerne plus généralement les conditions de travail au sein de la clinique, si elles évoluent au fil des années, elles restent toujours perçues par les soignants comme étant particulièrement difficiles au début des années 1970. C'est bien ce qu'attestent les résultats d'un questionnaire remis par le syndicat aux infirmières en chef de plusieurs cliniques de la Charité⁴⁸⁸. D'après l'analyse qui en est faite, les conditions de travail au sein de la *Nervenklinik* seraient ainsi « très défavorables ». On n'y trouve pas de salle réservée aux femmes ; ni les salles des infirmières, ni les vestiaires des médecins ne sont équipés de manière adéquate ; quant au réfectoire, il n'est ni agréable, ni accueillant. D'après les résultats de cette enquête, menée à l'initiative du syndicat, au début des années 1970, la *Nervenklinik* fait ainsi partie des cliniques dont l'environnement de travail doit faire l'objet d'améliorations futures⁴⁸⁹.

⁴⁸⁵ « In ihrer Tätigkeit als Schwester auf der Station betrachtete sie es als ihre Hauptaufgabe, den Material- und Wäschebestand der Station, sparsam und wirtschaftlich zu verwalten, welches ihr auch gelang. Ebenso sorgte sie für Sauberkeit und Ordnung ». UA HUB, dossier personnel d'Alma J., proposition pour l'obtention de la médaille *Hufeland*, 15 octobre 1960.

⁴⁸⁶ HPAC, B IV 2, lettre du docteur F. au directeur du service du travail de la Charité, en date du 8 avril 1968.

⁴⁸⁷ Voir à ce sujet : Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke, *op. cit.*, p. 52.

⁴⁸⁸ UA HUB, Medizinische Fakultät II, 0402 / Betriebsgewerkschaftsleitung 2-4, *Analyse über die Arbeits- und Lebensbedingungen der Mitarbeiter der Charité*, 13 mai 1971.

⁴⁸⁹ *Ibid.*

4.2 Ouverture vers de nouveaux métiers

Avant de nous pencher sur le cas des médecins, il convient de nous arrêter sur l'apparition de nouveaux métiers au sein de la clinique, qui reflètent une certaine diversification des outils thérapeutiques. En lien direct avec la création de l'unité de psychothérapie et comme nous l'avons évoqué précédemment, plusieurs jeunes psychologues sont ainsi engagés au sein de la clinique en 1959. Par l'embauche de ces jeunes diplômés, Karl Leonhard résout le manque de médecins qui marque alors le quotidien de la clinique⁴⁹⁰. Il forme une équipe jeune, prête à s'impliquer pleinement dans la mise en application de la thérapie individualisée. De manière générale, l'introduction de psychologues dans la pratique psychiatrique clinique se fait plus précoce en RDA qu'en RFA, où cette ouverture se heurte à la résistance des psychiatres dans un contexte de marché du travail saturé⁴⁹¹. Cette résistance s'exprime à travers des groupes de pression professionnels, qui n'existent pas en RDA⁴⁹². De plus, comme l'illustre le cas de la Charité, dans un contexte de pénurie de spécialistes, le recours aux psychologues constitue bien souvent une solution alternative efficace à une époque où la psychothérapie ne suscite guère d'intérêt de la part des médecins. Si les psychologues sont principalement actifs dans le cadre de l'unité de psychothérapie, ils peuvent également intervenir au sein des services de psychiatrie. Dans les services de psychothérapie, ils sont chargés de l'élaboration du diagnostic, de la mise en place de la thérapie et du suivi ambulatoire. Alors que les internes n'y sont généralement que de passage – en raison des obligations inhérentes à leur formation –, les psychologues assurent une continuité dans le fonctionnement de ces services, dont ils constituent en quelque sorte les piliers⁴⁹³.

Le domaine para-infirmier est également concerné par cette ouverture vers de nouveaux métiers. En 1963, la clinique compte ainsi plusieurs assistantes sociales, qui font le lien entre la clinique et l'environnement familial et professionnel du patient. Des ergothérapeutes et des physiothérapeutes viennent également enrichir le « collectif thérapeutique »⁴⁹⁴. L'ouverture du champ clinique à ces nouvelles professions constitue une

⁴⁹⁰ HPAC, B IV 2, lettre de Karl Leonhard à la directrice médicale de la Charité, 21 août 1962.

⁴⁹¹ En RFA, jusqu'aux années 1960, les psychologues travaillent principalement dans le domaine de l'éducation et ne pénètrent que timidement le champ clinique. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 310 et p. 455.

⁴⁹² Les organisations professionnelles de médecins (*Ärztammer*, chambres médicales) sont interdites en RDA jusqu'à la chute du Mur. Il n'existe qu'un seul syndicat pour toutes les professions : le FDGB (*Freies Deutsches Gewerkschaftsbund*, syndicat libre allemand), qui ne suscite pas de véritable reconnaissance de la part de ce groupe professionnel. Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 85-86.

⁴⁹³ Entretien avec E.S, le 11 mars 2014 à Berlin. En 1963, l'unité de psychothérapie – supervisée par un médecin-chef – compte deux internes et trois psychologues. Karl Leonhard souligne également l'importante fluctuation des médecins. Voir : Karl Leonhard, « Erfolgsstatistik in der Psychotherapie », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 253-260, ici p. 259.

⁴⁹⁴ HPAC, BIV 2, Altersmäßige Zusammensetzung der Mitarbeiter – Nervenlinik, 15 mars 1963. On constate que ces nouvelles professions sont logiquement exercées par de jeunes professionnels. En 1963, 6 des 8

tendance que l'on retrouve à l'échelle européenne et mondiale, avec des chronologies quelque peu différenciées. Ces métiers para-médicaux se situent dans une position intermédiaire entre infirmières et médecins, groupe professionnel sur lequel il s'agit désormais de se pencher plus en détails.

4.3 Médecins

De manière globale, ce groupe professionnel semble plus directement touché par le contexte politique spécifique de la RDA et c'est ce qu'il s'agit de montrer ici au travers de la situation des médecins de la clinique.

Quand on se penche sur les archives administratives, on constate tout d'abord les difficultés rencontrées pour recruter du personnel médical, en ce qui concerne notamment le début de la période étudiée. En 1958, il est ainsi question de réduire le nombre de postes de médecins affectés à la *Nervenlinik*⁴⁹⁵. Le fait qu'un nombre non négligeable de postes ne trouve pas de candidats semble avoir joué un rôle important dans la décision du conseil de la faculté de médecine. À cette époque, l'un des problèmes récurrents de la RDA est bien le manque de personnel médical. Cette situation de sous-effectif s'explique notamment par les nombreux départs de médecins vers l'Ouest, depuis la fondation de la RDA en 1949. La restructuration du système de santé vers un système de santé socialiste, la politique de vexation mise en place à l'encontre des médecins libéraux, la « construction du socialisme » dans sa globalité, tous ces bouleversements expliquent que ce groupe professionnel – d'origine sociale majoritairement bourgeoise et au positionnement politique plutôt conservateur – soit tenté par un passage à l'Ouest. Jusqu'en 1961, près de 7500 médecins quittent le territoire de la zone d'occupation soviétique puis de la RDA, ce qui correspond à la moitié du personnel médical présent en 1946⁴⁹⁶. Ces départs sont d'autant plus handicapants qu'ils creusent des disparités régionales déjà présentes dans l'entre-deux-guerres⁴⁹⁷. L'entrée en vigueur d'une nouvelle législation beaucoup plus stricte concernant les voyages à l'Ouest (*Passgesetz* de décembre 1957) ainsi que la radicalisation de la politique menée par le SED à l'encontre de l'université (à partir de février 1958) entraînent une nouvelle vague de départs, au sein de laquelle les médecins sont surreprésentés, et qui ne cesse qu'avec la construction du mur de Berlin en août 1961. Comme en attestent les sources, si la décision de quitter la RDA

physiothérapeutes de la clinique sont ainsi âgés de moins de 30 ans.

⁴⁹⁵ HPAC, BIV 1, lettre de Karl Leonhard au doyen de la faculté de médecine, non datée (selon tout évidence, cette lettre date de 1958). Dans ce courrier, Karl Leonhard s'adresse au doyen de la faculté de médecine afin d'exprimer son opposition face à la réduction des effectifs de médecins prévue pour l'année suivante.

⁴⁹⁶ Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 54.

⁴⁹⁷ *Ibid.*, p. 55.

repose bien souvent sur un « faisceau de motifs », le contexte politique y joue un rôle non négligeable⁴⁹⁸. La lettre qu'adresse un médecin de la clinique à l'un de ses collègues illustre la situation dans laquelle peuvent se trouver ceux qui décident de franchir le pas. En voici un extrait :

« La décision de laisser tomber un poste qu'on a depuis de longues années, sa patrie et ses biens acquis par un travail long et difficile, personne ne peut la prendre à la légère. Mais pourquoi alors de plus en plus de personnes – avant tout des médecins – en viennent à cette décision ? C'est d'une part la pression politique, qui est toujours perceptible malgré toutes les promesses contradictoires des organes de l'État. Vous croyez, que c'est amusant, d'être entouré de mouchards et de devoir peser chaque mot que l'on dit, de peur que ce soit peut-être "nuisible à la sûreté de l'État" ou que cela entraîne une peine de prison ? »⁴⁹⁹

L'auteur de cette lettre quitte la RDA en mars 1961. Il a travaillé au sein de la clinique depuis 1956, et y a effectué sa spécialisation. Durant cette période, il a exercé dans les services de psychiatrie, de neurologie, ainsi qu'à la policlinique. Nommé médecin-chef en janvier 1961, il remplace alors un collègue lui-même parti en Allemagne de l'Ouest⁵⁰⁰. Et ce n'est finalement que trois mois à peine après cette promotion qu'il suit le chemin de son prédécesseur, en laissant une large partie de sa vie derrière lui. Entre 1958 et août 1961, ce sont au moins six médecins de la clinique qui décident de quitter la RDA, dont quatre médecins-chefs (deux en 1958, un en 1959, deux en 1960, un en 1961). Ces départs sont loin d'être négligeables pour cette clinique, qui compte environ vingt-cinq médecins, et affectent ainsi le maintien de son fonctionnement quotidien.

À l'échelle de la RDA, les départs de médecins pour l'Ouest – qui fragilisent le système de santé – obligent le régime à apporter des modifications à la politique menée à l'encontre de ce groupe professionnel. Cette politique – qui s'inscrit plus globalement dans celle menée vis-à-vis de l'*Intelligenz* – repose ainsi sur un mélange de motivations

⁴⁹⁸ *Ibid.*, p. 63.

⁴⁹⁹ « Der Entschluß, seine langjährige Arbeitsstelle, seine Heimat und sein in langer und schwerer Arbeit erworbenes Hab und Gut im Stich zu lassen, dürfte wohl noch keinem leicht gefallen sein. Weshalb aber kommen immer mehr Menschen – vor allem auch Ärzte – zu diesem Entschluß ? Es ist einmal der politische Druck, den entgegen sämtlichen anderslautenden Versprechungen der Staatsorgane stets spürbar ist. Glauben Sie, es macht Spaß von Spitzeln umgeben zu sein und jedes Wort, das man sagt, erst auf die Goldwaage legen zu müssen, ob es vielleicht nicht „staatsgefährdend“ sein könnte und eine Zuchthausstrafe einbringt ? ». BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, lettre du docteur B. au docteur F., 23 mars 1961, p. 109-114 (cette lettre a vraisemblablement été interceptée par le médecin collaborant pour la *Stasi*, ce qui explique qu'on la retrouve dans son dossier).

⁵⁰⁰ HPAC, B II 9, lettre de Karl Leonhard au vice-recteur en charge de la relève scientifique, 21 décembre 1960. Sur le parcours du docteur W., voir également son dossier personnel. UA HUB, dossier personnel d'Eduard W. (on y trouve une lettre qu'il adresse au directeur de la clinique, le 1^{er} décembre 1960, au sein de laquelle il explique son départ pour la RFA).

idéologiques et de calcul politique⁵⁰¹. Ce balancement entre idéologie et pragmatisme s'explique par la double mission à réaliser par le SED : d'un côté, il lui faut gagner « les anciennes élites » à la construction du socialisme en s'en faisant des alliés ; d'un autre côté, l'objectif final est bien la création d'une « nouvelle élite socialiste », issue des classes ouvrières et paysannes et fidèle aux principes du marxisme-léninisme. Cette double mission explique que, jusqu'en 1961, la politique du SED à l'encontre des médecins oscille entre répression et distribution de privilèges. La mise en place des contrats individuels – dont bénéficie notamment le directeur de la clinique – s'inscrit tout à fait dans cette logique. À deux reprises, les autorités de RDA tentent de réagir aux vagues de départs de médecins en publiant des communiqués à leur encontre (*Ärztetkommuniké*), en septembre 1958 et en décembre 1960. Le manque de médecins constitue en effet l'un des problèmes les plus importants de la politique de santé en RDA, et Berlin-Est est particulièrement touché par ces vagues de départs⁵⁰². Dans ces déclarations officielles, des concessions sont donc faites aux médecins concernant leurs conditions de vie et de travail : la possibilité de voyager à l'Ouest doit leur être facilitée, la législation concernant la pratique libérale sera assouplie, les enfants de médecin pourront s'inscrire à l'université⁵⁰³, etc. Cependant, ces communiqués sont loin de stopper les départs vers l'Ouest, les médecins restant plutôt sceptiques face à des promesses le plus souvent largement contredites par la réalité⁵⁰⁴. Ce scepticisme se retrouve d'ailleurs dans la lettre du docteur B., écrite en mars 1961, dans laquelle il évoque les « promesses contradictoires » des organes de l'État.

Si, malgré les promesses faites par l'État, plusieurs médecins de la clinique décident de gagner définitivement l'Ouest, la perméabilité de la frontière berlinoise permet également à certains d'entre eux de résider à Berlin-Ouest tout en travaillant à la Charité. Cette situation perdure jusqu'à la construction du mur de Berlin en août 1961. Ces migrations pendulaires sont plutôt courantes : à la fin des années 1950, 60 médecins de la Charité passent ainsi quotidiennement la frontière⁵⁰⁵. En décembre 1957, à l'échelle de la ville, ce sont plus de 280 médecins et dentistes qui travaillent à Berlin-Est tout en résidant de l'autre côté de la frontière⁵⁰⁶. La décision prise par les autorités est-allemandes de fermer ce dernier point de passage

⁵⁰¹ Anna Sabine Ernst, *op.cit.*, p. 43-54.

⁵⁰² En 1958, les autorités de RDA parlent même de « problème berlinois concernant les médecins » (*Berliner Ärzte-Problem*). Voir : Melanie Arndt, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin. 1948 bis 1961*, Cologne, Weimar, Vienne, Böhlau Verlag, 2009, p. 164.

⁵⁰³ Cette annonce constitue une entorse à la politique mise en place en RDA dans ce domaine, qui vise à transformer le recrutement traditionnel des filières universitaires en limitant le nombre de places accordées aux candidats issus de milieux dits bourgeois, pour favoriser la naissance d'une élite ouvrière.

⁵⁰⁴ Melanie Arndt, *op. cit.*, p. 195-197. Sur le contenu des communiqués, voir également Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 52.

⁵⁰⁵ Melanie Arndt, *op. cit.*, p. 116.

⁵⁰⁶ *Ibid.*

entre l'Ouest et l'Est, entraîne la fin de ces circulations professionnelles ; il s'agit alors pour leurs acteurs de choisir entre les deux Berlins. D'après un rapport datant de septembre 1961, sur les 33 médecins de Berlin-Ouest qui exerçaient jusqu'alors à la Charité, plus de la moitié démissionnent suite à la fermeture des frontières⁵⁰⁷. La *Nervenlinik* n'est pas épargnée par ces défections, deux médecins dont un médecin-chef décident de rester à l'Ouest et quittent ainsi leurs fonctions⁵⁰⁸. Le départ des Berlinoises de l'Ouest entraîne aussi un changement d'atmosphère au sein de la clinique. L'« époque des médecins de Berlin-Ouest » qui se termine en août 1961 semble s'être caractérisée par une certaine liberté de ton au sein des murs de la clinique, comme en témoigne cet extrait d'un rapport du parti datant de 1964 :

« Depuis quelques années, et de manière de plus en plus nette, il n'y a pas de remarques ouvertes ou plus ou moins dissimulées de nature négative sur le plan politique, d'allusions ironiques, etc. dans le champ professionnel. L' "opinion publique", le "climat politique", se sont profondément transformés par rapport à l'époque des médecins de Berlin-Ouest. »⁵⁰⁹

Pour les membres du parti qui travaillent au sein de la clinique, le départ des Berlinoises de l'Ouest correspond ainsi à une amélioration de l'ambiance de travail. Si la fermeture des frontières met un terme aux circulations professionnelles entre l'Est et l'Ouest, elle provoque également, immédiatement après sa mise en œuvre, une nouvelle vague de départs qui touche la Charité tout comme l'ensemble de la RDA. On profite alors des derniers points de passage qui n'ont pas encore été supprimés par les autorités est-allemandes. Ainsi, entre le 13 août et le 20 octobre 1961, à la Charité, 56 membres de la « relève scientifique » (*wissenschaftliches Nachwuchs*) quittent illégalement la RDA ; il s'agit pour la plupart de jeunes médecins qui sont passés par les bancs des universités est-allemandes et dont les études ont été prises en charge par l'État⁵¹⁰. Leur départ pour l'Ouest constitue un important manque à gagner pour l'État socialiste, qui a ainsi investi à perte dans ces forces vives. Après la construction du Mur, le passage à l'Ouest se fait nettement plus difficile et risqué, mais les départs de personnel en direction de la RFA ont toujours lieu, même s'ils se font plus rares. Ces émigrations vers l'Ouest ne concernent pas seulement les médecins de la clinique mais l'ensemble du personnel. Le mois d'avril 1962 voit ainsi le départ pour l'Ouest de la responsable de la

⁵⁰⁷ Heinz David, *op. cit.*, tome 2, p. 537.

⁵⁰⁸ HPAC, BII 4, lettre de Karl Leonhard au vice-recteur pour la relève scientifique, 1^{er} septembre 1961.

⁵⁰⁹ « Seit einigen Jahren gibt es in zunehmendem Grade keine offenen bzw. mehr oder weniger versteckten negativen politischen Bemerkungen, ironische Anspielungen usw. mehr im Arbeitsbereich. Die „öffentliche Meinung“, das „politische Klima“ hat sich gegenüber der Zeit der westberliner Oberärzte wesentlich verändert. » LAB, C Rep 904-225-13, Einschätzung der ideologischen Situation an der Nervenlinik, 8 décembre 1964.

⁵¹⁰ LAB, C Rep. 901-01-12-73, Material zur Einschätzung der Lage an der Medizinischen Fakultät, 20 octobre 1961.

gymnastique thérapeutique (*Krankengymnastin*) de la clinique⁵¹¹.

Quand on se penche sur le personnel de la clinique – comme de l'ensemble de la Charité –, il est ainsi nécessaire de prendre en compte la présence immédiate de l'Ouest, en tant que marché alternatif de travail et plus globalement en tant qu'« ailleurs possible ». Comme l'a montré Melanie Arndt, le système de santé à Berlin illustre bien la concurrence que se livrent les deux États allemands. Si « la construction du Mur met un point final aux contacts directs et aux relations d'échange », « Berlin reste bien éloignée d'un "dés-entrelacement" de l'espace »⁵¹². L'exemple de la clinique – au niveau du personnel comme des patients – confirme tout à fait cette analyse. Au sein de la clinique, la construction du mur de Berlin apporte tout de même une certaine stabilité dans la composition du personnel. Le témoignage d'E.S., qui exerce le métier de psychologue au cours des années 1960, est ici tout à fait éclairant. Il souligne notamment les conséquences ambivalentes de la fermeture des frontières vers l'Ouest.

« Pour moi, ça a été quelque chose de vraiment terrible, oui. Mais sur le plan du travail... Ici, je dois même dire quelque chose qui va maintenant paraître tout à fait bizarre. Avant que le Mur ne soit construit, nous avons souffert du fait que des médecins ne prennent soudainement pas leur service, ils trouvaient très vite quelque chose de l'autre côté. Et à partir de là, nous avons eu à nouveau de la continuité dans notre cercle de thérapeutes. C'était quelque chose, disons, autant j'en ai souffert sur le plan personnel, familial, c'était quelque chose de plus sécurisant, de ne pas à nouveau avoir à faire une triste expérience le lendemain matin, untel et untel a disparu, n'est plus là. Ça nous a aussi attristés, je dois dire, ou moi en tout cas beaucoup. Et les patients l'ont aussi compris, quand quelqu'un ne venait plus. »⁵¹³

La fermeture des frontières réduit ainsi de manière notable le rythme des défections et entraîne de ce fait une stabilité plus importante des équipes soignantes et médicales, ce qui semble être ressenti non seulement par le personnel mais aussi par les patients.

Au-delà de l'important *turnover* qui caractérise le personnel médical de la clinique –

⁵¹¹ HPAC, B IV 1, lettre de Karl Leonhard à la directrice de l'école professionnelle de médecine, 14 avril 1962.

⁵¹² « Der Mauerbau setzte zwar einen Schlussstrich unter die direkten Kontakte und Austauschbeziehungen. Von einer vollständigen "Entflechtung" des Raumes war Berlin aber weit entfernt [...]. » Melanie Arndt, *op. cit.*, p. 254.

⁵¹³ « Für mich war es ganz Schlimmes, ja. Aber arbeitsmässig... Also dann muss ich sogar was sagen, was jetzt ganz komisch klingen wird. Bevor die Mauer gebaut wurde, haben wir darunter gelitten, dass Ärzte plötzlich nicht zum Dienst erschienen sind, die fanden sehr schnell auch auf der anderen Seite was. Und von da an hatten wir wieder mehr Kontinuität in unserem Therapeutenkreis. Das war etwas, sag man mal, so sehr ich persönlich, familiär gesehen, darunter gelitten habe, war das etwas, was etwas mehr Sicherheit hat, dass man nicht am nächsten Morgen wieder eine traurige Erfahrung machen muss, der und der ist verschwunden, ist nicht mehr da. Das hat uns doch auch bedrückt, muss ich sagen, oder mich jedenfalls sehr. Und auch Patienten haben das mitgekriegt, wenn da mal jemand nicht mehr kam. ». Entretien avec E.S., le 11 mars 2014 à Berlin.

du moins jusqu'en août 1961 – , le ratio patients/médecin y reste plutôt correct voire élevé. D'après les sources, si l'on compte un médecin pour environ 14 patients en 1958, en 1967, la clinique en compte un pour environ 11 patients⁵¹⁴. Ce ratio semble plutôt comparable à celui qui existe – à la même époque – au sein d'autres cliniques psychiatriques européennes, comme à l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann de Bruxelles⁵¹⁵. Et quand on compare sa situation à celle d'autres cliniques de RDA, celle de la Charité apparaît nettement favorisée. Ainsi, en 1958, à la clinique universitaire de Greifswald, on compte un médecin pour environ 36 patients⁵¹⁶. Le fossé se creuse encore plus quand on examine les établissements psychiatriques non-universitaires (*Anstalten*). À l'été 1959, au sein de l'établissement psychiatrique de Görden, on ne compte ainsi qu'un seul et unique médecin pour 365 patients !⁵¹⁷ La pénurie de spécialistes prend donc une tout autre ampleur dans le domaine de la psychiatrie d'établissement (*Anstaltspsychiatrie*). Globalement, en comparaison avec les autres institutions psychiatriques de RDA, la clinique de la Charité semble bien lotie en ce qui concerne ses effectifs. La réputation de la Charité facilite le recrutement de jeunes médecins qui souhaitent se former au sein d'une grande clinique universitaire, où des activités de recherche sont possibles et encouragées. Le directeur de la clinique, Karl Leonhard, et nombre de médecins publient ainsi des articles et des ouvrages scientifiques tout au long des années 1960⁵¹⁸.

Si, dans le paysage psychiatrique de RDA, la clinique dispose d'une situation favorable en ce qui concerne le personnel médical, le résultat est tout autre quand on s'intéresse à sa situation au sein du complexe hospitalier de la Charité. Comme le souligne son directeur en 1962, « il n'y a dans toute la Charité, aucune clinique, qui a aussi peu de médecins que la *Nervenlinik* »⁵¹⁹. S'appuyant sur des données statistiques, Karl Leonhard souligne l'écart qui existe entre, d'une part, la clinique psychiatrique et neurologique, et

⁵¹⁴ HPAC, B IV 1, liste des médecins datant du 25 juin 1958. HPAC, B IV 2, lettre de Karl Leonhard au doyen de la faculté de médecine, 23 mars 1967.

⁵¹⁵ Dans la première moitié des années 1960, l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann de Bruxelles compte un médecin pour environ 8 à 12 patients. Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 115.

⁵¹⁶ HPAC, B II 4, lettre du professeur S., directeur de la clinique universitaire de Greifswald à Karl Leonhard, 26 août 1958.

⁵¹⁷ Ces valeurs sont extrêmement fluctuantes. Au début de l'année 1959, l'établissement de Görden compte encore un médecin pour 265 patients. Dans tous les cas, on est bien loin du ratio atteint par la Charité. Sabine Hanrath, *op. cit.*, p. 391.

⁵¹⁸ La clinique dispose d'ailleurs d'une bibliothèque, qui est particulièrement bien fournie en littérature scientifique, notamment en provenance de la RFA. D'après le rapport annuel de 1963, le premier poste de dépenses de la bibliothèque concerne l'achat de livres provenant de RFA : en 1963, 88 exemplaires ont été achetés pour une valeur d'environ 3500 DM, ce qui correspond au double de la somme dépensée pour des ouvrages provenant de RDA (environ 1500 DM pour l'achat de 90 ouvrages). HPAC, B III 1, Jahresbericht 1963.

⁵¹⁹ HPAC, B IV 2, lettre de Karl Leonhard au doyen de la faculté de médecine, 27 avril 1962.

d'autre part, d'autres cliniques de la Charité qui disposent d'un médecin pour 3 à 4 patients⁵²⁰. Il reprend cet argumentaire cinq ans plus tard en 1967. La situation ne semble pas avoir changé puisqu'à cette date, d'après Karl Leonhard, la *Nervenlinik* reste « la clinique la moins pourvue en médecins »⁵²¹. Quand on se penche sur des tableaux statistiques provenant de l'administration de la Charité, on parvient à la même conclusion⁵²². Karl Leonhard n'est d'ailleurs pas le seul à se plaindre du manque de personnel médical qualifié. En 1962, une réunion des médecins-chefs de la clinique aboutit à la conclusion selon laquelle « les effectifs présents ne correspondent pas à l'état de développement actuel et à la spécialisation de la clinique »⁵²³. D'après le rapport issu de cette réunion, chaque service ne dispose que d'un seul médecin, la plupart d'entre eux n'ayant pas terminé leur spécialisation. Ainsi, suivant l'échelle à laquelle on se place, la *Nervenlinik* se situe dans une position plus ou moins favorisée en ce qui concerne les effectifs de son personnel médical. En tant que clinique universitaire appartenant au complexe hospitalier le plus important de RDA, elle dispose d'un ratio nettement plus élevé que les autres établissements. Cependant, à l'échelle de la Charité, elle reste à la dernière position. Cette position ambivalente reflète à la fois la situation privilégiée des cliniques universitaires dans leur ensemble, et de celles de la Charité en particulier, mais elle illustre aussi le traitement inégalitaire fait à la discipline psychiatrique, qui est reléguée au second plan, par rapport à d'autres spécialités médicales.

Au-delà de la tentation du départ vers l'Ouest, quand on se penche sur les parcours des médecins de la *Nervenlinik*, on perçoit dans quelle mesure les logiques politiques – spécifiques aux sociétés de type soviétique – peuvent s'entrelacer à des logiques professionnelles, plus classiques. Cet enchevêtrement se constate notamment à la lecture des dossiers personnels des médecins, dont nous avons pu consulter un petit échantillon. Étant donné le faible nombre de dossiers consultés (14), il nous est impossible de livrer un aperçu statistique. L'analyse qui va suivre vise donc bien plus à reconstituer le parcours professionnel de certains médecins de la clinique, en tentant de saisir les spécificités inhérentes au contexte politique de la RDA.

On peut ainsi se demander quel rôle le critère politique – qu'on peut tenter de saisir à travers l'appartenance au SED – peut jouer dans la carrière de ces médecins. S'agit-il d'un vecteur d'accélération de carrière ou son influence est-elle limitée ? La carte du parti est-elle un sésame obligatoire pour monter dans la hiérarchie de cette clinique ? Plusieurs éléments laissent plutôt penser le contraire et soulignent l'importance de critères classiques dans les

⁵²⁰ *Ibid.*

⁵²¹ HPAC, B IV 2, lettre de Karl Leonhard au doyen de la faculté de médecine, 23 mars 1967.

⁵²² HPAC, B IV 1, tableau des effectifs (1957).

⁵²³ HPAC, B IV 2, Oberarztbesprechung am 10. Juli 1962.

processus de recrutement et de promotion du personnel médical.

Le parcours d'Heinz D., médecin de la clinique et chargé de cours (*Dozent*) à la faculté de médecine depuis 1951, montre bien l'influence relativement limitée des critères politiques à cette époque⁵²⁴. Ce médecin, qui réside à Berlin-Ouest, est nommé médecin-chef en février 1956, bien que la *Kaderabteilung* ait délivré un avis négatif à ce sujet. La *Kaderabteilung* (service des cadres) est un service chargé de contrôler le recrutement du personnel selon la ligne directrice du parti. À la fin de l'année 1956, quand il est question de nommer Heinz D. au poste de professeur, la *Kaderabteilung* émet à nouveau des réserves et ce bien que le candidat remplisse les conditions professionnelles requises. Si les cliniques universitaires sont censées constituer « des centres de formation pour [la] nouvelle génération de médecins socialistes »⁵²⁵, le fait qu'Heinz D. réside à Berlin-Ouest ne correspond absolument pas à ce modèle. Cela n'empêche pas le recteur de l'Université de nommer ce médecin au poste de professeur de la faculté de médecine de Berlin, en janvier 1957. Comme le montre cet exemple et comme l'a souligné Ralph Jessen, dans le monde universitaire est-allemand, la médecine fait partie des disciplines qui parviennent à protéger efficacement leurs logiques de recrutement des influences exogènes, exercées notamment par le parti. D'après cet historien :

« L'indifférence politique de ces disciplines, la réserve pragmatique des dirigeants politiques, qui avaient besoin de cliniques et d'instituts performants, l'assurance des directeurs d'instituts, la concurrence sur le double marché du travail allemand et le "mythe de l'apolitique"⁵²⁶, qui était entretenu par ces "spécialistes et rien d'autre", protégèrent relativement longtemps les standards professionnels de la pression de la politisation. »⁵²⁷

Contrairement à d'autres disciplines, les critères classiques de sélection – comme l'obtention de l'habilitation – continuent à jouer un rôle primordial dans l'accès à la fonction de professeur de médecine, au détriment de critères politiques. En ce qui concerne les professeurs de médecine de RDA, 96,5% ont obtenu une habilitation en 1962 alors qu'ils ne sont qu'environ 60% toutes disciplines confondues⁵²⁸. Ce fort pourcentage se combine avec une faible appartenance au parti : en 1962, environ 25% des professeurs de médecine font partie du SED, ce qui se situe bien en-dessous de la moyenne (ils sont environ 36% toutes

⁵²⁴ UA HUB, dossier personnel de Heinz D.

⁵²⁵ *Ibid.*, Stellungnahme zum Antrag auf eine Professur des Dozenten Oberarzt Dr. D., 27 novembre 1956.

⁵²⁶ À ce sujet, voir Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 265.

⁵²⁷ « Die politische Indifferenz dieser Fächer, die pragmatische Zurückhaltung der politischen Machthaber, die auf leistungsfähige Kliniken und Institute angewiesen waren, das Selbstbewußtsein der Institutschefs, die ihren Wert kannten, die Konkurrenz auf dem doppelten deutschen Arbeitsmarkt und der "Mythos des "Unpolitischen", der von dieser "Nur-Fachleute" gepflegt wurde, schirmten professionelle Standards relativ lange gegen den Politisierungsdruck ab. » Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 412.

⁵²⁸ *Ibid.*, p. 407.

disciplines confondues)⁵²⁹. Ces deux éléments illustrent la persistance de critères de sélection traditionnels, basés sur des compétences scientifiques, dans les procédures de recrutement au sein des facultés de médecine de RDA, et ce au moins jusqu'à la fin des années 1960. Dans ce domaine, la discipline médicale, à l'instar des sciences naturelles, se distingue nettement des sciences humaines et sociales, au sein desquelles le positionnement politique joue un rôle de plus en plus important au détriment de l'expertise des pairs⁵³⁰. En ce qui concerne la situation de la *Nervenklinik* au cours des années 1960, les trois nominations à des postes de professeurs concernent des médecins ayant obtenu une habilitation et dont les compétences scientifiques ont donc bien été reconnues par leurs pairs⁵³¹. Le fait que deux d'entre eux appartiennent au parti lors de cette promotion ne semble pas avoir joué un rôle déterminant, la chronologie de ces nominations suit bien celle relative à l'obtention de l'habilitation, les camarades n'échappant pas à la règle. Les règles de recrutement au sein de la clinique semblent donc plutôt obéir à des standards professionnels traditionnels – l'habilitation constituant « le contrôle institutionnalisé le plus important donnant accès à la science en tant que métier, et qui – également en RDA – dépend[ait] encore largement du pouvoir décisionnel des communautés scientifiques »⁵³². Sur ce point, et durant la période que nous étudions, la clinique semble suivre un fonctionnement comparable à celles situées de l'autre côté du Rideau de fer.

Au-delà des répercussions sur la carrière des médecins, et pour poursuivre cette réflexion concernant la pénétration du politique dans le quotidien de la clinique, il convient de se pencher plus précisément sur l'une de ses manifestations les plus évidentes et qui constitue une spécificité du paysage professionnel de RDA : la présence du parti dans la clinique. Si nous avons déjà évoqué cette présence par touches, il s'agit ici de se pencher plus en détails sur le fonctionnement de l'organisation partisane dans le contexte de la *Nervenklinik*.

5. Le parti à la clinique

Comme tous les partis communistes, le SED encadre ses membres sur leur lieu de travail. Suite à la fusion de la faculté de médecine avec les instituts et cliniques de la Charité en 1951, le SED s'implante au sein de cette nouvelle entité sous la forme d'une seule

⁵²⁹ *Ibid.*, p. 401.

⁵³⁰ *Ibid.*, p. 406.

⁵³¹ HPAC, B III 1, rapports annuels de 1958 (habilitation du docteur F.), de 1959 (habilitation du docteur M.) et de 1960 (habilitation du docteur B.). Les nominations au poste de professeur suivent cette chronologie.

⁵³² « Da die Habilitationsprüfung [...] die wichtigste institutionalisierte Zugangskontrolle zur Wissenschaft als Beruf war, die auch in der DDR noch weitgehend der Entscheidungsmacht der wissenschaftlichen Fachgemeinschaften unterlag [...] ». Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 400.

organisation (*Fakultätsparteiorganisation* / Organisation du parti de la faculté)⁵³³. Au sein du complexe hospitalier de la Charité, les différentes organisations de base (*Grundorganisationen*) relèvent ainsi de l'autorité de la « direction du parti de la faculté » (*Fakultätsparteileitung*).

À la clinique psychiatrique et neurologique, au début des années 1960, les membres du parti s'organisent dans le cadre d'un groupe de parti (*Parteigruppe*). Ce groupe constitue une subdivision de l'organisation de base « Clinique interne » (*Grundorganisation Innere Klinik*) qui réunit alors plusieurs groupes issus de différentes cliniques de la Charité⁵³⁴. Au fil des années 1960, ce groupe connaît plusieurs restructurations, sans que ses effectifs n'augmentent de manière manifeste⁵³⁵. D'après les sources que nous avons pu consulter, ils oscillent autour d'une vingtaine de membres (19 membres en 1960, 24 membres en 1962). Si l'on considère que la clinique compte environ 220 employés⁵³⁶, on peut estimer que les camarades représentent environ 10% des effectifs du personnel, une proportion plutôt élevée au sein de la Charité. En 1960, le groupe de parti de la clinique constitue ainsi le groupe « numériquement le plus important » de l'organisation de base dont il dépend (*GO Innere Klinik*)⁵³⁷. Il compte alors 19 membres dont 3 médecins-chefs et 6 médecins⁵³⁸. Les camarades sont donc particulièrement bien représentés aux postes-clés de la clinique : si en 1960, 3 des médecins-chefs appartiennent au SED ; ils sont 4 sur 7 en 1964 et 3 sur 7 en 1967. Au cours des années 1960, près de la moitié des médecins-chefs sont donc membres du parti. Sur le plan hiérarchique, les camarades – bien que numériquement minoritaires – détiennent donc une présence non négligeable au sein de la clinique.

Cependant, quand on se penche sur les archives, on s'aperçoit que le « travail au service du parti » (*Parteiarbeit*) ne se fait pas sans embûches. On constate tout d'abord que nombre de camarades manquent d'assiduité et ne fréquentent que rarement les assemblées de membres (*Mitgliederversammlungen*). L'assemblée des membres – qui a lieu une fois par

⁵³³ Andreas Malycha, « Die Struktur der SED an der Berliner Charité 1945 bis 1989 », in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *op. cit.*, p. 220-223.

⁵³⁴ En 1960, l'organisation de base « Clinique interne » comprend cinq groupes de parti (celui de la clinique dermatologique, celui de la clinique pédiatrique, ceux des cliniques de médecine 1 et 2, et celui de la clinique psychiatrique et neurologique).

⁵³⁵ Au cours de l'année 1964, dans le cadre d'une restructuration du parti, le groupe du parti de la clinique se transforme lui-même en organisation de base (*Grundorganisation Nervenlinik*). Trois années plus tard, en 1967, une nouvelle restructuration a lieu : la *GO Nervenlinik* semble être à nouveau dissoute dans une autre organisation de base (*GO Medizinisches Bereich*, organisation de base du domaine médical) et est alors désignée sous le terme d'*Abteilungsparteiorganisation* (organisation de secteur).

⁵³⁶ HPAC, BIV 2, Stellenplan, 15 octobre 1963.

⁵³⁷ LAB, C Rep 903 -01-12-73, Abschlußbericht der Brigade Innere-Kliniken der Charité von Ende Juni bis September 1960.

⁵³⁸ *Ibid.* En guise de comparaison, à la même date, les autres groupes appartenant à l'organisation de base « Clinique interne » compte entre 5 (clinique pédiatrique) et 17 membres (clinique dermatologique), avec au maximum deux médecins-chefs parmi leurs rangs (clinique dermatologique).

mois – constitue « l'organe le plus élevé » de l'organisation de base et vise à encadrer les camarades, à les éduquer sur le plan idéologique, et à les mobiliser⁵³⁹. Y sont principalement évoquées des questions relatives à « la vie de parti » (*Parteileben*) : organisation des votes, participation au cycle annuel de formation partisane (*Parteilehrjahr*), recrutement de nouveaux candidats, transmission des décisions centrales. La participation aux assemblées constitue l'un des principaux devoirs des camarades du parti. Or, les assemblées ayant lieu entre novembre 1964 et octobre 1965 ne rassemblent en moyenne que 6 à 7 personnes, ce qui correspond à un taux de participation compris entre 25% et 30%⁵⁴⁰. À la même époque, au sein des organisations d'entreprise, la participation aux assemblées se fait nettement plus élevée, puisqu'elle oscille entre 70 et 80%⁵⁴¹. En comparaison avec les autres organisations de base de la Charité, celle de la *Nervenklinik* se caractérise particulièrement par ce manque d'assiduité. En décembre 1965, elle témoigne ainsi du plus faible taux de participation à la dernière assemblée des membres⁵⁴².

Au-delà de la faible fréquentation des assemblées, l'orientation prise par les camarades de la clinique se voit vivement critiquée par le parti. Instance de contrôle et de disciplinarisation de ses membres, le SED dispose d'organes internes chargés de veiller au respect de la « ligne du parti » à tous les échelons. En 1960, une brigade d'instructeurs est ainsi envoyée au sein de l'organisation de base « Clinique interne », dont fait partie le groupe de la clinique⁵⁴³. D'après cette brigade, le travail des camarades de la *Nervenklinik* est entravé par « un manque de clarté idéologique », qu'il s'agisse des activités en lien avec la transmission des décisions des autorités centrales, de la collaboration avec les non-camarades, ou du travail de propagande idéologique. Selon ce rapport, le *Parteigruppe* se caractérise notamment par une position sectaire vis-à-vis du directeur comme des collègues n'appartenant pas au SED, ce qui provoque l'isolement des camarades. Cette situation de tensions repose sur « une mauvaise appréciation du rapport de forces dans le monde »⁵⁴⁴. Les positions défendues par certains camarades, qui reflèteraient l'opinion dominante au sein du groupe, sont ainsi jugées trop radicales. À l'échelle centrale, au sein du SED, une nouvelle ligne est adoptée au début des années 1960 au sujet du contrôle disciplinaire des camarades, et qui peut expliquer en partie les reproches adressés au *Parteigruppe* de la clinique. Il ne s'agit plus de faire la chasse aux « fractions internes » au parti, ou de lutter contre les « révisionnistes » comme cela

⁵³⁹ *Statuten der SED*, 1954, § 52.

⁵⁴⁰ Voir les procès-verbaux d'assemblées contenus dans le fonds suivant : LAB, C Rep 904-225-4.

⁵⁴¹ Michel Christian, « Parti et société en RDA et en Tchécoslovaquie... », *op. cit.*, p. 451.

⁵⁴² LAB C Rep 904-225-12, Monatsbericht Dezember, 27 décembre 1965.

⁵⁴³ LAB, C Rep 903-01-12-73, Abschlußbericht der Brigade Innere-Kliniken der Charité von Ende Juni bis September 1960.

⁵⁴⁴ *Ibid.*

a pu être le cas lors des années 1950, mais de suivre une ligne plus modérée. Au début des années 1960, les vagues de départs vers l'Ouest et les résultats plus qu'incertains de la politique économique ne peuvent plus être mis sur le dos des « saboteurs » ou autres « révisionnistes », sans porter atteinte à la crédibilité du SED. C'est donc une ligne plus modérée qui est adoptée à l'encontre des camarades, dans le cadre du contrôle disciplinaire. Dès le début des années 1960, les instances de contrôle du parti s'attachent ainsi à combattre les positions outrancières, désignées comme relevant du « dogmatisme » et de l'« esprit de secte »⁵⁴⁵. Dans cette perspective, le rapport de la brigade – qui date de 1960 – reflète les modalités selon lesquelles ce changement de cap est appliqué à la base, non sans frictions. Ce reproche n'est pas nouveau en ce qui concerne le groupe de parti de la clinique puisqu'on le retrouve dès la fin des années 1950. Dès 1958, les instances dirigeantes du parti au sein de la faculté (*Fakultätsparteileitung*) soulignent ainsi que ce groupe « considère, d'une manière sectaire, tous les médecins qui ne sont pas membres du parti comme un bloc fermé et fondamentalement hostile au parti »⁵⁴⁶. En ce qui concerne les émigrations vers l'Ouest, les camarades du groupe seraient d'avis qu'il ne s'agirait pas d'une « grosse perte ». Pour les instances supérieures du parti, le travail de propagande idéologique doit au contraire être mené vis-à-vis de tous ; on ne peut minimiser les conséquences néfastes des vagues de départs vers l'Ouest, notamment quand il s'agit de médecins. Dès 1958, le *Parteigruppe* de la clinique semble ainsi se caractériser par une position radicale et plutôt agressive vis-à-vis de ceux qui ne sont pas camarades. Pour ces camarades, qui appartiennent eux-mêmes à « l'élite socialiste », la ligne de partage camarades/non-camarades joue manifestement un rôle-clé dans l'appréciation qu'ils peuvent avoir de leurs collègues. Cette vision manichéenne du monde – qui fait de l'appartenance politique un critère de légitimité primordial – ne correspond cependant pas à la nouvelle ligne prônée par les instances centrales depuis 1958, une ligne qui se veut plus concessive et dont témoigne notamment le premier communiqué adressé aux médecins (en septembre 1958). Cette divergence explique pourquoi, au début des années 1960, l'une des missions prioritaires adressées à ce groupe consiste à briser son isolement au sein de la clinique⁵⁴⁷. Pour ce faire, les instances supérieures du parti comptent sur l'action d'un « noyau positif » – plus modéré – qui est opposé aux camarades dont la position idéologique pose problème. Comme le montre l'exemple du groupe de la clinique,

⁵⁴⁵ À ce sujet, voir Thomas Klein, « Für die Einheit und Reinheit der Partei ». *Die innerparteilichen Kontrollorgane der SED in der Ära Ulbricht*, Cologne, Böhlau Verlag, 2002, p. 353.

⁵⁴⁶ « [...] in sektiererischer Art alle parteilosen Ärzte als einen geschlossenen im wesentlichen feindlich der Partei gegenüberstehenden Block betrachtet. » LAB, C Rep 903-01-12, Bericht über die Arbeit der Parteiorganisation im vergangenen Monat, 23 septembre 1958, p. 2.

⁵⁴⁷ LAB C Rep 904-225-11, Informationsbericht Fakultätsparteileitung Medizinische Fakultät, 26 mars 1963, p. 2.

faire preuve de trop de zèle sur le plan idéologique et politique ne correspond plus – au début des années 1960 – aux attentes des autorités du parti.

L'efficacité du *Parteigruppe* n'apparaît donc pas comme proportionnelle au nombre de ses membres, ni à la position de ceux-ci au sein de la hiérarchie. Il semble bien plutôt traversé par des tensions internes qui transcendent la séparation entre camarades et non-camarades et qui peuvent entraver son bon fonctionnement. Si les camarades détiennent des positions-clés au sein de la clinique, cela ne signifie pas pour autant que leur travail soit particulièrement efficace sur le plan politique ou du moins conforme aux exigences des instances supérieures. Ainsi, en septembre 1963, dans le cadre d'un rapport concernant un projet de réforme des études de médecine et l'engagement des camarades dans son élaboration, les instances centrales notent, qu'à ce sujet, « le front entre progressistes et arriérés ne se confond pas avec celui qui sépare les camarades des non-camarades »⁵⁴⁸. La clinique psychiatrique et neurologique est alors citée en exemple d'une clinique qui appartient au groupe des « arriérés » alors que les camarades y ont une forte position. D'après ce rapport, les camarades de la clinique ne suivent donc pas forcément les décisions des instances centrales.

En 1964, un rapport émanant de l'organisation de base de la clinique tente de saisir « la situation idéologique » qui la caractérise⁵⁴⁹. Ce document – rédigé par les camarades – est particulièrement intéressant car il souligne à nouveau certaines des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les membres du parti dans leur travail de propagande idéologique. D'après ce rapport, la situation au sein de la clinique apparaît comme plutôt contrastée. Ainsi, si les employés de la clinique présentent « une série de réserves à l'encontre de la RDA », « ils sont également conscients des nombreux avantages politiques de [notre] ordre social face à l'État ouest-allemand »⁵⁵⁰. La politique ne semble cependant pas jouer un rôle particulièrement important pour les équipes de la clinique. De l'avis même des camarades, « la conscience professionnelle est déterminée pour l'essentiel par l'état de la morale professionnelle en général et de la conscience du devoir médical, et non par des positions idéologiques ou politiques »⁵⁵¹. De l'avis même des camarades, la conscience professionnelle ne se situe donc pas au même plan que les considérations d'ordre idéologique ou politique.

Suite à cette appréciation générale, on trouve une évaluation rapide concernant les sept médecins-chefs. En ce qui concerne les quatre camarades, « en dehors de tous les problèmes

⁵⁴⁸ « Dabei ist die Front zwischen Fortgeschrittenen und Zurückgebliebenen nicht identisch mit Genossen und Parteilosern. » LAB C Rep 904-225-4, Mitgliederversammlung, 16 septembre 1963, p. 11.

⁵⁴⁹ LAB C Rep 904-225-13, Einschätzung der ideologischen Situation an der Nervenlinik, 8 décembre 1964.

⁵⁵⁰ « [...], dass sie sich aber auch vieler politischer Vorteile unserer Gesellschaftsordnung gegenüber dem westdeutschen Staat bewusst sind. » *Ibid.*

⁵⁵¹ « Das Arbeitsbewusstsein ist im Wesentlichen vom Stand der allgemeinen Arbeitsmoral und des medizinischen Pflichtbewusstseins bestimmt, nicht von ideologischen oder politischen Haltungen. » *Ibid.*

qu'ils ont en particulier et dans leurs relations les uns aux autres, il faut constater, qu'ils exercent une influence politique positive sur les employés »⁵⁵². Quand aux trois autres, ils montrent une « grande ouverture d'esprit et de la loyauté », bien qu'ils fassent preuve d' « un degré d'opportunisme difficile à apprécier »⁵⁵³. À nouveau, le bilan se fait plutôt contrasté, notamment quand il est question de non-camarades. On constate néanmoins qu'une attitude plus nuancée est adoptée vis-à-vis de ces derniers, ce qui correspond aux vœux émis par les instances dirigeantes dès 1958. Globalement, d'après les éléments avancés dans ce rapport, la situation « politico-idéologique » au sein de la clinique semble relativement difficile à saisir et ne reflète pas de positionnements bien tranchés, la politique ne semblant pas jouer de rôle déterminant dans son fonctionnement quotidien. Le rapport souligne d'ailleurs qu' « il n'y a que peu de débats politiques dont pourrait ressortir une connaissance exacte et continue du positionnement idéologique des employés »⁵⁵⁴.

Quand on monte dans la hiérarchie, la situation n'apparaît guère plus claire puisque « le positionnement idéologique » du directeur de la clinique est décrit comme « particulièrement difficile à évaluer »⁵⁵⁵. Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, si Karl Leonhard ne se rend pas coupable de critiques ouvertes à l'encontre de l'État socialiste, plusieurs de ses attitudes sont désignées par les camarades comme « diamétralement opposées à [l'] idéologie »⁵⁵⁶. Le « positionnement politique » de Karl Leonhard est décrit comme ayant « une grande importance » et couvre une large part de ce rapport consacré à la situation générale de la clinique. Ces éléments soulignent dans quelle mesure la personnalité du directeur pèse sur le quotidien de la clinique, et plus particulièrement sur la marge de manœuvre dont disposent les camarades. Ici, la logique hiérarchique traditionnelle s'oppose à la logique partisane. À la Charité comme ailleurs en RDA, le conservatisme structurel qui caractérise les cliniques universitaires s'illustre dans l'autorité souvent patriarcale dont disposent leurs directeurs et qui imprègne fortement leur fonctionnement quotidien⁵⁵⁷. Le poids de la direction semble ainsi constituer un frein dans le travail de propagande idéologique qui est à mener par les camarades de la clinique. Un autre exemple vient conforter cette analyse. En 1965, quand il est proposé de faire de la formation annuelle du parti (*Parteilehrjahr*) un « séminaire idéologique », dans lequel seraient traitées les

⁵⁵² « Abgesehen von allen Problemen die diese Genosse im einzelnen und in ihrer Beziehung zueinander beinhalten, muss festgestellt werden, dass von ihnen ein positiver politischer Einfluss auf die Mitarbeiter ausgeht. » *Ibid.*

⁵⁵³ *Ibid.*

⁵⁵⁴ « Es gibt nur wenige politische Debatten, aus denen sich eine eingehende und kontinuierliche Kenntnis der ideologischen Stellung der Mitarbeiter ergeben könnte. » *Ibid.*

⁵⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁵⁷ Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 290.

« questions idéologiques de [la] discipline », les camarades émettent des objections⁵⁵⁸. D'après eux, de telles discussions seraient inutiles : leur position vis-à-vis de la discipline psychiatrique n'a que peu d'importance, puisqu'ils doivent de toute façon « représenter les conceptions de la direction ». À nouveau, on perçoit dans quelle mesure l'influence de Karl Leonhard semble brider les élans des camarades de la clinique. Pourquoi travailler à la dimension idéologique de la psychiatrie, puisqu'il faudra, de toute façon, suivre l'orientation du directeur ?

Finalement, quand on se penche sur la présence du parti au sein de la clinique, on constate que la pénétration du politique et de l'idéologie s'y heurte à plusieurs obstacles, le premier d'entre eux relevant de la continuité des structures hiérarchiques traditionnelles. Si la présence d'une organisation du parti constitue l'une des manifestations les plus apparentes de la domination politique qui pèse sur le quotidien de la *Nervenklinik*, elle doit faire face à des logiques inhérentes au fonctionnement d'une clinique universitaire, et qui peuvent entrer en contradiction avec des logiques politiques, prônées par le parti. Au sein d'une institution fortement hiérarchisée, le positionnement politique du directeur joue ainsi un rôle non négligeable dans la détermination de la marge de manœuvre dont disposent les camarades. Au cours des années 1960, si la relation aux non-camarades semble se faire selon des modalités plus apaisées – suivant la ligne dictée par le parti –, cette stratégie n'entraîne cependant pas de résultats notables : à plusieurs reprises, l'organisation de base de la *Nervenklinik* est ainsi désignée par les instances supérieures du parti pour ses résultats nuls en matière de recrutement⁵⁵⁹. Globalement, l'influence politique des camarades de la clinique semble relativement limitée, l'autorité du directeur continuant – tout au long des années 1960 – à jouer un rôle tout à fait primordial.

⁵⁵⁸ LAB C Rep 904-225-4, PO Nervenklinik. Protokoll der Mitgliederversammlung vom 22.9.1965, 22 septembre 1965 ; PO Nervenklinik. Mitgliederversammlung vom 20.10.65, 20 octobre 1965.

⁵⁵⁹ LAB C Rep 904-225-12, Informationsbericht Juni, 28 juin 1966, p. 8. Informationsbericht April 1967, 28 avril 1967. En 1970, l'organisation du parti de la *Nervenklinik* compte toujours une petite vingtaine de membres. LAB C Rep 904-225-21, APO Nervenklinik. Bericht von der ausserordentlichen Mitgliederversammlung am 14.9.1970.

6. Une clinique sous surveillance ?

6.1 L'intérêt de la Stasi pour le système de santé : l'exemple de la Charité⁵⁶⁰

Pour clore ce chapitre de contextualisation consacré à la *Nervenklinik* de la Charité, il convient de revenir sur une autre spécificité du contexte politique de la RDA : la surveillance de la clinique par les services du ministère de la Sécurité d'État (*Ministerium für Staatssicherheitsdienst / MfS*). « Bouclier et glaive du parti »⁵⁶¹, la *Stasi* se fait à la fois instance de surveillance et de contrôle de la société est-allemande, par le biais de ses officiers et des collaborateurs officieux (*Inoffizieller Mitarbeiter, IM*) qu'elle recrute dans toutes les sphères de la société. Ces derniers assurent la fonction d'informateurs pour la police secrète, à laquelle ils délivrent des renseignements sur le mode de la conspiration. Si nous avons déjà évoqué brièvement la présence de l'un d'entre eux parmi les médecins, il s'agit désormais de se pencher plus en détails sur les modalités de présence de la police politique dans l'enceinte de la clinique.

À l'échelle de la RDA, une surveillance systématique du système de santé par les services de la *Stasi* débute véritablement à la fin des années 1950. Suite à la nomination d'Erich Mielke à la tête du ministère de la Sécurité d'État en 1957, la police politique détourne son regard de l'Ouest et concentre désormais son activité au sein des frontières de la RDA ; la santé faisant partie de ses domaines d'action prioritaires. Datée du 15 juillet 1959, c'est la directive 4/59 (*Dienstanweisung 4/59*) qui marque le début des efforts de la *Stasi* en ce sens. Ordre est dès lors donné de recruter, dans chaque district de RDA, un à deux collaborateurs officieux chargés de travailler à la surveillance des établissements de santé⁵⁶². En 1989, ces informateurs représentent 3 à 5% des médecins, proportion nettement plus élevée qu'au sein de la population active de RDA (qui compte environ 1,3% d'IM)⁵⁶³. Ce sont les vagues d'émigrations de médecins vers l'Ouest qui poussent en premier lieu la police politique à s'intéresser de près à ce secteur. La haute valeur politique accordée au système de santé socialiste – élément-clé dans le discours de légitimation du régime – explique également pourquoi il suscite particulièrement l'intérêt de la *Stasi*, et ce d'autant plus que le groupe

⁵⁶⁰ Voir à ce sujet les travaux de Laura Hottenrott : Laura Hottenrott ; « Der Einfluß der Staatssicherheit auf die Charité », in Benjamin Schröder, Jochen Staadt (dir.), *Unter Hammer und Zirkel. Repression, Opposition und Widerstand an den Hochschulen der SBZ/DDR*, Francfort sur le Main, Lang, 2011, p. 349-363 ; Laura Hottenrott, « Die Charité als Observationsobjekt des MfS », in Rainer Herrm, Laura Hottenrott (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West (1945-1992)...*, op. cit., p. 189-202.

⁵⁶¹ Sur l'histoire du ministère de la Sécurité d'État, voir : Jens Gieseke, Mielke-Konzern. *Die Geschichte der Stasi, 1946-1990*, Munich, Deutsche Verlags-Anstalt, 2001.

⁵⁶² Sonja Süß, op.cit., p. 130-131.

⁵⁶³ Sonja Süß, op.cit., p. 248 ; Francesca Weil, *Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR*, Göttingen, V&R unipress, 2008, p. 20.

professionnel des médecins se fait plutôt réservé voire critique vis-à-vis de l'État socialiste. Dans cette optique, les établissements universitaires de médecine constituent une cible privilégiée pour les services de la *Stasi*, du fait du conservatisme politique et du potentiel oppositionnel qui les caractérisent⁵⁶⁴. Tous ces éléments expliquent l'intérêt porté par la police politique au système de santé en général, et à la Charité en particulier, qui est censée être sa vitrine, dans le domaine de la recherche, de la formation universitaire, comme des soins. À cela s'ajoute la situation géographique particulièrement sensible de ce complexe hospitalier, à proximité immédiate de la frontière avec Berlin-Ouest, ce qui augmente encore son importance politique pour les autorités⁵⁶⁵.

Cependant, la mise en place systématique d'un réseau de surveillance au sein de la Charité n'a lieu qu'au tournant des années 1960-1970. Si dès 1962, un collaborateur permanent (*Hauptamtlicher Mitarbeiter*) est responsable de la sécurisation de la Charité, il lui est reproché en 1964 de ne pas recruter suffisamment de collaborateurs officieux⁵⁶⁶. En 1971, la *Stasi* en compte environ 20 pour tout le domaine de la Charité⁵⁶⁷. Ils sont censés couvrir la surveillance d'un complexe hospitalier où travaillent 4000 personnes, auxquelles il faut ajouter environ 1500 étudiants en médecine (les IM représentent ainsi environ 0,3% du personnel). Cet effectif, qui est dirigé jusqu'alors par un seul collaborateur, est jugé tout à fait insuffisant par les services de la *Stasi* et rend impossible une surveillance efficace et systématique⁵⁶⁸. Dès le début des années 1970, la surveillance de la Charité s'intensifie donc à travers la constitution d'un réseau plus étoffé d'IM, et la mise en place d'une structure hiérarchisée de collaborateurs permanents aux missions spécialisées⁵⁶⁹. En 1986, la Charité abrite 80 IM, ce qui correspond à environ 1% des employés et étudiants qui y travaillent à cette date⁵⁷⁰. Ces IM sont encadrés par cinq officiers de la police politique. En 15 ans, le nombre d'IM chargés de la surveillance de la Charité a ainsi quadruplé.

⁵⁶⁴ En mars 1955, des troubles ont ainsi lieu à l'université de Greifswald, menés par des étudiants en médecine. Ils seront sévèrement réprimés. Sonja Süß, *op.cit.*, p. 135-136.

⁵⁶⁵ Voir à ce sujet : Rainer Herr, « Die Charité als Grenzobjekt », *op. cit.*, p. 171-188.

⁵⁶⁶ MfS, BV Berlin, KS II, Nr. 732 / 91, Beurteilung, 16 janvier 1964, p. 52. Sur les fonctions de ce collaborateur permanent (*Führungs-Inoffizielle Mitarbeiter*, responsable de collaborateurs officieux) voir : Laura Hottenrott, « Die Charité als Observationsobjekt... », *op.cit.*, p. 194-196.

⁵⁶⁷ Laura Hottenrott, « Der Einfluß der Staatssicherheit... », *op.cit.*, p. 358.

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ Laura Hottenrott, « Die Charité als Observationsobjekt... », *op.cit.*, p. 193-196. Jutta Begenau, « Die Hauptamtlichen Mitarbeiter des MfS an der Charité », in Johanna Bleker, Volker Hess, *op. cit.*, p. 224-226.

⁵⁷⁰ Pour le nombre d'IM, voir : Sonja Süß, *op. cit.*, p. 200. Ce rapport d'1% d'IM en 1986 est donné par Laura Hottenrott. Voir : Laura Hottenrott, « Die Charité als Observationsobjekt... », *op. cit.*, p. 196.

6.2 La surveillance de la *Nervenlinik* sous le directorat de Karl Leonhard (1957-1969)

Le directorat de Karl Leonhard – de la fin des années 1950 à la fin des années 1960 – correspond ainsi à un moment où la surveillance de la Charité en est encore à ses débuts. À travers l'exemple de la *Nervenlinik*, il s'agit de montrer quelles sont alors les modalités d'action de la *Stasi* vis-à-vis de cette cible particulière. Dans cette optique, nous nous pencherons sur les informations qui lui sont fournies par le contact dont elle dispose au sein de la clinique, l'informateur secret (*Geheimer Informator* / GI) Mertens. Les informateurs secrets ou GI constituent la subdivision la plus importante au sein du groupe des collaborateurs officieux (IM), que ce soit parmi les médecins ou dans l'ensemble de la population de RDA⁵⁷¹. Ils ont pour mission d'assurer « la sécurisation de domaines et d'objets de la société »⁵⁷², qu'il s'agisse – en ce qui concerne les médecins – d'un hôpital, d'une polyclinique ou d'un service de santé. Les rapports de ces médecins-GI concernent donc des éléments relatifs à leur environnement professionnel⁵⁷³.

En mai 1957, soit quelques mois avant la prise de fonction de Karl Leonhard, les services de la *Stasi* ne disposent d'aucune « relation officieuse » au sein de la clinique ; il convient dès lors de remédier à cette situation en prenant contact avec un « médecin positif »⁵⁷⁴. Le choix se porte sur un médecin, dont le profil semble tout à fait propice à une collaboration fructueuse avec la police politique. En tant que médecin, il appartient à un groupe professionnel qui intéresse particulièrement la *Stasi* et se trouve ainsi au cœur de la cible. Il est par ailleurs originaire d'Allemagne de l'Ouest et dispose donc de nombreux contacts avec la RFA, sur le plan familial comme professionnel, ce qui est un atout précieux pour la police politique. De plus, du fait de son activité syndicale, il est susceptible d'établir des relations avec toutes les cliniques et tous les instituts de la Charité. Son rayon d'action dépasse donc de loin le simple cadre de la clinique. Pour toutes ces raisons, en 1957, ce médecin apparaît comme le candidat idéal pour engager une collaboration avec la *Stasi*. À cela s'ajoute un positionnement politique manifestement positif vis-à-vis de la RDA, puisqu'il dépose une demande d'admission au SED dès septembre 1956, soit deux ans après son émigration vers l'Est. D'après un rapport préalable à la prise de contact, ce médecin exprimerait d'ailleurs constamment « son solide attachement à la RDA et au parti de la classe

⁵⁷¹ Au sein du corpus constitué par Francesca Weil et qui s'appuie sur 493 dossiers de médecins-IM, les GI – appelés à partir de 1968 *Inoffizieller Mitarbeiter für Sicherheit* [IMS, collaborateurs officieux pour la sécurité] – représentent environ 52% des médecins-IM (Francesca Weil, *op. cit.*, p. 49). Ils sont 69 % dans le corpus constitué par Sonja Süß, à partir de 170 dossiers de médecins-IM. (Sonja Süß, *op. cit.*, p. 271).

⁵⁷² Francesca Weil, *op. cit.*, p. 49.

⁵⁷³ *Ibid.*, p. 50.

⁵⁷⁴ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Vorschlag zur Kontaktaufnahme, 27 mai 1957.

ouvrière »⁵⁷⁵. Il est donc approché par les services de la Stasi en juillet 1957. Cette première rencontre se déroule « sans complication », le médecin se déclarant rapidement prêt à travailler pour la police politique⁵⁷⁶. L'informateur secret Mertens (c'est le pseudonyme que se choisit le médecin) entre alors en scène dans le cadre d'une collaboration secrète qui ne prendra officiellement fin qu'en 1972⁵⁷⁷. D'après la *Stasi*, l'objectif de ce recrutement consiste à :

« parvenir à une élucidation totale de l'objet [*la clinique et la Charité*], éclaircir en particulier la formation de groupes parmi les professeurs et les internes, établir les relations avec l'Ouest des professeurs et des internes, et établir, quel est le positionnement des professeurs et des médecins, qui interviennent dans des congrès en Allemagne de l'Ouest. »⁵⁷⁸

Dans un contexte où les médecins constituent un groupe professionnel particulièrement représenté parmi les candidats au départ, l'intérêt de la *Stasi* se porte ainsi en tout premier lieu sur les collègues de Mertens et leurs relations avec l'Ouest. Les premières missions dévolues à Mertens en août 1957 concernent bien les médecins-chefs et les internes de la *Nervenklinik* comme ceux de la clinique pédiatrique où le médecin a travaillé précédemment⁵⁷⁹. Des années 1950 à la chute du Mur, la principale mission assignée aux médecins collaborant pour la *Stasi* consiste en effet à livrer des informations sur leurs pairs (notamment quand ces derniers entretiennent des relations avec l'« étranger capitaliste »)⁵⁸⁰. Le recrutement du GI Mertens s'inscrit ainsi tout à fait dans les prérogatives habituelles de la police politique. Tout au long de sa collaboration, les informations qu'il fournit concerne donc en tout premier lieu ses collègues de la *Nervenklinik*, ou plus généralement de la Charité. Si ces rapports ont principalement trait au positionnement politique de ces médecins, ils peuvent également toucher à leurs compétences professionnelles, voire, dans certains cas, à leur vie privée. Dès la première rencontre avec l'officier de la *Stasi*, qui a lieu quelques jours après la prise de contact, Mertens livre une première appréciation de la situation au sein de la *Nervenklinik*, au sein de laquelle il évoque « le positionnement politique » de son directeur

⁵⁷⁵ *Ibid.*, Ermittlungsbericht, 25 février 1957, p. 18-19.

⁵⁷⁶ *Ibid.*, Bericht zur Kontaktaufnahme, 22 juillet 1957, p. 28.

⁵⁷⁷ Dès 1966, plus aucune rencontre n'a lieu entre le GI et son officier de référence. MfS 6892 / 62, Band P, Schlussbericht, 24 octobre 1972, p. 239-240.

⁵⁷⁸ « Ziel der Werbung ist es, durch den Kandidaten eine allseitige Aufklärung des Objektes zu bekommen, insbesondere Gruppenbildungen von Professoren und Assistenten aufklären, Westverbindungen der Professoren und Assistenten feststellen und feststellen, welche Stellung nehmen die Professoren und Ärzte ein, die auf Kongressen in Westdeutschland auftreten. » BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Vorschlag zur Anwerbung eines GI, 25 juillet 1957, p. 39.

⁵⁷⁹ BStU, MfS AIM 6892 / 62 Band A 1, Perspektivplan, 1^{er} août 1957, p. 8.

⁵⁸⁰ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 152.

mais également de plusieurs de ses collègues⁵⁸¹. L'attitude de l'un d'entre eux vis-à-vis de la RDA est ainsi qualifiée d' « absolument agressive », ce dernier entretiendrait d'ailleurs – selon Mertens – de nombreuses relations avec Berlin-Ouest et l'Allemagne de l'Ouest⁵⁸². Le positionnement d'une autre de ses collègues, qui habite à Berlin-Ouest, est quant à lui qualifié de « pro-occidental » et d' « ouvertement hostile » à la RDA⁵⁸³. Quant à un médecin-chef, pourtant camarade, il est désigné comme quelqu'un de « chancelant », sous l'influence de sa femme, fervente catholique⁵⁸⁴. Ainsi, en 1957, peu sont ceux qui trouvent grâce aux yeux de Mertens. En août 1959, l'informateur secret est décrit comme l'une des relations les plus qualifiées dont dispose la *Stasi* au sein de la Charité, ce qui laisse supposer qu'à cette date, le réseau d'informateurs qui couvre ce complexe hospitalier en est encore à l'état embryonnaire⁵⁸⁵. D'après ce rapport, Mertens semble donner entière satisfaction à l'officier en charge de sa mission. Cependant, à peine un an plus tard, il est fait état de « faiblesses idéologiques » en ce qui le concerne⁵⁸⁶. En octobre 1961, les services de la *Stasi* doutent ouvertement de la fiabilité de l'informateur⁵⁸⁷. D'après un rapport datant de 1962, « le GI a une certaine confiance pour le MfS [*ministère de la Sécurité d'État*], même s'il n'est pas sincère sur tous les sujets »⁵⁸⁸. Dès 1962, les rencontres entre Mertens et son officier se font d'ailleurs nettement plus espacées et s'interrompent complètement en 1966. Selon un rapport datant de 1965, plusieurs raisons laissent les services de la police politique dubitatifs quant à la sincérité de Mertens⁵⁸⁹. Il disposerait ainsi de nombreuses relations « intéressantes » en Allemagne de l'Ouest, au sein de l' « étranger socialiste » et en RDA, au sujet desquelles il ne donnerait pas d'information⁵⁹⁰. À cela s'ajoute le fait que sa carrière professionnelle ne semble pas le satisfaire entièrement⁵⁹¹. D'autre part, si Mertens appartient au SED, il défendrait toujours de « mauvais points de vue »⁵⁹². Il est d'ailleurs exclu de la direction du parti au sein de la faculté (*Fakultätsparteileitung*, FPL) en 1960 alors qu'il n'y était entré qu'un an plus tôt. D'après les services de la *Stasi*, un « manque de clarté idéologique » serait alors apparue chez ce médecin, en lien – d'une part – avec son évolution professionnelle, que le parti n'encouragerait pas

⁵⁸¹ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Treffbericht vom 24.7.57, 25 juillet 1957, p. 30-34.

⁵⁸² *Ibid.*, p. 32.

⁵⁸³ *Ibid.*, p. 32.

⁵⁸⁴ *Ibid.*, p. 33.

⁵⁸⁵ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Beurteilung, 18 août 1959, p. 80.

⁵⁸⁶ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Ermittlungsbericht, 14 juillet 1960, p. 94-95.

⁵⁸⁷ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Einschätzung des GI « Mertens », 27 octobre 1961, p. 140-141.

⁵⁸⁸ « Der GI hat ein bestimmtes Vertrauen um MfS, wenn er auch nicht in allen Fragen ehrlich ist. » BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Rapport du 20 avril 1962, p. 158-161.

⁵⁸⁹ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Rapport du 10 avril 1965, p. 219.

⁵⁹⁰ *Ibid.*

⁵⁹¹ « Ist unzufrieden mit seiner Entwicklung, möchte Prof. werden. Äußert, daß er sich in WD hätte besser entwickeln können. » *Ibid.*

⁵⁹² *Ibid.*

suffisamment d'après lui⁵⁹³. D'autre part, ce « manque de clarté idéologique » concernerait également la politique menée vis-à-vis de *l'Intelligenz*⁵⁹⁴. Ce médecin appartient en effet au groupe de camarades dont l'attitude radicale et sectaire se voit critiquée par les instances de contrôle du parti en 1960. Une large partie des rapports fournis par Mertens fait d'ailleurs état des tensions qui traversent le groupe du parti de la clinique. En juillet 1961, Mertens évoque les « différends » qui l'opposent à des camarades plus jeunes, qui ne préparent pas leur habilitation, ce qui, d'après lui, donnerait des « points d'attaque » aux « forces adversaires »⁵⁹⁵. Si Mertens se fait particulièrement sévère vis-à-vis des non-camarades, il est ainsi tout à fait conscient des logiques d'avancement en vigueur au sein de la clinique et qui donnent une importance capitale à l'habilitation, au détriment de critères politiques.

Au sein de la clinique, et d'après les rapports fournis par Mertens, le groupe des camarades semble donc bien loin de constituer une unité homogène, apparaissant bien plus comme traversé par des tensions internes qui nuisent à son efficacité idéologique. En ce qui concerne plus particulièrement l'informateur secret, suite à sa nomination à la fonction de professeur en 1965, il exprime son souhait de quitter le groupe du parti, pour des raisons apparemment financières. Pour les services de la *Stasi*, cela montre qu'il n'a jamais été un « camarade de cœur » mais s'est laissé « guider par des considérations carriéristes »⁵⁹⁶. Au fil du temps, l'informateur apparaît de moins en moins fiable, les rencontres régulières avec l'officier de la *Stasi* s'interrompent en 1966, et, en 1968 est lancée une procédure de surveillance à son encontre (on le soupçonne alors d'espionnage et de se préparer à quitter la RDA)⁵⁹⁷. En 1972, alors qu'il est sous le coup d'une procédure disciplinaire au sein du parti, sa collaboration prend officiellement fin⁵⁹⁸. Finalement, quand on se penche sur le parcours de Mertens en tant que collaborateur secret, on peut rejoindre l'une des conclusions tirées par la

⁵⁹³ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Rapport du 20 avril 1962, p. 158-161, ici p. 159.

⁵⁹⁴ *Ibid.*

⁵⁹⁵ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Bericht, 14 juillet 1961, p. 120-123, ici p. 121. Mertens semble attacher beaucoup d'importance à ce que les camarades ne s'appuient pas uniquement sur leur capital politique mais développent aussi leur capital scientifique (par l'obtention d'une habilitation) ; il s'oppose sur ce point aux camarades plus jeunes. On retrouve ce point de vue au sein d'un rapport qui concerne l'ensemble de la Charité, voir MfS 6892 / 62, Band A2, Bemerkungen zur Situation der Partei in der Medizinischen Fakultät, rapport non daté (certainement écrit en février 1961), p. 127-130. Voici ce qu'y écrit Mertens (p. 130) : « Une véritable fusion – conforme à la ligne du parti – de l'activité professionnelle et de la mission politique n'a pas réussi à la Charité, tant et si bien qu'il existe le danger que toute l'organisation [le SED] perde peu à peu de son sens. (Pour confirmation par exemple pour les nouvelles élections de l'organisation de base Cliniques internes : dans la direction Camarade XXX – pas de thèse, Camarade XXX doit être élu : pas de thèse. Ces exemples peuvent être vraisemblablement poursuivis.) » (*Eine wirklich parteiliche Form des Verschmelzens von fachlicher Arbeit und politischem Auftrag sei in der Charité nicht erfolgt, sodaß die Gefahr bestünde, daß die ganze Organisation langsam bedeutungslos würde. [Bestätigung z.B. für Neuwahlen Grundorganisation Innere Kliniken: in der Leitung Gen.XXX – keine Promotion, Gen. XXX soll gewählt werden: keine Promotion. Wahrscheinlich lassen sich diese Beispiele fortsetzen.*).

⁵⁹⁶ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Auskunftsbericht, 25 août 1967, p. 225-227.

⁵⁹⁷ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Schlussbericht, 24 octobre 1972, p. 239-240.

⁵⁹⁸ *Ibid.*

Stasi à son égard en 1972 : ce médecin semble bien avoir perçu sa collaboration avec la police politique comme un moyen d'améliorer ses perspectives de carrière⁵⁹⁹. Si en 1957, le motif officiel avancé pour son entrée en collaboration est la « conviction »⁶⁰⁰ –, comme la plupart des médecins travaillant pour la *Stasi*⁶⁰¹ –, Mertens semble bien animé par d'autres motivations n'ayant rien à voir avec le contexte idéologique mais plutôt avec ses perspectives professionnelles⁶⁰². Le contenu de nombre de ses rapports témoigne d'ailleurs de tensions qui relèvent plutôt d'une logique de concurrence professionnelle. On retrouve alors ce que l'historien Jens Gieseke appelle « des dénonciations du quotidien » (*Alltagsdenunziationen*), et qui relèvent de motivations privées et non politiques⁶⁰³.

Quand on se penche sur le contenu des rapports fournis par Mertens à la *Stasi*, on retrouve donc en premier lieu des informations concernant ses collègues, comme c'est le cas pour la plupart des médecins-IM⁶⁰⁴. Dans certains cas, Mertens livre également des appréciations d'ordre plus général au sujet de la situation au sein de la clinique comme de la Charité ; c'est par exemple le cas suite aux communiqués adressés par les autorités aux médecins en septembre 1958 et en décembre 1960⁶⁰⁵. Un autre volet de sa collaboration concerne ses relations à l'Ouest ; ses séjours personnels et professionnels de l'autre côté du Rideau de fer lui permettant d'alimenter les rencontres avec son officier référent. En septembre 1957, au retour de vacances passées à Hambourg, il donne ainsi ses impressions au sujet des élections au *Bundestag* ouest-allemand qui auront lieu quelques jours plus tard⁶⁰⁶. En 1959, Mertens fournit un rapport très détaillé concernant l'institut Kerckhoff de Bad Nauheim en RFA, qui comprend non seulement un schéma reproduisant les relations des scientifiques de cet institut avec l'étranger, mais aussi un plan de la ville indiquant la présence de sites militaires⁶⁰⁷. La même année, en vue de sa participation future à un congrès scientifique ayant lieu à Munich, plusieurs missions lui sont assignées : il lui faudra notamment surveiller le comportement des autres participants venant de RDA, constater si des médecins ayant quitté illégalement la RDA participent à cette manifestation, établir un contact avec des médecins ouest-allemands en vue de les inciter à une émigration⁶⁰⁸. Ses séjours à l'Ouest intéressent la

⁵⁹⁹ *Ibid.*

⁶⁰⁰ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Bericht, 31 octobre 1957, p. 40.

⁶⁰¹ Francesca Weil, *op.cit.*, p. 91-92.

⁶⁰² Sur ce plan, il ne constitue pas une exception. *Ibid.*, p. 93-94.

⁶⁰³ Jens Gieseke, « Zeitgeschichtsschreibung und Stasi-Forschung », *op. cit.*, p. 234. Francesca Weil parvient à la même conclusion en ce qui concerne les motivations des médecins-IM. Francesca Weil, *op. cit.*, p. 240.

⁶⁰⁴ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 152.

⁶⁰⁵ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A1, Treffbericht, 1958, p. 155-159. MfS 6892 / 62, Band A2, Situation in der Nervenlinik nach dem letzten Kommuniqué und innerhalb der Parteigruppe der Nervenlinik, janvier 1961, p. 116-120.

⁶⁰⁶ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A1, Treffbericht, 12 septembre 1957, p. 33.

⁶⁰⁷ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A1, Treffbericht, 22 avril 1959, p. 202-203.

⁶⁰⁸ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Auftrag im Zusammenhang mit seinem Besuch der 8.

Stasi au plus haut point.

Enfin, et c'est ce qui a particulièrement attiré notre attention, dans le cadre de sa collaboration avec la police politique, Mertens fournit également des informations concernant les patients de la clinique. Il faut préciser ici que ce médecin exerce surtout au sein des services pour enfants et des services de neurologie de la clinique, son domaine de prédilection étant la neurologie et non la psychiatrie. En 1961, il est médecin-chef responsable de l'unité de neurologie infantile et de l'unité de radiologie⁶⁰⁹. Il travaille également au sein de l'hôpital du gouvernement (*Regierungskrankenhaus*)⁶¹⁰. Dans le cadre de son activité d'informateur secret, Mertens fournit des informations précises sur certains patients et brise ainsi les préceptes du secret médical, ce qui est passible en RDA comme en RFA, d'une condamnation judiciaire. Dans les deux Allemagnes, la protection du secret médical est strictement encadrée par la loi et fait partie des devoirs élémentaires du médecin envers ses patients⁶¹¹. La RDA se distingue cependant de sa voisine ouest-allemande, dans la mesure où les limites du secret médical s'y voient repoussées. Si dans les deux Allemagnes, le médecin a pour obligation de déclarer les délits graves qui sont en passe d'être commis par son patient, en RDA, cette « obligation de déclaration » (*Anzeigepflicht*) concerne également les délits politiques, comme les cas les plus graves de « provocations hostiles à la sûreté de l'État » (*staatsfeindliche Hetze*) ou encore la préparation d'un « franchissement illégal de la frontière » (*ungesetzlicher Grenzübertritt*)⁶¹². En cas de non-déclaration, le médecin encourt une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 10 ans. Cependant, comme le souligne Sonja Süß, cette particularité du cadre législatif est-allemand, qui lève l'obligation au secret en cas de délits dits politiques, ne justifie en rien la violation du secret médical dans le cadre d'une collaboration avec la *Stasi*. Dans ce cadre, le droit en vigueur en RDA se voit « contourné selon les règles de la conspiration, et ce d'autant plus quand l'IM transmet des informations concernant l'état de santé ou la vie personnelle du patient »⁶¹³. Le caractère illégal de la violation du secret médical constitue d'ailleurs une raison invoquée par certains médecins de RDA dans leur refus d'entrer en collaboration avec la *Stasi*⁶¹⁴. Cependant, d'après l'étude menée par l'historienne Francesca Weil, cette violation du secret médical est loin d'être une exception chez les

Jahresversammlung der Deutschen EEG-Gesellschaft vom 3.-5.9.59 in München, 14 août 1959, p. 81.

⁶⁰⁹ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Bericht, 18 septembre 1961, p. 134-139, ici p. 134.

⁶¹⁰ *Ibid.*

⁶¹¹ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 258-259.

⁶¹² Sonja Süß, *op. cit.*, p. 259.

⁶¹³ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 260. À ce sujet, Sonja Süß souligne combien les autorités de la *Stasi* sont tout à fait conscientes du caractère illégal de la communication d'informations sur les patients par les médecins. Il n'y est fait allusion dans aucun ordre officiel, dans aucune instruction officielle, dans aucune directive officielle du MfS. *Ibid.*, p. 263.

⁶¹⁴ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 265 ; Francesca Weil, *op. cit.*, p. 203.

médecins-IM. Au sein du corpus qu'elle a constitué et qui couvre 493 cas, 28% des médecins-IM fournissent des informations concernant leurs patients, soit plus d'un IM sur 4⁶¹⁵. Si les représentants de toutes les disciplines sont concernés, on note toutefois une surreprésentation des psychiatres parmi les médecins-IM brisant le secret médical. D'après Sonja Süß, cela s'explique notamment par un plus grand intérêt porté par la *Stasi* aux patients atteints de troubles psychiques qu'à ceux atteints de troubles physiques, les premiers pouvant représenter un risque pour la sécurité de fait de leur comportement difficilement prévisible⁶¹⁶. De plus, certains de leurs patients se trouvant sous le coup de la loi, les psychiatres – qui sont également susceptibles d'exercer une activité d'expert dans le cadre judiciaire – peuvent être considérés comme des sources particulièrement utiles⁶¹⁷. De manière générale, en comparaison avec d'autres disciplines médicales, les psychiatres semblent d'ailleurs particulièrement infiltrés par les services de la *Stasi*⁶¹⁸. Si cela peut s'expliquer par le fait que certains de leurs patients se trouvent sous le coup de la justice, les psychiatres, comme les psychologues, seraient également bien représentés parmi les candidats au départ et parmi les meneurs d'« activités clandestines politiques » (*politische Untergrundtätigkeit*), ce qui nécessiterait une surveillance particulière et expliquerait ainsi la part relativement plus importante d'IM dans leurs rangs⁶¹⁹. Dans le cas de Mertens, s'il a une double formation en psychiatrie et en neurologie, les services de psychiatrie ne constituent pas le cœur de son activité professionnelle (ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait pas travaillé de manière ponctuelle), à la différence de ceux de neurologie.

D'après les sources dont nous disposons, Mertens est sollicité environ une quinzaine de fois par les services de la *Stasi* afin qu'il fournisse des informations sur des patients, entre 1958 et 1964. Dans son dossier d'informateur, les rapports concernant des patients représentent une part minoritaire, en comparaison à ceux qui se rapportent à ses collègues médecins⁶²⁰. La première mission relative à un patient lui est assignée en avril 1958, soit près de neuf mois après son entrée en collaboration⁶²¹. Dans la très grande majorité des cas, c'est

⁶¹⁵ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 186-188. Dans le cadre de son étude, Sonja Süß parvient à une proportion un peu plus élevée : ce sont 37 % des médecins-IM (63 sur 170), dont les dossiers ont pu être examinés, qui brisent le secret médical dans le cadre de leur collaboration avec la *Stasi*. Sonja Süß, *op. cit.*, p. 273.

⁶¹⁶ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 279 et p. 340.

⁶¹⁷ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 187-188.

⁶¹⁸ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 40-41.

⁶¹⁹ C'est l'opinion défendue par Francesca Weil (Francesca Weil, *op. cit.*, p. 40-41). Elle s'appuie ici sur des éléments avancés par Sonja Süß (Sonja Süß, *op. cit.*, p. 243).

⁶²⁰ Laura Hottenrott fait la même constatation après avoir parcouru un important volume d'archives du MfS concernant la surveillance de l'ensemble de la Charité. Laura Hottenrott, « Der Einfluß der Staatssicherheit... », *op. cit.*, p. 359.

⁶²¹ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, Treffbericht, 29 avril 1958, p. 142-145. Sonja Süß note à ce sujet qu'il est plutôt rare de trouver des rapports concernant des patients dès le début de l'activité du médecin-IM. D'après la « dynamique typique de violation du secret médical », ces rapports apparaissent plutôt au bout d'un an

son officier référent qui cible l'identité du patient au sujet duquel il lui faut fournir informations ou documents. L'initiative revient donc à la *Stasi*. Durant cette période, Mertens livre à plusieurs reprises des informations concernant l'état de santé de certains patients. Ainsi, en 1960, il rapporte le diagnostic effectué sur un jeune patient de la clinique en ces termes : « Enfant XXX : épileptique au caractère changeant, ne peut être laissé seul, nécessite soit des soins constants, soit un hébergement en foyer »⁶²². Les sources ne permettent pas de connaître les motivations de la police politique pour ce recueil d'informations. Selon les règles de la conspiration, Mertens lui-même n'est pas mis au courant des finalités de sa collaboration, ce qui explique qu'on ne trouve aucune trace des conséquences de ses activités dans son dossier. D'après les résultats d'une recherche menée par Sonja Süß dans les archives de la *Stasi*, au sein d'un échantillon constitué de plus de 70 cas de violations du secret médical, les conséquences pour les patients auraient été directement défavorables pour uniquement deux d'entre eux⁶²³. La *Stasi* est en effet loin d'utiliser toute la masse d'informations qu'elle recueille au travers de son réseau d'IM. De plus, il est possible que les patients concernés par la violation du secret médical aient été ciblés par la *Stasi* dans le cadre d'une enquête visant une tierce personne, comme l'un de leurs proches (comme c'est très certainement le cas en ce qui concerne le jeune patient dont il vient d'être question). S'il est impossible de retracer avec précision les conséquences exactes qu'ont pu avoir les violations du secret médical commises par Mertens, il convient cependant de ne pas les sous-estimer. Selon le contexte, des renseignements d'apparence inoffensifs, peuvent s'avérer tout à fait préjudiciables quand ils sont mis en relation avec d'autres éléments⁶²⁴. Si l'on reprend l'image utilisée par Klaus Behnke et Jürgen Wolf, on peut ainsi comparer le renseignement délivré par un informateur secret à :

« une pierre qui a été jetée dans l'eau et qui provoque de larges cercles. Pour des raisons nécessaires à la conspiration, l'IM ne sait rien sur ce large cercle. C'est seulement la composition du puzzle à partir des différentes informations apportées par des IM qui forme une "procédure opérationnelle". »⁶²⁵

voire d'une dizaine années de collaboration informelle. Sonja Süß, *op. cit.*, p. 274-275.

⁶²² « Kind XXX : Wesensgeänderter Epileptiker, kann alleine nicht gelassen werden, bedarf entweder dauernder Pflege oder Heimunterbringung. » BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A2, Bericht, 15 juillet 1960. Afin d'anonymiser les noms des patients, nous utilisons ce sigle XXX (qui reproduit le noircissement de ces noms par les services de la BStU).

⁶²³ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 286-296.

⁶²⁴ Giselher Spitzer, *Sicherungsvorgang Sport. Das Ministerium für Staatssicherheit und der DDR-Spitzensport*, Schorndorf, 2005, p. 191. Cité par Francesca Weil, *op. cit.*, p. 173.

⁶²⁵ Klaus Behnke, Jürgen Wolf (dir.), *Stasi auf dem Schulhof. Der Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen durch das Ministerium für Staatssicherheit*, Ullstein, Berlin, 1998, p. 238. Cité par Francesca Weil, *op. cit.*, p. 244.

Pour poursuivre cette métaphore, les pierres lancées par Mertens ont pu tout aussi bien couler au fond, tout comme elles ont pu provoquer des raz-de-marées pour les personnes concernées, dans le cas où ces informations ont été utilisées pour des activités de surveillance ou de répression menées par la *Stasi*. Du fait des modalités d'accès aux archives, il nous est impossible de le déterminer.

À plusieurs reprises, le médecin ne se contente pas de livrer le diagnostic ou le traitement suivi par le patient ciblé par la police politique, mais va jusqu'à fournir l'ensemble du dossier médical, qu'il s'agisse de l'original ou d'une copie⁶²⁶. En décembre 1960, sa mission va encore plus loin : on demande à Mertens non seulement de se procurer le dossier d'un ancien patient, mais également d'évaluer dans quelle mesure il pourrait le convoquer à Berlin dans le cadre d'un examen médical⁶²⁷. Cette mission relève d'une collaboration avec la section de contre-espionnage des services de la *Stasi* de Francfort sur l'Oder. On peut supposer qu'il s'agit ici d'éloigner le patient de son domicile, afin de procéder soit à une fouille de son logement, soit à la mise en place d'une installation de surveillance⁶²⁸. Si l'informateur accepte la mission, il tarde à la réaliser puisque, près d'un an plus tard (en octobre 1961), son officier référent y fait à nouveau allusion⁶²⁹. Son activité d'informateur peut ainsi se heurter à certaines limites qui sont parfois d'ordre pratique. En 1961, il ne peut donner aucune information sur les six personnes ciblées par la *Stasi*, et pour cause, aucune d'entre elles n'a apparemment séjourné à la clinique entre 1950 et 1961⁶³⁰. En 1958, quand il lui est demandé de constater si un patient reçoit des visites d'Allemagne de l'Ouest, Mertens déclare qu'il lui est impossible de réaliser cette mission, puisqu'il n'a pas accès au service dans lequel se trouve ce patient⁶³¹. Il semble que son activité concernant les patients se concentre particulièrement sur les services auxquels il a directement accès, à savoir plutôt ceux de neurologie. De plus, il n'est pas toujours aisé de déterminer si les patients au sujet desquels Mertens délivre des informations ont été soignés à la clinique de la Charité ou à l'hôpital du gouvernement, au sein duquel ce médecin travaille également. Dans la très grande majorité des cas, c'est la *Stasi* qui charge son informateur de telle ou telle mission concernant un patient. D'après les sources, à une seule reprise, Mertens fournit de manière spontanée de telles informations⁶³². Dans tous

⁶²⁶ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A1, Treffbericht, 24 juin 1958, p. 151 ; Treffbericht, 12 février 1959, p. 190-191. MfS 6892 / 62, Band A2, Treffbericht, 9 novembre 1959.

⁶²⁷ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A2, Treffbericht, 2 décembre 1960, p. 106-107.

⁶²⁸ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 283-285.

⁶²⁹ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A2, Treffbericht, 16 octobre 1961, p. 142-143.

⁶³⁰ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A2, Treffvermerk, 9 février 1961, p. 124.

⁶³¹ BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A1, Treffbericht, 29 avril 1958, p. 142-145.

⁶³² Il s'agit alors d'un professeur de la faculté de médecine, membre du parti, dont il rapporte des propos concernant des rivalités professionnelles. BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A2, Bemerkungen zur Situation der Partei in der Medizinischen Fakultät, rapport non daté (certainement écrit en février 1961), p. 127-130, ici p. 129.

les autres cas, c'est son officier référent qui désigne les personnes au sujet desquelles le recueil d'informations doit être effectué, la *Stasi* demande alors le plus souvent des renseignements concernant l'état de santé des patients.

Ainsi, si la plupart des rapports livrés par Mertens concerne ses collègues de la clinique comme de la Charité, ce médecin fournit également des informations au sujet de patients. À ce sujet, plusieurs éléments nous semblent essentiels. Premièrement, Mertens ne semble pas avoir accès à tous les services de la clinique, son activité se concentrant particulièrement sur ceux de neurologie. Deuxièmement, les patients concernés sont désignés par la *Stasi*, ce qui signifie que si le médecin réalise les missions qu'on lui confie, il ne semble pas prendre d'initiative personnelle – ou de manière extrêmement ponctuelle – quand il s'agit de fournir des renseignements sur les patients. Les personnes concernées par ce recueil d'informations – qui constitue une violation du secret médical – ont donc déjà été « repérées » par les services de la police politique. Si l'on peut dire que la clinique de la Charité se trouve sous la surveillance de la *Stasi*, au regard des informations délivrées par Mertens, ce sont bien les médecins qui sont en première ligne. La surveillance des patients se fait beaucoup plus ponctuelle, de manière ciblée, et vraisemblablement en lien avec des affaires annexes. À cela s'ajoute le fait que la collaboration de Mertens se fasse selon un rythme nettement moins soutenu dès l'année 1962, en lien avec sa perte de crédibilité aux yeux de la *Stasi*.

En ce qui concerne la période que nous étudions, et qui correspond à un moment où la surveillance de la Charité par la *Stasi* en est encore à ses débuts, il semble en outre que Mertens soit le seul médecin-IM en charge de rapporter des informations sur la *Nervenlinik*. Plusieurs éléments permettent de parvenir à cette conclusion. Tout d'abord, si la proportion d'IM parmi les médecins de RDA est comprise entre 3 et 5%⁶³³, la plupart des recrutements se font à partir des années 1970, c'est-à-dire dans une période ultérieure à celle qui nous intéresse⁶³⁴. Au sein du corpus constitué par Francesca Weil, ce sont ainsi plus de 80% des médecins-IM qui sont entrés en collaboration officieuse après 1970 (58% au cours des années 1970, 24% au cours des années 1980)⁶³⁵. Durant les années 1960, le réseau de médecins-IM est encore en cours d'élaboration. La *Stasi* essuie d'ailleurs un échec, au cours des années 1960, dans une tentative de recruter un médecin de la clinique⁶³⁶.

Dans le cadre de notre étude, et dans l'optique de saisir l'ampleur de la surveillance de

⁶³³ Sonja Süß, *op.cit.*, p. 273.

⁶³⁴ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 42-43.

⁶³⁵ *Ibid.*

⁶³⁶ Sonja Süß, *op.cit.*, p. 621. Durant cette période, deux autres tentatives de recrutement concernant des employés de la clinique échouent : un ingénieur oppose son refus à la *Stasi* en 1965 ainsi qu'un chimiste en 1964. Concernant ce dernier, le projet de recrutement en tant qu'IM était lié à ses contacts avec l'Ouest. Sonja Süß, *op.cit.*, p. 253.

la clinique par la police politique, nous avons lancé une recherche concernant soixante personnes ayant travaillé à la *Nervenklinik* entre le milieu des années 1950 et le début des années 1970. Le recrutement d'IM visant avant tout les médecins (et notamment ceux détenant des postes à responsabilité⁶³⁷), nous nous sommes particulièrement concentrés sur ce groupe professionnel, auquel appartient la très grande majorité des personnes « testées ». Cette liste contient le nom et la date de naissance de chaque personne, et permet aux services de la BStU de vérifier si, d'après les fonds inventoriés, cet individu a collaboré en tant qu'IM avec la police politique. Cette recherche a donné trois résultats positifs. Dans l'un des cas, la collaboration avec la *Stasi* a pris fin avant que ce médecin ne soit embauché à la Charité (en 1957). Un autre de ces médecins-IM n'a commencé à travailler pour la police politique qu'en 1978, soit après la période sur laquelle nous nous concentrons. Quant au troisième résultat positif, s'il concerne bien une activité effective d'IM en lien avec la surveillance de la *Nervenklinik* durant le directorat de Karl Leonhard, cet informateur secret n'est autre que Mertens.

Son dossier contient par ailleurs un élément qui laisse entendre qu'à cette époque, les services de la *Stasi* pouvaient compter uniquement sur ce contact pour assurer la surveillance de la clinique. Ainsi, d'après un rapport en date du 22 mars 1971, si les rencontres entre Mertens et son officier référent ont cessé depuis plusieurs années, « il est cependant prévu, de reprendre prochainement un travail actif, avec l'aide d'une personne de confiance au sein de la clinique »⁶³⁸. Cette phrase sous-entend tout d'abord, qu'en dehors du GI Mertens, la *Stasi* ne dispose d'aucun autre contact officieux permettant de surveiller *activement* la clinique. De plus, elle annonce l'entrée en scène d'« une personne de confiance », sur laquelle la police politique pourra compter au cours de l'année 1971. Selon toute évidence, cette nouvelle source d'informations n'est autre que le nouveau directeur de la clinique, Karl Seidel, qui travaille pour la *Stasi* depuis 1967, sous le nom de code « Fritz Steiner »⁶³⁹.

6.3 La Stasi en haut de la hiérarchie (1971-1987)⁶⁴⁰

Au début des années 1970, la nomination de Karl Seidel à la Charité illustre la manière dont les autorités de RDA tentent de contrôler le système de santé, en plaçant des médecins de

⁶³⁷ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 243.

⁶³⁸ « Es ist jedoch vorgesehen, mit Hilfe einer zuverlässigen Person in der Klinik in der nächsten Zeit die aktive Bearbeitung wieder aufzunehmen. » BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P, IMS « Mertens », Reg. Nr. 3509/61, 22 mars 1971, p. 238.

⁶³⁹ BStU, MfS AIM 13788 / 83.

⁶⁴⁰ Entre le départ de Karl Leonhard en 1969 et la nomination de Karl Seidel en 1971, la *Nervenklinik* est dirigée par un directeur intérimaire.

confiance à des postes-clés. Dans les années 1970 et 1980, cette « politique des cadres » (*Kaderpolitik*) – qui fait du critère politique un élément déterminant dans le processus de recrutement – constitue un instrument-clé dans la politique de santé, menée par le SED⁶⁴¹. La psychiatrie ne fait pas exception, comme le montre l'exemple de la *Nervenlinik*. Son nouveau directeur, Karl Seidel, appartient ainsi au SED depuis 1947 et collabore de manière officieuse avec la *Stasi* depuis 1967, alors qu'il est en poste à la clinique psychiatrique et neurologique de Dresde⁶⁴². Son arrivée à Berlin permet donc à la police politique de reprendre une surveillance active de la clinique comme de la Charité. Cependant, la principale mission assignée à l'IM « Fritz Steiner » vise avant tout à recueillir des informations lors de congrès internationaux, dans un contexte où les critiques à l'égard des abus commis par la psychiatrie soviétique se font de plus en plus entendre. Quand en 1978, Karl Seidel est appelé à de plus hautes fonctions – il fait son entrée au comité central du SED, au sein de la section « Politique de santé » –, sa collaboration officieuse avec la police politique cesse immédiatement⁶⁴³. C'est alors son successeur à la tête de la *Nervenlinik*, lui-même camarade, qui prend le relais ; son recrutement par la *Stasi* – sous le nom de code « Schumann » a lieu quelques mois à peine après le retrait de l'IM « Fritz Steiner » et poursuit les mêmes objectifs, à savoir le recueil d'informations et la prise d'influence au sein des organes internationaux, en relation directe avec les critiques faites à la psychiatrie soviétique⁶⁴⁴. Cette collaboration ne prendra fin qu'en 1987, date du départ à la retraite de « Schumann ». De 1971 à 1987, les deux successeurs de Karl Leonhard à la tête de la *Nervenlinik* collaborent ainsi activement avec les services de la police politique, en tant que représentants de la RDA sur la scène internationale.

Ainsi, du début des années 1970 à la fin des années 1980, la *Stasi* dispose de contacts officieux de taille au sein de la *Nervenlinik*, en la personne des deux directeurs successifs, appartenant tous deux au parti. Ces nominations – tout comme ces recrutements pour la *Stasi* – illustrent les modalités selon lesquelles les organes de pouvoir – le parti tout comme la police politique – cherchent à prendre le contrôle du secteur psychiatrique comme de l'ensemble du système de santé. La « politique des cadres » – qui promeut et empêche les carrières, selon des critères politiques – devient alors un instrument-clé dans cette tentative de prise d'influence. Cette concentration de l'attention de la police politique sur les détenteurs de postes-clés explique que le contrôle se soit fait plutôt lacunaire au niveau de « la base »⁶⁴⁵.

⁶⁴¹ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 243, p. 327. Sur la nomination de Karl Seidel à la Charité : *Ibid.*, p. 588.

⁶⁴² BStU, MfS AIM 13788 / 83, Band I, Auskunftsbereich, 25 juin 1968, p. 43-44.

⁶⁴³ BStU, MfS AIM 13788 / 83, Band I, Vorschlag zur Auszeichnung des IMS « Fritz Steiner », 5 juin 1978, p. 182. Il est en effet interdit au MfS de collaborer de manière officieuse avec des membres permanents de l'appareil du parti. Voir : Sonja Süß, *op. cit.*, p. 615.

⁶⁴⁴ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 616-617.

⁶⁴⁵ *Ibid.*, p. 216.

Ainsi, en 1986, la *Stasi* ne dispose pas d'IM dans chaque clinique et chaque institut de la Charité, bien que ce complexe universitaire à haute signification politique soit censé représenter la vitrine du système de santé socialiste⁶⁴⁶. La police politique attache bien plus d'attention à la position des IM dans la hiérarchie médicale et universitaire qu'à leur nombre effectif⁶⁴⁷. Ces contacts officieux – qui détiennent des positions-clés – lui fournissent des informations concernant ses cibles prioritaires : les médecins, la situation au sein de la Charité, les relations avec l'Ouest et « l'étranger capitaliste ». L'absence d'un réseau d'IM étoffé à la base montre par ailleurs que les patients ne font pas partie des intérêts premiers de la *Stasi*. En ce qui concerne la *Nervenlinik*, sur les 254 employés qui y travaillent en 1989, 8 exercent alors une activité d'IM (soit 3% du personnel)⁶⁴⁸. Cependant seuls deux d'entre eux (deux médecins) sont actifs en tant qu'IM *au sein de la clinique* (en ce qui concerne les 6 autres IM, leur collaboration avec la *Stasi* vise à la surveillance d'autres cibles, en dehors de la Charité). Ainsi, en 1989, la part d'IM chargés de surveiller la clinique correspond à 0,8% du personnel, ce qui est en dessous de la proportion d'IM au sein de la population active de RDA (1,3% d'après S. Süß)⁶⁴⁹. Quand on se penche sur la situation d'autres hôpitaux psychiatriques de RDA durant les années 1980, on trouve des résultats tout à fait comparables : la part d'IM actifs approche généralement les 1%, ces IM se concentrant pour la plupart sur les postes de médecins détenant des fonctions à responsabilité⁶⁵⁰. La plupart d'entre eux sont chargés de livrer des informations sur leurs collègues, tombés sous le coup d'une « procédure opérationnelle » menée par la *Stasi*. Ainsi, des années 1960 aux années 1980, les patients sont loin de constituer la cible prioritaire de la surveillance engagée par la police politique.

Au terme de ce chapitre, l'histoire de la *Nervenlinik*, telle que nous l'avons retracée, oscille entre deux histoires. D'un côté, celle d'une clinique psychiatrique s'inscrivant à la fois dans la tradition allemande et dans les transformations que connaît cette discipline au cours des années 1960. Sur ce plan, l'histoire de la *Nervenlinik* est tout à fait comparable à celle d'autres établissements européens de ce type. D'un autre côté, l'histoire de la *Nervenlinik*, sous le directorat de Karl Leonhard, s'inscrit également dans le contexte spécifique de la RDA des années 1960, celui d'une société où le pouvoir est concentré entre les mains du parti communiste. La présence du SED au sein de la clinique, tout comme celle de la police politique, constituent ainsi des spécificités relatives à l'exercice de la domination politique en

⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 214-215.

⁶⁴⁷ *Ibid.*, p. 215.

⁶⁴⁸ *Ibid.*, p. 245-248.

⁶⁴⁹ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 247-248.

⁶⁵⁰ *Ibid.*, p. 249-253.

RDA. Cependant, cette pénétration du pouvoir politique dans l'enceinte de la clinique ne va pas sans se heurter à certaines limites, relatives au fonctionnement classique d'une clinique universitaire (l'importance de la structure hiérarchique, la persistance de critères d'évaluation classiques, le rôle de la concurrence professionnelle, etc.). Finalement, c'est au travers des acteurs (le directeur, les médecins, les camarades du parti, l'informateur secret) et de leur relation au pouvoir politique que l'on peut saisir certaines des tensions qui traversent la société socialiste des années 1960. Et c'est justement cette piste qu'il s'agit de creuser, dans la deuxième partie de cette étude, qui sera consacrée aux patients. Au cœur de notre réflexion se trouveront non seulement leurs expériences du « communisme au quotidien »⁶⁵¹, mais également le regard qui est posé sur elles par le savoir psychiatrique.

⁶⁵¹ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien...*, *op. cit.*.

DEUXIÈME PARTIE :

HISTOIRES DE PATIENTS

Après une première partie consacrée à la contextualisation de notre terrain d'enquête, la deuxième partie de cette étude se penche sur les patients des services psychiatriques et psychothérapeutiques de la *Nervenklinik*. À partir des traces laissées dans leurs dossiers, il s'agit de reconstituer les expériences ainsi que les trajectoires de ces individus, en les inscrivant dans le contexte de la société socialiste. Les chapitres qui suivent s'articulent autour de quatre axes thématiques, forgés au contact des sources. Nous nous pencherons tour à tour sur un certain type de mal (les conflits à dimension politique), sur un groupe de patients (les « patients-camarades »), sur les répercussions d'une mesure emblématique des autorités communistes (la construction du mur de Berlin), pour finir par interroger l'enchevêtrement des destins individuels avec la grande Histoire. Partant des expériences des patients et de l'interprétation qui en est faite par le discours médical, il s'agira de saisir certaines tensions inhérentes à la société socialiste, et de définir, à partir d'études de cas, le rapport complexe de l'individu au pouvoir politique.

CHAPITRE 3:

La clinique psychiatrique : une autre lecture des conflits politiques

Durant son séjour à la *Nervenlinik*, lors des entretiens avec le médecin ou le psychologue, le patient est invité à revenir sur les conflits qui traversent son quotidien, et qui peuvent expliquer en partie son état de santé. Le terme de conflit, qu'on retrouve dans les sources, fait partie du vocabulaire des disciplines psychiatrique et psychologique, mais peut détenir un sens variable selon le courant dans lequel l'auteur s'inscrit. Selon Karl Leonhard, on peut par exemple parler de conflit quand le désir de l'individu entre en contradiction avec ce qui est exigé de lui par l'extérieur⁶⁵². D'après le psychiatre, « dans un sens plus restreint, on désigne comme conflit une divergence, que la personne porte en elle-même, quand elle se trouve entre deux décisions »⁶⁵³. Il s'agit alors d'un conflit intérieur. De manière générale, tel qu'il est utilisé par les médecins et psychologues de la clinique, le terme de conflit recouvre une définition plutôt généraliste, qui désigne des situations de tension ou d'opposition dans lesquelles se trouve le patient, et qui peuvent favoriser une entrée dans la maladie. Qu'ils concernent les relations familiales, professionnelles, amoureuses ou amicales, qu'ils mettent en jeu plusieurs protagonistes ou qu'ils se limitent au patient, les conflits ou situations conflictuelles détiennent une place de choix dans les entretiens menés entre le thérapeute et le patient, comme en attestent les dossiers⁶⁵⁴.

Or, dans certains cas, ces situations peuvent se voir traversées par une dimension politique ou idéologique. L'omniprésence du fait politique caractérisant la société est-allemande, on la retrouve naturellement dans les tensions et conflits qui traversent le quotidien des patients. Ces expériences, telles qu'on peut les reconstituer au travers du filtre du dossier, permettent alors de s'interroger autour de la relation entre individu et politique, dans ses dimensions conflictuelles. Quant au sens donné par les médecins ou par les psychologues à ces conflits, il ne s'inscrit pas nécessairement dans le cadre d'interprétation

⁶⁵² Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen*, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1964, p. 83.

⁶⁵³ « Als Konflikt im engeren Sinn bezeichnet man eine Uneinigkeit, die der Mensch in sich selbst trägt, indem er zwischen zwei Entscheidungen steht. » *Ibid.*, p. 84.

⁶⁵⁴ La *Krankengeschichte* contient parfois un paragraphe dédié aux conflits.

officiel. Au sein de la clinique, tensions et comportements ne sont pas lus selon une logique politique mais bien selon une logique médicale.

Dans le cadre de ce chapitre, il s'agit donc de se pencher à la fois sur le rôle du fait politique dans les conflits mentionnés par les patients, sur la relative liberté de ton dont ils semblent bénéficier dans le cadre de l'interaction avec le thérapeute, mais également sur l'interprétation que peut en faire le médecin ou le psychologue. S'appuyant sur des études de cas qu'il s'agit de réinsérer dans les multiples contextes qui leur donnent sens, le chapitre s'articule autour de trois types de conflits : les conflits familiaux, les conflits intérieurs, les conflits face au régime.

1. Famille et politique

Au sein des sources consultées, les tensions familiales détiennent une place privilégiée dans la constellation des difficultés évoquées par les patients. Comme le soulignent les travaux des sociologues, la famille – en tant qu'institution sociale – ne constitue pas une entité close, qui serait coupée du reste de la société, mais elle fonctionne bien plus comme un ensemble ouvert, en interaction avec les contextes socio-culturels et politiques dans lesquels elle s'inscrit⁶⁵⁵. En RDA comme ailleurs, « les interactions familiales [sont] mises en œuvre par des individus dont les comportements dans leur univers privé sont aussi inspirés par leur inscription dans le social »⁶⁵⁶. Le contexte politique et idéologique dans lequel s'inscrivent quotidiennement ces individus – de manière plus ou moins active – pénètre donc logiquement la sphère familiale et les interactions qui la caractérisent. C'est bien cette politisation de la sphère familiale – et plus particulièrement des conflits qui la traversent – qu'il s'agit ici d'éclairer, à partir des traces contenues dans les dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques des années 1960.

Au cours de cette décennie, la famille suscite justement un regain d'intérêt de la part des autorités est-allemandes. Dès 1958, parmi les « dix commandements de la morale socialiste », on retrouve ainsi deux injonctions concernant directement la vie familiale de « l'homme socialiste »⁶⁵⁷. La famille se trouve également au cœur de l'attention officielle lors

⁶⁵⁵ Ainsi, d'après Jacques Commaille, « tout en reconnaissant l'importance et la spécificité des dynamiques interindividuelles au sein de l'espace familial, les sciences sociales ont pour mission de situer ces dynamiques dans les contextes socio-culturels et politiques qui les influencent ». Jacques Commaille, « L'économie socio-politique des liens familiaux », in *Dialogue*, 2006/4, n° 174, p. 95-105, ici p. 95.

⁶⁵⁶ *Ibid.*, p. 95-96.

⁶⁵⁷ Il s'agit des commandements n°8 (« Tu dois éduquer tes enfants dans l'esprit de la paix et du socialisme pour en faire des êtres cultivés dans tous les domaines, au caractère ferme et au corps d'acier. » [*Du sollst deine Kinder im Geiste des Friedens und des Sozialismus zu allseitig gebildeten, charakterfesten und körperlich gestählten Menschen erziehen.*]) et n°9 (« Tu dois vivre de manière honnête et convenable et prendre soin de

du VI^e Congrès du SED, qui a lieu en 1963⁶⁵⁸. Deux ans plus tard, ce regain d'intérêt se traduit par la promulgation du nouveau code de la famille, où droit et morale socialiste s'entremêlent⁶⁵⁹. D'après ce texte, la famille – « plus petite cellule de la société »⁶⁶⁰ – a un rôle central à jouer dans l'avènement du projet socialiste, l'une des principales missions dévolues aux parents consistant ainsi à éduquer leurs enfants au socialisme⁶⁶¹. Dans le discours officiel, la famille détient dès lors une signification sociale et politique importante, puisqu'elle est censée relayer en son sein la morale socialiste. Or, comme en témoignent plusieurs dossiers, certains conflits familiaux peuvent laisser apparaître des divergences avec les normes officielles. Il est alors particulièrement intéressant de se pencher sur le positionnement du thérapeute, dont le discours peut potentiellement entrer en concurrence avec celui des autorités. De manière générale, ce dernier – qu'il soit médecin ou psychologue – semble privilégier une lecture médicale ou thérapeutique des comportements, qui laisse finalement de côté la dimension politique ou idéologique.

1.1 Relations enfant / parents et discours idéologique

En mai 1961, Christa N. est admise au sein du service de psychiatrie n°6 de la clinique où elle va rester deux mois⁶⁶². Cette jeune femme de 27 ans a tenté de se suicider suite à une déception amoureuse, et c'est l'hôpital de Strausberg, localité où elle réside (à une trentaine de kilomètres de Berlin), qui l'adresse à la clinique de la Charité. À ce premier conflit amoureux vient se superposer une seconde source de tensions, relative à sa situation familiale. Selon les dires de la patiente, les relations ont toujours été difficiles au sein de sa famille. Elle décrit sa mère comme « colérique » et « dominatrice », et la rend même responsable de sa tentative de suicide⁶⁶³. Tensions familiales et déception amoureuse s'enchevêtrent dans les propos de la patiente, qui sont repris par le médecin dans le dossier. La figure de la mère y apparaît de manière très négative et vient se mêler au conflit d'ordre amoureux.

Face à la jeune femme, le médecin pose plusieurs diagnostics de manière successive.

ta famille. »[*Du sollst sauber und anständig leben und deine Familie achten.*]). Voir : *Zehn Geboten für den neuen sozialistischen Menschen*, 1958.

⁶⁵⁸ Friedrich W. Busch, *Familienerziehung in der sozialistischen Pädagogik der DDR*, Düsseldorf, Schwann, 1972, p. 103.

⁶⁵⁹ Selon les termes de la ministre de la justice, Hilde Benjamin, dans le discours qu'elle tient devant la *Volkskammer* (Chambre du peuple) le 20 décembre 1965. Hilde Benjamin, « Das Grundgesetz der Familie im Sozialismus », in *Ein glückliches Familienleben – Anliegen des Familiengesetzbuches der DDR* (Aus der Tätigkeit der Volkskammer und ihrer Ausschüsse), Berlin, Staatsverlag der DDR, 1965. Voir également à ce sujet : Friedrich W. Busch, *op. cit.*, p. 106-108.

⁶⁶⁰ Familiengesetzbuch [FGB], Préambule.

⁶⁶¹ FGB, § 42 Abs. 2.

⁶⁶² HPAC, F 336/61.

⁶⁶³ HPAC, F 336/61, Krankengeschichte, 31 mai 1961, 5 juin 1961.

Suite à l'anamnèse, il avance le diagnostic suivant : « évolution paranoïaque chez une personnalité épileptoïde » (*paranoische Entwicklung bei epileptoider Persönlichkeit*). Comme nous avons pu le préciser précédemment, le fait que ce diagnostic contienne une caractérisation de la personnalité de la patiente s'explique par la conception de la névrose qui est défendue par Karl Leonhard. Selon lui, la personnalité de l'individu constituant un élément déterminant dans la genèse de la névrose, elle doit donc être saisie par le thérapeute avant l'établissement de tout diagnostic précis et la mise en place d'une thérapie. En tant que « personnalité épileptoïde », Christa N. serait donc essentiellement guidée par ses humeurs et ses pulsions, et non par sa raison⁶⁶⁴. Cependant, après un échange en date du 5 juin, le médecin change d'avis et fait alors l'hypothèse d'une psychose débutante. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier : « Vraisembl[ablement]. Psychose débutante. Basculement dans la personnalité ? »⁶⁶⁵. En avançant l'idée d'un « basculement dans la personnalité », le rédacteur du dossier fait allusion à une forme de psychose bien précise, à savoir l'hébéphrénie. Il s'agit d'une forme de schizophrénie, classée dans la catégorie des schizophrénies systématiques selon Karl Leonhard, et pour lesquelles le début de la maladie se caractérise justement par une transformation de la personnalité⁶⁶⁶. Le diagnostic se fait alors plus lourd. Cette hypothèse est prise en considération par le directeur de la clinique qui fait une visite un mois plus tard (le 13 juillet)⁶⁶⁷.

Enfin, ce n'est qu'après l'entrée en scène de la mère de Christa N. que le diagnostic se stabilise. Cette dernière éclaire d'une autre lumière le conflit qui l'oppose à sa fille, en y ajoutant une dimension politique. La mère de la patiente est entendue par le médecin le 18 juillet 1961, soit environ six semaines après l'admission de Christa N.. D'après elle, c'est l'entrée de sa fille à l'*Oberschule* (école secondaire) qui a coïncidé avec une transformation de son comportement. Voici ce que le rédacteur du dossier retient de ses propos :

« Après l'école primaire, est allée à l'école secondaire (2 ans). Est soudainement devenue très active politiquement et s'est opposée aux parents. Les parents sont des capitalistes, des exploiters (possèdent un petit magasin de denrées alimentaires). Depuis cette époque, elle n'a plus rien fait chez ses parents. C'était comme ça depuis la puberté environ. »⁶⁶⁸

⁶⁶⁴ Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, op. cit., p. 53.

⁶⁶⁵ « Vermutl.[ich] doch beginnende Psychose. Knick in der Persönlichkeit ? » HPAC, F 336/61, Krankengeschichte, 5 juin 1961.

⁶⁶⁶ Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, op. cit., p. 19.

⁶⁶⁷ Toutefois, selon lui, il s'agirait plutôt d'une « personnalité paranoïaque avec des réactions hystériques ». HPAC, F 336/61, Krankengeschichte, Chefvisite, 13 juillet 1961.

⁶⁶⁸ « Nach der Grundschule sei sie auf die Oberschule gegangen (2 Jahre). Sei plötzlich politisch sehr aktiv geworden und habe sich gegen die Eltern gestellt. Die Eltern seien Kapitalisten, Ausbeuter (besitzen einen kleinen Lebensmittelladen). Seit dieser Zeit habe sie auch nie etwas im elterlichen Haushalt getan. Dies ginge

C'est cette irruption de la politique dans la description des relations enfant / parents qui a attiré notre attention sur ce dossier. Si l'on suit les propos de la mère, les tensions qui l'opposent à sa fille auraient commencé à un moment bien précis, qui coïnciderait non seulement avec son entrée dans la puberté mais aussi avec le début d'un intérêt de sa fille pour la politique. Auparavant, et notamment durant sa scolarité pendant la guerre, Christa N. n'aurait pas posé de problème et aurait même montré un certain intérêt pour la religion. Après la guerre, la scolarisation de Christa N. se poursuit au sein de la zone d'occupation soviétique puis de la jeune RDA. On peut supposer que l'adolescente, née en 1933, fait son entrée à l'*Oberschule* dans les années 1947-1948 (à l'âge de 14-15 ans). Elle y reste durant une période de deux ans, approximativement jusqu'au début des années 1950. À cette époque, l'idéologie marxiste-léniniste n'a pas encore fait son entrée au sein de l'institution scolaire. Entre 1945 et 1949, les enseignants continuent à utiliser les manuels de l'époque de la République de Weimar, et ce n'est qu'à partir du début des années 1950 que les programmes commencent à s'adapter au nouveau cadre idéologique⁶⁶⁹. Si l'entrée de Christa N. à l'*Oberschule* coïncide avec un intérêt soudain pour la politique, à cette époque, la politisation de l'institution scolaire n'a pas encore véritablement débuté. La confrontation de l'adolescente avec les mots de l'idéologie marxiste-léniniste se fait donc à travers d'autres canaux : la propagande qui prend place dans les rues de Berlin-Est, les journaux, le contact avec ses camarades, etc. En qualifiant ses parents de « capitalistes » et d'« exploiters », elle puise directement dans le registre idéologique et manifeste ainsi le rejet qu'elle ressent à leur encontre. Selon le discours officiel, « capitalistes » et « exploiters » constituent bien des figures ennemies qu'il s'agit d'éradiquer, l'avènement du communisme devant mettre un terme à l'exploitation entre les classes, qui caractérise les sociétés capitalistes⁶⁷⁰. En utilisant les mots de l'idéologie, Christa N. se les réapproprie, insérant un conflit d'ordre familial dans un cadre idéologique plus vaste.

Cependant, au-delà de cette utilisation du vocabulaire idéologique, selon sa mère, le positionnement politique de Christa N. n'aurait pas reposé sur de véritables convictions. Le médecin reprend ses paroles sous la forme suivante :

« À la maison, elle [Christa N.] n'a fait aucun travail salissant, a beaucoup lu. Quand les parents avaient beaucoup de travail au magasin, elle a joué du piano en haut dans l'appartement. A toujours souligné " à quoi ça sert que je travaille ? ". Son positionnement

etwa seit der Pubertät. » HPAC, F 336/61, Krankengeschichte, Rücksprache mit der Mutter der Pat[ientin]n, 18 juillet 1961.

⁶⁶⁹ Emmanuel Droit, *Vers un homme nouveau ?...*, *op.cit.*, p. 43-44.

⁶⁷⁰ D'après l'idéologie marxiste-léniniste, l'exploitation d'une classe sociale par une autre constitue une caractéristique de la société capitaliste. Après la prise de pouvoir par la classe ouvrière, durant la phase de transition du capitalisme au socialisme, l'exploitation est supprimée afin de préparer l'avènement de la société communiste, c'est-à-dire d'une société sans classe.

politique a été bien moins véritablement politique que beaucoup plus pour s'opposer aux parents. »⁶⁷¹

Ainsi, selon l'interprétation avancée par la mère de la patiente, la réutilisation de l'argumentaire idéologique aurait surtout permis à l'adolescente de suivre ses propres intérêts, sans que cela ne témoigne de convictions profondes. Si la mère minimise la profondeur de l'engagement politique de sa fille, il n'en reste pas moins que la dimension politique des critiques qu'elle a subies semble l'avoir profondément marquée puisqu'elle en fait part au médecin dès le début de l'entretien⁶⁷². La mère de Christa N. évoque également le parcours professionnel de sa fille, ses difficultés amoureuses ainsi que les tensions qui les opposent. La rupture opérée au moment de la puberté revient à nouveau dans ses dires : à partir de cette époque, Christa aurait toujours toujours voulu avoir raison, de manière extrême, ce qui contrastait avec son comportement « d'avant ».

D'après le dossier, si, au cours de son séjour, Christa N. évoque à nouveau la relation difficile qu'elle entretient avec ses parents et plus particulièrement avec sa mère, elle ne fait apparemment pas état de la dimension politique mise en avant par cette dernière. Si cela avait été le cas, on peut supposer que le médecin en aurait fait mention, et ce afin de mettre en relation les propos de la mère et ceux de la fille. On perçoit ainsi une différence de perception entre les deux actrices principales de ce conflit familial. Pour la mère, le début des tensions est clairement à mettre en relation avec l'engagement politique de sa fille, qui se manifeste au moment de la puberté, et qu'elle perçoit comme tout à fait factice. Mais la principale intéressée, Christa N., ne fait pas mention de la dimension politique de ce conflit. Ainsi, si la pénétration du discours idéologique dans les tensions familiales semble avoir marqué la mère, elle ne constitue apparemment pas un fait marquant pour la jeune femme. Cette différence de perception est très certainement à mettre en relation avec l'hétérogénéité des expériences socialisatrices vécues par Christa N. d'un côté, et par sa mère de l'autre. Dès son adolescence, Christa N. semble ainsi avoir fait sien le vocabulaire marxiste-léniniste, à la différence de sa mère, qui a manifestement reçu le discours idéologique avec plus de réticence. En tant que petits commerçants, elle et son mari appartiennent à une catégorie professionnelle directement visée par les transformations économiques prévues par les autorités communistes, ce qui peut expliquer un enthousiasme modéré vis-à-vis du nouveau régime. Si la mère accorde une

⁶⁷¹ « Zu Hause habe sie keine Dreckarbeit angefaßt, sehr viel gelesen. Wenn die Eltern im Laden viel Arbeit hatten, so habe sie oben in der Wohnung Klavier gespielt. Habe immer wieder betont "wozu brauche ich denn arbeiten?" Ihre politische Einstellung sei wohl weniger echt politisch gewesen als vielmehr deshalb, um gegen die Eltern zu stehen. » HPAC, F 336/61, Krankengeschichte, Rücksprache mit der Mutter der Pat[ient]in, 18 juillet 1961.

⁶⁷² La transcription de ses propos prennent une place relativement importante au sein de la *Krankengeschichte* (trois pages – à savoir plus du quart de la *Krankengeschichte* – sont consacrées à cet entretien).

attention particulière aux qualificatifs à connotation idéologique utilisés par sa fille dans le cadre des conflits de l'adolescence, cette dernière n'en garde apparemment pas le même souvenir. La politisation d'un conflit familial ne laisse donc pas forcément la même empreinte chez les différents acteurs impliqués.

Mais qu'en dit le médecin ? Comme nous l'avons évoqué précédemment, le diagnostic ne se stabilise qu'après la visite de la mère au sein de la clinique. Auparavant, si l'hypothèse d'une hébéphrénie avait été soulevée, elle entraînait en concurrence avec d'autres diagnostics avancés par Karl Leonhard comme par le médecin en charge de la patiente. Le 3 août, soit une semaine après l'entretien menée avec la mère de Christa N., Karl Leonhard effectue une nouvelle visite qu'il conclut par un nouveau diagnostic : hébéphrénie autistique⁶⁷³. Cette forme d'hébéphrénie se caractérise par « une exclusion manifeste vis-à-vis de l'environnement et par une agitation marquée par l'irritation »⁶⁷⁴. C'est ce diagnostic que l'on retrouve dans le rapport final adressé à l'hôpital de Strausberg ainsi que sur la couverture du dossier. On peut supposer que l'entretien mené avec la mère de la patiente, qui a mis à jour un certain « basculement dans la personnalité », a contribué à l'établissement du diagnostic d'hébéphrénie. Il est possible que le médecin ait directement questionné la mère sur ce point, cherchant à confirmer l'hypothèse précédemment soulevée. L'intérêt politique soudain de l'adolescente, le fait qu'elle devienne « politiquement très active », semble bien être considéré par le médecin comme ce *basculement* qui marque le début de la maladie et qui vient donc confirmer le diagnostic d'hébéphrénie. La politisation du comportement de la jeune femme apparaît alors comme le symptôme précurseur d'une psychose et constitue un élément parmi d'autres permettant au médecin de parvenir à un diagnostic définitif. L'attitude de provocation de la jeune fille, à l'encontre de l'autorité (ici parentale), n'est donc pas analysée à l'aune d'une grille d'interprétation *politique* mais plutôt *médicale*, contrairement à ce qui est le cas au sein de l'institution scolaire par exemple⁶⁷⁵. On perçoit bien ici dans quelle mesure la logique de « circularité diagnostique » qui lit les comportements des patients comme autant de signes de leur maladie, permet d'avancer un cadre d'interprétation alternatif.

Pour poursuivre cette analyse concernant la politisation des conflits entre enfants et parents, on peut se pencher sur un autre dossier, qui contient les traces d'un processus comparable. Et si c'est à nouveau une mère qui s'exprime ici à ce sujet, elle le fait cette fois-ci en tant que patiente. Elsa S. est admise à la clinique le 18 mai 1962, dans le service de

⁶⁷³ HPAC, F 336/61, Krankengeschichte, Chefvisite, 3 août 1961.

⁶⁷⁴ « Die autistische Form von Hebephrenie zeichnet sich durch eine auffällige Abgeschlossenheit gegen die Umgebung und durch gereizte Erregungen aus. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, *op. cit.*, p. 21.

⁶⁷⁵ Emmanuel Droit, *op. cit.*, p. 164.

psychiatrie 6b⁶⁷⁶. Cette éducatrice de 49 ans a été adressée à la Charité par l'hôpital de la police populaire de Berlin, où elle a été soignée à plusieurs reprises en chirurgie. L'histoire de cette femme est pour le moins dramatique. Elle est prise en charge le 28 août 1961 par cet hôpital, blessée par balle au thorax, à l'abdomen et à la jambe droite, dans un état de choc. L'auteur des tirs n'est autre que son fils d'une vingtaine d'années, soldat de la frontière, qui retourne ensuite son arme contre lui. Cet événement a lieu deux semaines après la fermeture des frontières, le 13 août 1961. D'après le courrier qui accompagne Elsa S., ce sont les multiples plaintes émises par la patiente, au contenu changeant et contradictoire qui éveillent chez les médecins de l'hôpital la suspicion d'un trouble d'ordre psychique, ce qui les conduit à la transférer dans un service psychiatrique⁶⁷⁷.

Durant l'anamnèse qui est réalisée à son arrivée, Elsa S. revient sur la fusillade d'août 1961. Si « elle ne peut pas donner de raison pour [le] comportement [de son fils] », « elle suppose, qu'il a dû vivre quelque chose à la frontière en tant que policier de la frontière, peut-être qu'un des officiers, qui étaient des modèles pour lui, est parti à l'Ouest »⁶⁷⁸. Lors d'un entretien ultérieur avec le médecin, Elsa S. avance à nouveau cet élément d'explication. D'après elle, son fils, qui décrivait ses officiers comme « des gens très bien », aurait pu être perturbé par le fait que certains d'entre eux soient partis « de l'autre côté » (*drüben*), ce qu'elle avait appris plus tard⁶⁷⁹. Immédiatement après le 13 août, la frontière vers l'Ouest n'est en effet pas tout à fait étanche, ce qui encourage les candidats au départ, notamment dans les rangs des soldats. Vivant dans l'isolement de leurs casernes, surveillés par la police politique, ces hommes sont soumis à une très forte pression disciplinaire et idéologique, visant à produire des comportements conformes aux visées du parti⁶⁸⁰. Si les déserteurs risquent leur vie, ils sont plus de 2000 à franchir le pas entre 1961 et 1989⁶⁸¹. L'hypothèse avancée par Elsa S. apparaît ainsi comme tout à fait probable. Par ailleurs, et comme le souligne la patiente à plusieurs reprises, les semaines suivant le 13 août sont marquées par une surcharge de travail

⁶⁷⁶ HPAC, F 280/62.

⁶⁷⁷ HPAC, F 280/62, courrier du service de chirurgie de l'hôpital de la *Volkspolizei* à la clinique psychiatrique de la Charité, service 6b, en date du 18 mai 1962

⁶⁷⁸ « Ein Grund für sein Verhalten könne sie nicht angeben, sie vermute aber, dass er als Grenzpolizist an der Staatsgrenze irgend etwas erlebt habe, vielleicht sei einer der Offiziere, die für ihn Vorbild waren, nach dem Westen gegangen. » HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, Jetzige Beschwerden.

⁶⁷⁹ HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, 22 mai 1962.

⁶⁸⁰ Voir à ce sujet : Gerhard Sälter, *Grenzpolizisten. Konformität, Verweigerung und Repression in der Grenzpolizei und den Grenztruppen der DDR 1952 bis 1965*, Berlin, Links, 2009. Sur ce thème, voir le dossier d'un jeune soldat affecté à la surveillance de la frontière, admis en psychiatrie en 1963. D'après un lieutenant de sa section, peu de temps avant son admission à la clinique, le jeune homme pose des questions sur le sens du Mur, déchire son carnet de service et dépose son arme durant le service. Le jeune homme est admis dans un état d'agitation à la *Nervenklinik*. Voir : HPAC, M 69/63.

⁶⁸¹ Patrick Major, *Beyond the wall. East Germany and the frontiers of power*, New York, Oxford University Press, 2010, p. 140.

importante pour les soldats de la frontière, alourdissant encore la pression qui pèse sur leurs épaules.

Lors de cet entretien mené avec le médecin, qui a lieu quelques jours après son admission à la clinique, Elsa S. fait également état de certaines tensions qui pouvaient l'opposer à son fils. Le rédacteur du dossier reprend ainsi les propos de la patiente :

« Il disait parfois que je n'étais pas assez progressiste, bien que j'aie participé au cours par correspondance, et que ça prenne un peu plus de temps chez les personnes âgées. Il ne supportait aucune critique, mais il n'y a pas eu de disputes qui pourraient justifier cet acte. [...] Il était d'une part encore très enfantin, jouait au ballon avec le chien, mais quand il était question de choses politiques, il devenait très cassant, et ça amenait ensuite à de telles oppositions. Il essayait de nous convaincre, moi et ma mère, arrivait avec de solides arguments. Il était vraiment fanatique dans ses idées et était actif dans la FDJ⁶⁸². »⁶⁸³

Ainsi, d'après les propos de la patiente, des tensions de nature politique pouvaient l'opposer ponctuellement à son fils. On retrouve à nouveau une diffusion du vocabulaire idéologique dans les qualificatifs utilisés au sein des relations intra-familiales. D'après Elsa S., son fils lui aurait reproché de ne pas être assez « progressiste », reprenant un terme issu directement du registre idéologique marxiste-léniniste. Selon les dires de sa mère, le jeune homme d'une vingtaine d'années ne s'arrêtait pas là mais pouvait également tenter de convaincre les membres de sa famille du bien-fondé de ses opinions politiques. On peut supposer qu'il se faisait alors particulièrement radical, Elsa S. allant jusqu'à le qualifier de « fanatique ».

Dès l'anamnèse, Elsa S. souligne à plusieurs reprises l'engagement politique « très actif » de son fils⁶⁸⁴. On apprend également dans le dossier que le jeune homme entretenait une relation étroite avec son grand-père, un communiste de la première génération ayant subi la répression politique durant la période national-socialiste⁶⁸⁵. Dans un contexte familial où le

⁶⁸² La FDJ (*Freie Deutsche Jugend*, Jeunesses allemandes libres) est l'organisation de jeunesse du SED.

⁶⁸³ « Er meinte manchmal ich wäre zu wenig fortschrittlich, obzwar ich mich am Fernstudium beteiligte, und es bei alten Menschen eben etwas länger dauert. Er vertrug auch keine Kritik, doch gab es nicht solche Auseinandersetzungen, die diese Tat rechtfertigen könnten. [...] Er war einerseits noch sehr kindlich, spielte mit dem Hund Ball, wenn es aber um politische Dinge ging, wurde er sehr scharf, dann kam es zu solchen Gegensätzen. Er versuchte, mich und meine Mutter immer zu überzeugen, kam mit handfesten Argumenten an. Er war richtig fanatisch in seiner Anschauung und war aktiv in der FDJ. » HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, 22 mai 1962.

⁶⁸⁴ HPAC, F 280 / 62, Krankengeschichte, Angaben der Pat., Verhältnis zum Sohn.

⁶⁸⁵ Pour ce dernier, l'entrée dans la RDA coïncida avec une ascension sociale importante, puisque que de tourneur (*Dreher*), il devint employé de justice (*Magistratangestellter*). Du fait du processus de dénazification en œuvre dans l'après-guerre, de nombreux postes sont à pourvoir dans les domaines-clés que sont la justice et l'éducation. Dans ces conditions, pouvoir faire montre d'un passé de résistant communiste, et attester par là-même d'une loyauté au nouveau régime, facilite grandement un recrutement, comme semble en témoigner le parcours professionnel du père d'Elsa S.. HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, Angaben der Pat.

père est absent, on peut supposer que cette figure masculine a joué un rôle important dans l'engagement politique du petit-fils, en l'enrichissant d'une dimension affective. La transmission d'une fibre communiste se fait ainsi entre la génération des « patriarches »⁶⁸⁶ – qui a connu les guerres et la répression politique, avant de pouvoir œuvrer à la fondation d'une « nouvelle Allemagne » – et celle de leurs petits-enfants, qui a fait l'expérience d'une socialisation dans les cadres de la jeune RDA, et pour laquelle l'idéologie marxiste-léniniste constitue rapidement le tableau de fond du quotidien. Entre ces deux générations, on trouve celle des enfants, représentée par Elsa S., qui ne semble pas partager le même enthousiasme pour l'idéologie communiste. Quand elle revient sur son enfance, c'est en effet à un sentiment de peur constante que cette femme associe les activités politiques illégales menées par son père. Quant à la relation qu'elle entretient avec son fils, la politique semble plutôt y jouer le rôle d'un élément perturbateur. Dans ce cas, si l'engagement communiste semble se transmettre entre les membres de la famille, cela se fait selon une logique non-linéaire, en laissant de côté la génération des enfants.

Parallèlement aux tensions de nature politique qui pouvaient l'opposer à son fils, Elsa S. évoque également le fait que ce dernier n'ait pas approuvé une de ses relations amoureuses, et met ça sur le compte de la jalousie⁶⁸⁷. Si, dans la retranscription des dires de la patiente, les désaccords politiques occupent une place nettement plus importante, ce paragraphe ne présente aucun signe distinctif, contrairement à la phrase évoquant la relation amoureuse désapprouvée par le fils, qui est soulignée d'un trait. Cette différence de traitement laisse supposer que, dans sa recherche des causes de la fusillade, le médecin privilégie l'une des sources de conflits par rapport à l'autre. Cette supposition se confirme à la lecture des entretiens menés avec des proches de la patiente. La mère d'Elsa S. est ainsi entendue par le médecin dès le 21 mai, trois jours après l'admission de sa fille. On lui pose notamment des questions sur la sexualité de son petit-fils, ce à quoi elle répond qu'elle n'en sait rien, en précisant qu'« une relation propre existait entre [sa] fille et le petit-fils »⁶⁸⁸. Quant à l'employeur d'Elsa S. qui se rend à la clinique une semaine plus tard, il déclare qu'aucun indice ne laisse penser à d'éventuelles relations intimes entre mère et fils⁶⁸⁹. Dans les deux cas, le médecin (qui est une femme selon toute vraisemblance⁶⁹⁰) a posé une question à ce sujet.

⁶⁸⁶ Sur cette génération des « patriarches », voir Thomas Ahbe, Rainer Gries, « Gesellschaftsgeschichte als Generationengeschichte. Theoretische und methodologische Überlegungen am Beispiel DDR », in Annegret Schüle, Thomas Ahbe, Rainer Gries, *Die DDR aus generationengeschichtlicher Perspektive. Eine Inventur*, Leipzig, Leipziger Universitätsverlag, 2006, p. 475-571, ici p. 492-502.

⁶⁸⁷ HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, 22 mai 1962.

⁶⁸⁸ « Es bestand ein sauberes Verhältnis zwischen meiner Tochter und dem Enkel. » HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, Exploration mit der Mutter der Pat., 21 mai 1962.

⁶⁸⁹ HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, Rücksprache mit dem Direktor ihrer Arbeitsstelle, 29 mai 1962.

⁶⁹⁰ L'épigramme est signée de la main de la médecin-chef, le Dr. B..

Ainsi, selon plusieurs éléments contenus dans le dossier, le médecin suit la piste d'une relation incestueuse, hypothèse qui est d'ailleurs rejetée par toutes les parties en présence. *A contrario*, en ce qui concerne les tensions politiques évoquées par la patiente, elles ne semblent pas être particulièrement prises en compte par le médecin. Si, dans le premier cas, le médecin applique ainsi une grille d'interprétation médicale aux tensions opposant la mère et la fille, en en faisant le symptôme d'une psychose, il les laisse ici de côté afin de creuser une autre piste d'explication.

Bien que ces deux dossiers présentent un contenu tout à fait différent, il semble intéressant de les rapprocher, dans la mesure où ils font tous les deux état d'un processus de politisation des relations entre parents et enfants. Dans les deux cas, cette pénétration de l'idéologie officielle dans la sphère privée se fait à l'initiative des enfants, qui empruntent des termes à connotation idéologique dans la désignation de leurs parents (« exploitateurs », « capitalistes », pas assez « progressiste »). Face aux enfants, porteurs du discours officiel, on trouve des parents qui font l'expérience de la RDA à un âge plus avancé. Nées dans le premier quart du siècle, Elsa S. tout comme la mère de Christa N. sont âgées de plus de trente ans lors de la fondation de la RDA, et ont derrière elles une vie active marquée par le contexte national-socialiste. Passer d'un contexte idéologique à un autre nécessite tout un processus d'adaptation et de ré-apprentissage. C'est bien l'argument avancé par Elsa S., qui explique notamment son manque de « progressisme » par le fait que « ça prend un peu plus de temps chez les personnes âgées ». N'ayant été que tardivement confrontées à l'idéologie marxiste-léniniste, ces femmes semblent particulièrement marquées par la pénétration de termes à connotation idéologique au sein de la sphère familiale (ce sont elles qui se souviennent des mots utilisés par leurs enfants). Ce qui a pu sembler banal à leurs enfants (l'utilisation d'un registre idéologique relevant du marxisme-léninisme) l'est beaucoup moins pour ces mères. Ainsi, quand on se penche sur la politisation des tensions familiales dans la RDA des années 1960, la grille de lecture générationnelle peut permettre d'expliquer un rapport différencié à l'idéologie marxiste-léniniste. Quant à l'entretien thérapeutique, mené avec le patient ou l'un de ses proches, il semble bien constituer une situation propice à l'évocation de telles tensions, et ce malgré la dimension politique qu'elles puissent recouvrir. Cette caractéristique se confirme quand on se penche sur les dossiers faisant état d'un enchevêtrement entre tensions conjugales et fait politique.

1.2 Tensions conjugales et politique

« RS [rapport sexuel] a lieu 1 à 2 fois par semaine, parce que le mari le souhaite. Elle-même n'a aucun désir. Sinon le mariage serait en ordre d'un point de vue extérieur. Il n'y a pas de désaccords politiques. »⁶⁹¹

Dans cet extrait, qui est issu du dossier d'une patiente ayant été hospitalisée à la clinique à l'automne 1961, l'absence de « désaccords politiques » au sein du couple est mentionnée directement après des informations concernant sa vie sexuelle. Cette mention laisse supposer que la question a été posée à la patiente par son interlocuteur au cours d'un échange consacré à sa situation conjugale. Tout comme la sexualité, la politique apparaît ainsi au thérapeute comme une source éventuelle de conflits, un élément qui se confirme à la lecture d'autres dossiers.

En juin 1963, Hannelore E. est admise au sein du service de psychothérapie⁶⁹². Cette femme, qui est âgée de 26 ans, souffre de multiples peurs, qui s'accompagnent de problèmes de sommeil et de maux de tête. Le diagnostic indiqué dans le bilan du séjour (épiscrise) fait notamment état d'une « évolution idéohypochondriaque »⁶⁹³. Au cours de son séjour, et selon les préceptes de la thérapie individualisée, Hannelore E. doit progressivement se confronter aux situations qui suscitent chez elle des réactions d'angoisse (s'occuper d'enfants, parler avec des inconnus, franchir des ponts, etc.). Parallèlement à ces exercices pratiques, des entretiens thérapeutiques sont réalisés avec la patiente, au cours desquels est évoquée plus en détails la relation conflictuelle qu'elle entretient avec son mari. Voici notamment ce qu'on peut lire dans son dossier, à la date du 11 octobre 1963, après qu'elle a passé quelques jours chez elle :

« On remarqua cependant qu'elle revenait toujours plus mal en point de ses visites à la maison. Elle expliqua à ce sujet qu'elle n'avait aucun symptôme à l'aller, mais que toutes les peurs et les angoisses, et en particulier les maux de tête, revenaient tout de suite, dès qu'elle refermait la porte de la maison derrière elle. Il s'avéra alors, que les deux époux s'étaient véritablement détachés l'un de l'autre, du fait de l'existence de points de vue politiques différents. Le mari fait

⁶⁹¹ « GV findet 1 bis 2 mal in der Woche statt, weil der Ehemann es wünscht. Sie selbst hat kein Verlangen. Die Ehe wäre sonst in äusserer Beziehung in Ordnung. Politische Missverständnisse gebe es nicht. » HPAC, F 604/61, Krankengeschichte, Nachexploration.

⁶⁹² HPAC, F 147/66.

⁶⁹³ Voici le diagnostic complet : « évolution idéohypochondriaque sous la forme de nombreuses phobies chez une personnalité angoissée et anancastique avec une augmentation de l'irritabilité végétative » (*ideohypochondrische Entwicklung unter dem Bilde zahlreicher Phobien bei einer ängstl.[ichen]-anankastischen Persönlichkeit mit erhöhter vegetativer Erregbarkeit*). HPAC, F 147/66, Epikrise, 6 décembre 1963. Rappelons que d'après Karl Leonhard, une névrose est « idéohypochondriaque » (*ideohypochondrisch*), « quand la maladie se trouve dans l'idée, dans la peur ou dans la conviction ». Karl Leonhard (et. al.), *Individualtherapie...*, op. cit., 1963, p. 117.

preuve d'un grand zèle sur le plan politique, passe presque toutes ses soirées à n'importe quelle réunion, sans prévenir sa femme. Il essaie de convaincre sa femme de ses idées politiques de façon pas vraiment très habile. De son côté, la patiente se montre imperméable à ses discours. »⁶⁹⁴

Ces tensions particulières sont évoquées par la patiente à la fin de son séjour et viennent contredire les propos qu'elle a tenus suite à son admission, et selon lesquels elle vivait « en bonne entente » avec son mari⁶⁹⁵. Ce n'est donc qu'après avoir passé plusieurs semaines à la clinique que la patiente se livre et fait état des divergences politiques qui l'éloignent de son époux. Dans le contexte d'un régime non-démocratique, comme celui de la RDA, où la parole officielle ne souffre aucune contradiction, ces divergences prennent une connotation tout à fait particulière. Les seules réunions autorisées étant celles suivant la ligne politique officielle (qu'il s'agisse de celles du parti ou d'organisations de masse censées diffuser son message idéologique), on peut en déduire que le mari de la patiente – particulièrement zélé – défend le point de vue des autorités, sa femme se faisant donc réticente à ce sujet. En exposant les désaccords qui l'opposent à son mari, Hannelore E. manifeste ainsi une certaine distance vis-à-vis de la ligne politique officielle. L'échange avec le thérapeute, qui a lieu dans son bureau, semble constituer un contexte propice à de telles confidences. Par ailleurs, immédiatement après ce passage, dans la suite du paragraphe, il est fait mention de l'absence d'« harmonie » sur le plan sexuel entre les époux. Politique et sexualité représentent bien ici les deux motifs principaux de désaccords au sein du couple (le fait d'avoir eu vent, après leur mariage, du passé homosexuel de son époux, est une situation manifestement douloureuse pour la patiente).

Si, dans le cas d'Hannelore E., les tensions politiques ne sont qu'un élément parmi d'autres conflits qui l'opposent à son époux, elles semblent jouer un rôle beaucoup plus important dans le couple que formait Helmut E. avec sa femme⁶⁹⁶. Lors de son admission en psychothérapie en 1966, durant l'anamnèse, ce patient revient sur sa relation avec son ex-femme. Voici notamment ce qu'on peut lire à ce sujet dans le dossier :

« Jusqu'en 1964 le mariage allait à peu près. Sa femme ne travaillait pas, elle commença à

⁶⁹⁴ « Es fiel jedoch auf, daß sie stets wieder verschlechtert von ihren Besuchen zu Hause zurückkam. Sie äußerte sich dazu, daß sie auf der Hinfahrt noch beschwerdefrei sei, jedoch alle Befürchtungen und Beklemmungen und insb. die Kopfschmerzen wieder sofort da seien, wenn sie die Wohnungstür hinter sich geschlossen hat. Es stellte sich nun heraus, daß die beiden Eheleute sich recht auseinandergelebt hatten, weil politische unterschiedliche Ansichten bestanden. Der Mann ist politisch eifrig tätig, fast immer ist er abends zu irgendeiner Sitzung, ohne seiner Frau etwas davon zu sagen. Er versucht nicht gerade in zugewandter Art seine Frau von seinen politischen Ansichten zu überzeugen. Die Pat. wiederum zeigt sich in seinen Reden gegenüber unzugänglich. » HPAC, F 147/66, Krankengeschichte, 11 octobre 1963.

⁶⁹⁵ HPAC, F 147/66, Krankengeschichte, 26 juin 1963.

⁶⁹⁶ HPAC, M 337/66.

travailler en 1964. Auparavant, des conceptions politiques différentes avaient déjà amené à de sérieuses disputes. Le patient reproche à sa femme de s'engouer pour la politique, de défendre le point de vue, d'abord la société et après la famille et de négliger les enfants. Un fils de 9 ans et une fille de 5 ans sont issus de ce mariage. Sa femme est sur le point de devenir multifonctionnaire. »⁶⁹⁷

Toujours selon le dossier du patient, ces conflits auraient abouti à un divorce prononcé environ un mois avant l'admission d'Helmut E. à la clinique, où il se fait soigner pour phobie cardiaque. Bien qu'Helmut E. appartienne lui-même au parti, il ne soutient manifestement pas l'enthousiasme de sa femme pour la politique, et ce alors même que son activité professionnelle – il travaille comme procureur dans le domaine militaire (*Militärstaatsanwalt*) – exige de lui le plus grand dévouement pour la cause de l'État, et donc pour la construction d'une société socialiste. D'après les informations qu'il donne au médecin durant l'anamnèse, du fait des activités professionnelles et politiques de sa femme, il avait dû souvent s'occuper de ses enfants (malgré sa reprise d'études), « ce qui lui pesait beaucoup »⁶⁹⁸. Cette fois-ci, le positionnement du médecin sur ce sujet transparait au fil du dossier puisque, dans son rapport final, il qualifie lui-même d'« extrême », la « conception de la vie » défendue par l'épouse du patient⁶⁹⁹. Pour ces deux hommes, privilégier une carrière politique au détriment de ses responsabilités familiales ne correspond apparemment pas au chemin à suivre pour une femme. On retrouve ici une vision traditionnelle de la répartition des rôles au sein du foyer, qui correspond d'ailleurs aux représentations dominantes en RDA. Bien que l'égalité hommes/femmes constitue un objectif du projet socialiste, qui doit se réaliser à travers le travail, ce qui relève de la sphère du domestique reste largement de l'ordre de la responsabilité féminine⁷⁰⁰. Si, en RDA, les femmes bénéficient d'une politique favorisant leur insertion sur le marché du travail, ce qui participe sans conteste de leur émancipation, le « mariage socialiste » est bien loin d'être égalitaire, les femmes continuant d'accomplir la grande majorité des travaux domestiques⁷⁰¹. Comme le montre le cas de ce couple, l'engagement politique de la femme – parce qu'il perturbe une répartition traditionnelle des

⁶⁹⁷ « Bis 1964 war dann die Ehe halbwegs ugt [gut]. Seine Frau war nicht berufstätig, nahm 1964 ein Arbeitsverhältnis auf. Schon vorher hatten unterschiedliche politische Auffassungen zu ernsthaften Streitereien geführt. Der Pat wirft seiner Frau vor, sie sei politisch vernarrt, vertrete den Standpunkt, erst die Gesellschaft und dann die Familie und würde die Kinder vernachlässigen. Aus der Ehe gingen 1 9 jähr Sohn und eine 5 jähr Tochter hervor. Sei Frau sei im Begriff, Multifunktionärin zu werden. » HPAC, M 337/66, Krankengeschichte, Anamnese (nach Angaben des Pat.), Soz. Entwicklung (13 juin 1966).

⁶⁹⁸ HPAC, M 337/66, Krankengeschichte, Anamnese (nach Angaben des Pat.), Jetzige Beschwerden und ihre Entwicklung.

⁶⁹⁹ HPAC, M 337/66, Epikrise, 8 septembre 1966.

⁷⁰⁰ Dona Harsch, *Revenge of the Domestic. Women, the Family and Communism in the German Democratic Republic*, Princeton, Princeton University Press, 2007.

⁷⁰¹ Dona Harsch, *op. cit.*, p. 292-293.

rôles au sein du foyer – peut ainsi donner naissance à des dissensions conjugales, et ce bien que le mari soit censé, de par son activité professionnelle et son appartenance au parti, soutenir son investissement au service de la société socialiste. Si la nature des dissensions entre Helmut E. et sa femme est clairement mentionnée dans la *Krankengeschichte*, qui est un document à usage interne, elle se fait beaucoup plus allusive dans un autre document contenu dans le dossier, qui franchit quant à lui les limites de la clinique. En effet, dans l'expertise demandée par l'employeur du patient (il s'agit du procureur général de RDA), quand il revient sur les sources de tensions dans la vie d'Helmut E., le médecin fait simplement état de « conceptions de la vie extrêmement différentes entre les deux époux » ou d'une « situation conjugale non harmonieuse »⁷⁰². À aucun moment n'est fait mention de la nature des querelles qui ont opposé Helmut E. et sa femme. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ce document soit lu en-dehors des murs de la clinique et qu'il ait pour destinataire un représentant de l'autorité en RDA, qui pourrait voir d'un mauvais œil le regard rétrospectif lancé par Helmut E. sur l'investissement politique de son ex-femme. La *Krankengeschichte*, de par sa fonction mais également parce qu'elle est réservée à un usage interne, offre ainsi à son rédacteur une plus grande liberté de ton.

1.3 Une éducation nécessairement socialiste ?

Comme en témoignent les dossiers, les « désaccords politiques » entre les époux prennent une tournure particulièrement vive quand ils ont pour objet l'éducation des enfants. Le cas de Gisela R. illustre bien ce cas de figure⁷⁰³. Cette jeune femme, âgée de 30 ans, fait un séjour d'un mois au sein du service de psychothérapie de la *Nervenklinik*, à l'été 1962. Elle présente des difficultés pour marcher depuis environ trois ans. Selon son dossier, il s'agirait d'une « réaction hystérique », c'est-à-dire d'une apparente infirmité physique due à une disposition mentale de la patiente. D'après Karl Leonhard, on trouve, à l'origine de cette réaction, « un conflit qui se joue [donc] entre ce que la personne souhaite, et, en opposition avec cela, avec ce qui est exigé d'elle par l'extérieur »⁷⁰⁴, ce qui entraîne une « fuite dans la maladie ». Or, le seul conflit que Gisela R. mentionne au cours de son séjour concerne la relation qu'elle entretient avec son mari. D'après l'anamnèse, des « querelles idéologiques » (*weltanschauliche Auseinandersetzungen*) en relation avec l'éducation des enfants opposent

⁷⁰² HPAC M 337/66, psychiatrisches Gutachten, 2 novembre 1966.

⁷⁰³ HPAC F 373a/62.

⁷⁰⁴ « Man spricht auch hier von einem Konflikt, der sich also zwischen dem abspielt, was der Mensch wünscht und dem, was ihm im Gegensatz dazu von außen zugemutet wird. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, *op. cit.*, p. 82.

souvent les deux époux, « le mari, qui est marxiste, voudrait éduquer ses enfants dans ce sens et la pat[iente] au contraire de manière religieuse, ce qui entraînerait naturellement souvent des disputes »⁷⁰⁵. Précisons que le docteur G., qui est en charge de la patiente, est vraisemblablement membre du parti communiste⁷⁰⁶.

Lors de la visite du directeur de la clinique, Gisela R. explique qu'elle envoie ses enfants en cachette au catéchisme, contre l'avis de son mari. Il est intéressant de noter que, selon les dires de la patiente, c'est le fait d'exercer une activité professionnelle qui lui a permis d'acquérir plus de confiance en elle, et donc de prendre en main l'éducation des enfants⁷⁰⁷. Le cas de Gisela R. confirme ainsi la thèse selon laquelle, au cours des années 1960, dans la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, les femmes de RDA acquièrent plus de confiance et d'autonomie⁷⁰⁸. Dans ce cas précis, on constate que la politique menée par les autorités est-allemandes visant à favoriser le travail salarié féminin obtient des résultats tout à fait contraires au projet de formation d'une société socialiste. Exercer une activité professionnelle en dehors du foyer permet ainsi à Gisela R. d'acquérir suffisamment de confiance en elle pour s'imposer dans des questions d'ordre privé, s'opposant alors à la fois aux vues de son mari et à celles de l'État.

Le 6 juillet 1962, soit environ deux semaines après l'admission de sa femme à la clinique, le mari de Gisela R. est invité à s'entretenir avec le médecin. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier, au sujet du conflit qui l'oppose à sa femme :

« En ce qui concerne l'éducation des enfants, il serait d'avis qu'on doit éduquer les enfants dans le sens de l'État. D'après lui, l'éducation religieuse est une question de sentiment [*Gefühlssache*]. Quand on lui fit remarquer, qu'il est nécessaire d'être plus tolérant à ce sujet, il se montra prêt à respecter cela à l'avenir. »⁷⁰⁹

D'après ce passage, il est clairement conseillé au mari de faire preuve de plus de souplesse en ce qui concerne l'éducation religieuse de ses enfants. Ce faisant, le médecin prend une position qui va à l'encontre des normes éducatives défendues par l'État socialiste.

⁷⁰⁵ « Der Mann, welcher Marxist sei möchte seine Kinder in diesem Sinne erziehen und die Pat. im Gegenteil, religiös erziehen, dadurch gäbe es selbstverständlich oft Streit. » HPAC, F 373a/62, Krankengeschichte, Anamnese, Eheverhältnisse.

⁷⁰⁶ Son nom figure dans les rapports du groupe du parti en date de 1964. On peut supposer qu'en 1962, s'il n'est pas membre à part entière, il est au moins candidat du parti ou en passe de le devenir. LAB, C Rep 904-225-4, Compte-rendu de la réunion du 25 novembre 1964.

⁷⁰⁷ HPAC, F 373a/72, Krankengeschichte, Anamnese, Zur Persönlichkeit.

⁷⁰⁸ Dona Harsch, *op. cit.*, p. 302.

⁷⁰⁹ « Wegen der Erziehung der Kinder wäre er der Ansicht, dass man die Kinder im Sinne des Staates erziehen soll. Die religiöse Erziehung sei seine[r] Meinung nach eine Gefühlssache. Als er darauf hingewiesen wird, dass es notwendig ist, in dieser Frage toleranter zu sein, war er bereit, in Zukunft dies zu respektieren. » HPAC, F 373a/62, Krankengeschichte, Rücksprache mit dem Ehemann am 6.7.62.

En effet, d'après les « dix commandements de la morale socialiste », promulgués en 1958, c'est bien « dans l'esprit de la paix et du socialisme » que « l'homme socialiste » doit éduquer ses enfants⁷¹⁰. Cette injonction à une éducation socialiste est à nouveau affirmée dans le nouveau code de la famille, promulgué en 1965⁷¹¹. Dans cette perspective, l'éducation religieuse se fait donc à proscrire des prérogatives familiales. Or, face au conflit qui oppose Gisela R. à son mari et qui joue manifestement un rôle dans l'état de santé de la patiente, le médecin ne semble pas relayer les injonctions des autorités, bien au contraire. Comme en atteste ce dossier, dans le contexte de la RDA des années 1960, la réponse médicale délivrée au sein de la clinique psychiatrique, dans le cadre des entretiens, ne suit pas systématiquement les normes de comportement promulguées par le discours officiel. Cette attitude contredit ce qui est avancé par les camarades de la clinique, dans un rapport en date de décembre 1964, selon lequel, « dans leurs décisions médicales, dont la dimension sociale n'est pas rare dans [la] discipline [psychiatrique], les médecins défendent les intérêts de l'État »⁷¹². Dans ce cas précis, le médecin, bien que camarade, fait passer l'idéologie au second plan, conseillant finalement au mari de faire preuve de plus de souplesse en ce qui concerne l'éducation de ses enfants. À nouveau, l'espace de la clinique offre la possibilité d'une certaine prise de distance vis-à-vis de la ligne officielle, et ce même quand le thérapeute fait partie des rangs des camarades du parti.

La situation de tensions dans laquelle se trouve Gisela R. ne semble pas constituer une exception en RDA. D'après les sources judiciaires relatives aux procédures de divorce, les conflits idéologiques au sein des mariages ont en effet souvent pour origine l'attachement de l'un des époux à la religion⁷¹³. En 1962, quand elle évoque les conflits qu'elle tient pour responsables de sa maladie, la patiente Ruth R. mentionne ainsi « en première ligne », l'éducation qu'elle a reçue de ses parents, qui se trouve en complète contradiction avec le positionnement de son mari, que ce soit sur le plan politique ou religieux⁷¹⁴. Au cours de son séjour en psychiatrie à l'été 1962, Sabine E. fait également mention de tels conflits. D'après son dossier, cette enseignante, âgée de 36 ans, souffre de « *dépression réactionnelle* » (*reaktive Depression*), sa maladie est donc perçue comme une réaction à une ou plusieurs

⁷¹⁰ Voir : *Zehn Geboten für den neuen sozialistischen Menschen*, 1958 (commandement n°8 : « Tu dois éduquer tes enfants dans l'esprit de la paix et du socialisme pour en faire des êtres cultivés dans tous les domaines, au caractère ferme et au corps d'acier. » [*Du sollst deine Kinder im Geiste des Friedens und des Sozialismus zu allseitig gebildeten, charakterfesten und körperlich gestählten Menschen erziehen.*]).

⁷¹¹ Familiengesetzbuch [FGB], § 42 Abs. 2.

⁷¹² « In ihren medizinischen Entscheidungen, die in unserem Fach nicht selten einen gesellschaftlichen Charakter tragen, vertreten die Ärzte die Interessen des Staates. » LAB, C Rep 904-225 Nr. 13, Einschätzung der ideologischen Situation an der Nervenklinik, 8 décembre 1964.

⁷¹³ Paul Betts, *Within Walls. Private Life in the German Democratic Republic*, New York, Oxford University Press, 2010, p.106.

⁷¹⁴ HPAC, F 598/64, Krankengeschichte, 21 janvier 1961.

expériences difficiles. Si son état de santé semble découler avant tout de la séparation d'avec son mari, au fil de son séjour, Sabine E. mentionne une deuxième source de tourments : « l'éducation idéologique de son garçon et son propre positionnement à ce sujet »⁷¹⁵. On apprend alors que son ex-mari est un fonctionnaire du parti qui l'aurait poussée à y adhérer durant leur mariage, ce qui avait provoqué chez elle des tensions intérieures, du fait de son éducation confessionnelle. Le choix de l'éducation à donner à leur enfant fait justement resurgir les divergences idéologiques entre Sabine E. et son ex-mari. Selon le dossier, où sont repris les propos de la patiente :

« Elle [Sabine E.] craint désormais avant tout le fait qu'il [son ex-mari] influence l'enfant, c'est pourquoi elle ne veut jamais le laisser seul avec lui. Elle ne sait pas non plus elle-même véritablement selon quelle orientation idéologique elle doit éduquer l'enfant. »⁷¹⁶

Sabine E. se trouve ainsi confrontée à un choix difficile : doit-elle suivre la ligne officielle – défendue par son ex-mari – ou bien alors s'inspirer de l'éducation qu'elle a elle-même reçue, basée sur des principes religieux ? Un compromis semble difficile à trouver étant donné que ces deux « orientation[s] idéologique[s] » se trouvent en totale contradiction, l'idéologie marxiste-léniniste voyant dans la religion un instrument de manipulation et de domination des classes dominantes. Si l'on suit la ligne officielle, Sabine E. doit donc nécessairement se ranger du côté de son mari. Or, selon le dossier, une nouvelle fois, le médecin ne semble pas rappeler à la patiente le discours normatif qui est diffusé par les autorités. Il laisse Sabine E. décider par elle-même de ce qu'elle doit entreprendre à l'avenir. Au terme de son séjour, voici ce que note le médecin dans le dossier :

« Au cours de plusieurs entretiens, on réussit à faire en sorte que Madame E. prenne un peu de distance vis-à-vis des pensées en lien avec son ancien mari, qui déterminaient son quotidien jusqu'à présent, et qu'elle s'occupe plus des problèmes futurs en lien avec son propre rôle dans la vie et du problème de l'éducation de son fils. »⁷¹⁷

Si Sabine E. est apparemment invitée à se pencher sur l'éducation de son fils, rien n'est dit d'une quelconque orientation pédagogique qui aurait été conseillée par le médecin.

⁷¹⁵ « Die Patn. schilderte dann einen zweiten Sorgenkomplex, der sie in zunehmendem Maße beschäftigt und nicht mehr zur Ruhe läßt: die weltanschauliche Erziehung ihres Jungen und ihre eigene Position darin. » HPAC, F 385/62, Krankengeschichte, 9 juillet 1962.

⁷¹⁶ « Nun befürchte sie aber vor allem die Beeinflussung des Kindes durch ihn, will es deshalb nie mit ihm allein lassen. Sie wisse aber auch selbst nicht recht, in welcher Weise sie das Kind weltanschaulich erziehen soll. » HPAC, F 385/62, Krankengeschichte, 9 juillet 1962.

⁷¹⁷ « Im Verlaufe mehrerer Gespräche wurde doch erreicht, dass sich Frau R. von dem bisher ihren ganzen Alltag bestimmenden Gedanken an ihren geschiedenen Ehemann etwas distanzierte und sich mehr den zukünftigen Problemen ihrer eigenen Rolle im Leben und dem der Erziehung ihres Kindes zuwandte. » HPAC, F 385/62, Krankengeschichte, 27 juillet 1962.

Rappelons que ce dernier appartient à un groupe professionnel particulièrement attaché aux valeurs religieuses et à leur transmission⁷¹⁸. Cet extrait de dossier laisse supposer que le message normatif diffusé hors des murs de la clinique n'y a pas forcément valeur d'autorité. Contrairement à l'institution judiciaire, qui, quand elle est confrontée à des désaccords conjugaux, relaye le discours officiel concernant la morale socialiste⁷¹⁹, l'institution psychiatrique semble ici ainsi constituer un espace où il est possible d'adopter une attitude pragmatique voire distante vis-à-vis de la ligne officielle. S'ils tentent tous deux de participer à une certaine régulation des conflits familiaux, médecins et juges ne suivent pas la même logique.

Ainsi, comme en attestent les sources consultées, durant les années 1960, les conflits qui traversent les familles est-allemandes peuvent se teinter d'une couleur politique, qu'ils opposent les enfants aux parents, ou qu'ils déchirent les époux. Finalement, à l'origine de ces dissensions, on retrouve des lignes conflictuelles comparables à celles qui peuvent traverser les conflits des familles occidentales : le rôle dévolu à la femme au sein du foyer, le partage des tâches, la question de la transmission (sur le plan des croyances religieuses notamment). La particularité de la RDA réside dans le fait que ces lignes de tension, s'inscrivant dans le contexte de l'époque, peuvent revêtir une dimension politique et idéologique, ce qui participe de leur exacerbation. Dans un contexte où l'espace familial est censé favoriser l'épanouissement de la « personnalité socialiste », ces tensions interindividuelles prennent un caractère d'autant plus sensible qu'elles peuvent refléter, de manière plus ou moins directe, la prise de distance de l'un des acteurs vis-à-vis du projet officiel. Or, selon la logique binaire qui caractérise la perspective des autorités est-allemandes, celui qui ne soutient pas pleinement la formation d'une société socialiste, ne peut être désigné que comme un opposant au régime. Ce découpage manichéen explique dans quelle mesure les conflits à connotation politique qui traversent les familles peuvent s'avérer particulièrement délicats, et ce alors même que la famille suscite un regain d'intérêt de la part de l'État. L'entretien thérapeutique apparaît alors comme un espace où de tels sujets – aussi sensibles soient-ils – peuvent être abordés, face au médecin ou au psychologue. Et quand elle est sollicitée, la réponse médicale ne semble pas suivre à la lettre les normes de comportement promulguées par le discours officiel. Le

⁷¹⁸ L'obligation tacite de participer à la *Jugendweihe* – cérémonie de passage, instituée par l'État en 1954, visant à concurrencer la confirmation religieuse – constitue ainsi l'une des raisons poussant les médecins à quitter la RDA au cours des années 1950. Anna Sabine Ernst, *op. cit.*, p. 63-64.

⁷¹⁹ Voir à ce sujet la thèse en cours de Jane Freeland, qui se concentre sur les violences domestiques en RDA : « Negotiating a Space for Women in the State: Domestic Violence in East Germany, 1971-1990 », Carleton University, Ottawa, Canada. Jane Freeland fait part des résultats de ses recherches dans l'article suivant : Jane Freeland, « Morals on Trial: State-Making and Domestic Violence in the East German Courtroom », *Perspectives on Europe*, n°44, 2014, p. 55-60.

thérapeute peut alors apparaître comme une figure d'autorité alternative.

2. Conflits intérieurs et politique

Après s'être penché sur le phénomène de politisation des conflits familiaux, il s'agit désormais de questionner un autre type de conflit : les conflits intérieurs, dans lesquels, d'après Karl Leonhard, « la personne se trouve entre deux possibilités et ne peut parvenir à une décision claire »⁷²⁰. Ces conflits s'inscrivent dans la sphère de l'intime et n'ont pour protagoniste que le patient lui-même, qui doit se battre avec ses doutes, ses obsessions, ou ses angoisses.

À travers trois études de cas, il convient de saisir ici selon quelles modalités le contexte politique de la RDA peut alimenter ces tensions intérieures, et quelle peut être la réponse thérapeutique face à de tels conflits. Dans les dossiers consultés, on retrouve une lecture des comportements qui, donnant la priorité à la logique médicale, semble inviter les patients à la prise de parole. L'espace de la clinique – ou de manière plus précise, l'interaction avec le thérapeute – permet à ces individus d'évoquer des tensions intérieures qui, par leur connotation politique, pourrait potentiellement les mettre en danger, si elles n'étaient pas médicalisées et donc prises en charge dans le cadre d'une thérapie. En quelque sorte, l'« excuse de la névrose » protège ces patients du risque qu'ils encourraient à remettre en cause, dans leurs pensées ou dans leurs actes, la ligne politique officielle. Par ailleurs, en se penchant sur les conflits évoqués par les patients ainsi que sur leurs parcours personnels, on peut tenter de reconstituer certains mécanismes inhérents au processus d'intériorisation des normes au sein de la société socialiste, un processus d'appropriation qui se fait pas sans friction.

Les trois dossiers sur lesquels nous nous appuyons ici concernent des patients ayant été pris en charge dans les services de psychothérapie et qui souffrent, d'après le diagnostic établi par les médecins et psychologues, de névrose (névrose d'appréhension ou névrose obsessionnelle). Dans les trois cas, les peurs, angoisses ou obsessions évoquées par ces individus, peuvent être mises en relation avec le contexte politique et idéologique de la RDA. Il s'agira d'une part de reconstituer le parcours personnel de ces individus, à partir des traces laissées dans leurs dossiers, afin d'apprécier le rapport qu'ils peuvent entretenir avec le contexte politique. D'autre part, nous interrogerons également la réponse thérapeutique qui

⁷²⁰ « Das Kämpfen mit einem unglücklichen Schicksal ist außerdem für das Nervensystem sehr belastend und führt zu seiner Erschöpfung, d.h. zur Neurasthenie, die besonders in Reizbarkeit, Affektibilität, Konzentrationsschwäche, Ermüdbarkeit ihren Ausdruck findet. Ähnlich erschöpfend wirken sich innere Konflikte aus, in denen der Mensch zwischen zwei Möglichkeiten steht und zu keiner klaren Entscheidung kommen kann. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, *op.cit.*, p. 82.

peut leur être apportée par la clinique.

2.1 « "Si je dis maintenant Heil Hitler" »⁷²¹

La première étude de cas concerne le patient Otto F., qui effectue, en 1968, un séjour de plusieurs semaines au sein du service de psychothérapie de la clinique. Cet homme, d'une quarantaine d'années, est adressé à la Charité par le médecin de son entreprise. Il souffre d'un mal particulièrement gênant dans le contexte politique de la RDA puisqu'il est tourmenté par la pensée de pouvoir dire « Heil Hitler ! ». D'après le code pénal en vigueur en RDA, le salut hitlérien tombe sous le coup de la loi en tant que « propagande et diffamation portant atteinte à la sûreté de l'État » (*Staatsgefährdende Propaganda und Hetze*)⁷²². Selon le droit, s'il transforme ses pensées en acte, Otto F. risque donc une peine de prison d'au moins trois mois. De manière générale, le rejet viscéral du passé nazi constitue un élément-clé du discours de légitimation des autorités est-allemandes, l'antifascisme étant l'un des piliers sur lesquels doit se faire la construction de la nouvelle société socialiste. La pensée qui hante Otto F. entre ainsi en complète contradiction avec le contexte politique et idéologique dans lequel il évolue. Selon son dossier, cet ingénieur prend pleinement conscience du danger que représenterait un tel propos en 1962, lors d'une situation bien particulière. Voici ce qu'on peut lire à ce sujet dans son dossier :

« En 1962, alors qu'il attendait dans l'antichambre du maire depuis une demi-heure, lui vint soudainement la pensée "si je dis maintenant Heil Hitler" . Pris de sueurs froides, il quitta l'antichambre, se calma un peu dehors, et mena ensuite l'entretien avec le maire, qui ne fut en aucune manière éprouvant. »⁷²³

D'après le patient, cette pensée, qui surgit lors de ce moment-précis, existait en lui depuis plusieurs années, mais dans un état de latence. Otto F. explique avoir entendu plusieurs années auparavant l'histoire d'une femme ayant tenu de tels propos, ce qui avait par la suite provoqué « toute une histoire »⁷²⁴. Depuis cet incident chez le maire, qui a eu lieu six ans avant son admission à la clinique, des pensées de ce type l'assaillent notamment « lors de situations de tension au sein de son entreprise, lors de longs moments d'attente ou avant des

⁷²¹ « [...] "wenn ich jetzt Heil Hitler sage" ». HPAC, M 212/68, Krankengeschichte, Anamnese.

⁷²² StEG [*Strafrechtsergänzungsgesetz*] du 11 décembre 1957, § 19.

⁷²³ « 1962, als er im Vorzimmer des Bürgermeisters ½ Std. wartete, kam ihm plötzl. der Gedanke "wenn ich Heil Hitler sage." Von Angstschweiß überdeckt, verließ er das Vorzimmer, beruhigte sich draußen etwas, führte dann das Gespräch mit dem Bürgermeister, das in keiner Weise aufregend war. ». HPAC, M 212/68, Krankengeschichte, Anamnese.

⁷²⁴ HPAC, M 212/68, Krankengeschichte, Chefvisite, 27 mai 1968.

discours »⁷²⁵. En 1967, cet homme se confie pour la première fois à ce sujet au médecin de son entreprise, qui lui prescrit un tranquillisant. Si la prise de ce médicament « apporte un peu d'amélioration », l'admission d'Otto F. à la clinique, en mai 1968, témoigne bien de la persistance de ces pensées perturbatrices.

Suite à l'anamnèse, le médecin pose un premier diagnostic faisant notamment état d'une névrose obsessionnelle (*Zwangsneurose*). Cette forme de névrose se définit par l'existence de pensées ou de pulsions obsessionnelles qui perturbent la vie quotidienne d'un individu, ce dernier ayant pleinement conscience de leur caractère interdit ou insensé⁷²⁶. Environ trois semaines après l'admission du patient, la visite du directeur de la clinique vient modifier ce diagnostic. Précisons que, Karl Leonhard, ancien membre du NSDAP, a lui-même pratiqué le salut hitlérien pendant plusieurs années, il semble ainsi tout à fait à même de comprendre l'angoisse de ce patient. D'après lui, il ne s'agit non pas d'une névrose obsessionnelle mais plutôt d'une névrose d'appréhension (*Erwartungsneurose*). Selon Kraepelin, la névrose d'appréhension se manifeste lors d'un processus, qui se réalise habituellement de manière quasi-mécanique, sans que le sujet n'en prenne conscience (comme le fait de marcher, parler, lire, écrire, s'endormir, etc.)⁷²⁷. C'est l'appréhension avec laquelle le sujet aborde cette action a priori anodine qui vient perturber voire empêcher sa réalisation, le trouble se renforçant mécaniquement au fil du temps. Comme le résume Karl Leonhard, « [le patient] a peur qu'une aptitude qu'il possédait habituellement le trahisse »⁷²⁸. Le caractère obsessionnel des pensées ne se trouve donc plus au cœur du diagnostic du médecin, qui met dès lors la focale sur la peur du patient de défaillir lors de situations précises (d'attente ou de tension). Alors que dans le cas de phobies, la menace se trouve « en dehors du patient », pour ce qui est de la névrose d'appréhension, elle est « à l'intérieur du patient lui-même »⁷²⁹. C'est ce diagnostic que l'on retrouve à la fin de la *Krankengeschichte*, tout comme dans la lettre adressée au médecin de l'entreprise du patient, ainsi que sur la couverture du dossier. Pour la clinique de la Charité, on a ici à faire à une névrose d'appréhension chez une personnalité émotive et hyper-persistante (*Erwartungsneurose bei emotiv-übernachhaltiger Persönlichkeit*).

⁷²⁵ « Seit 1962 kommen ihm diese Gedanken besonders in betriebl. angespannten Situationen, bei längeren Wartezeiten, vor Reden ». HPAC, M 212/68, Krankengeschichte, Anamnese.

⁷²⁶ Claus Haring, Karl Heinz Leickert, *Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1968, p. 618.

⁷²⁷ Emil Kraepelin, *Klinische Psychiatrie. IV. Band. III. Teil*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1915 [8^e édition], p. 1416-1428.

⁷²⁸ « Er fürchtet, daß ihn eine Fähigkeit, die er sonst hat, im Stich läßt. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, *op. cit.*, p. 71.

⁷²⁹ « Während bei der Phobie oder Furchtneurose, wie man sagen könnte, das Drohende außerhalb liegt, findet es sich bei der Erwartungsneurose, wie ich den Begriff gefaßt haben möchte, im Patienten selbst. » *Ibid.*

En lien avec ce diagnostic, la thérapie proposée à Otto F. s'articule autour de plusieurs éléments (qui suivent les grandes lignes de la thérapie individualisée). Des « entretiens à visée explicative » (*aufklärende Gespräche*) sont menés avec le patient, qui pratique en parallèle des activités sportives et ludiques visant à détourner son attention de ces pensées perturbatrices (*Ablenkung*). De plus, Otto F. se voit attribuer des exercices concrets visant à le confronter à des situations potentiellement angoissantes à l'intérieur ou à l'extérieur de la clinique (*Gewöhnung / Umerziehung*). Lors d'un bref séjour chez lui, il effectue une visite sur son lieu de travail, et ce sans qu'il ne soit assailli par la pensée de pouvoir dire « Heil Hitler ! ». Environ cinq semaines après son arrivée, la thérapie semble avoir porté ses fruits puisque Otto F. ne semble plus souffrir d'aucun mal. Durant son séjour à la clinique, la peur de pouvoir dire « Heil Hitler ! » n'est en effet presque jamais survenue. Otto F. quitte donc la clinique le 14 juin 1968. D'après le rapport final du médecin :

« Le patient sait comment il doit se comporter, qu'il ne doit pas éviter les situations qui lui sont difficiles et tout de suite penser à autre chose en cas de surgissement, de sorte que nous avons pu le laisser sortir en état de travailler. »⁷³⁰

À sa sortie de la clinique, si elle n'a pas complètement disparu, Otto F. semble avoir acquis la capacité de vivre avec cette pensée dangereuse. La clinique participe ainsi d'un processus de régulation de comportements potentiellement déviants et permet à cet homme de « rentrer dans les rangs ». Finalement, en appréhendant cette pensée perturbatrice comme le symptôme d'une névrose, le regard médical la décharge de toute connotation politique, faisant passer la logique thérapeutique avant la logique politique.

Par ailleurs, ce dossier permet également de s'interroger sur le processus d'intériorisation des normes dans le cadre de la société socialiste. À travers le cas d'Otto F., on perçoit dans quelle mesure le rapport de l'individu au politique peut se faire complexe, s'inscrivant dans des temporalités mêlées. Sans remettre en cause le diagnostic du médecin, on peut ainsi proposer une autre lecture de cette source, en replaçant l'expérience de cet homme dans les divers contextes qui lui donnent sens.

Né en 1921, Otto F. a vécu son adolescence et son entrée dans l'âge adulte à l'époque du Troisième Reich. Si ses résultats scolaires sont « moyens voire mauvais », il entre « avec enthousiasme » dans les jeunesses hitlériennes en 1933, à l'âge de 12 ans, alors qu'Hitler vient tout juste d'arriver au pouvoir en Allemagne⁷³¹. Comme tous les membres de cette

⁷³⁰ « Der Pat. weiß, wie er sich zu verhalten hat, daß er den für ihn schwierigen Situation nicht ausweichen darf, beim Aufkommen solcher Gedanken sofort an etwas anderes denken muß, so daß wir ihn als arbeitsfähig entlassen konnten. » HPAC, M 212/68, Epikrise, 19 juin 1968.

⁷³¹ HPAC, M 212/68, Krankengeschichte, Soz.[iale] A.[namnese].

organisation de jeunesse, le jeune garçon est soumis à une stricte pratique disciplinaire, en relation étroite avec l'idéologie nazie. Tout comme au sein du NSDAP, les jeunes hitlériennes pratiquent ainsi le salut hitlérien ou *deutscher Gruß*, qui constitue la forme de salutation officielle au sein du Troisième Reich et consiste à lever le bras droit à hauteur de l'épaule en prononçant la formule « Heil Hitler ! ». À partir de 1933, cette pratique, qui manifeste le culte voué au *Führer*, se diffuse au sein de la vie publique ; elle est notamment rapidement instituée dans les écoles allemandes.

Après avoir travaillé pendant quatre ans comme laborantin dans une usine de charbon, Otto F. sert en tant que soldat lors de la Seconde Guerre mondiale. Blessé sur le front de l'Est en 1943, il fait l'expérience de la captivité en Union soviétique, dont il ne revient qu'en 1948⁷³². Au sein de l'armée allemande, si le *deutscher Gruß* ne remplace le traditionnel salut militaire qu'à partir d'août 1944, les soldats sont tout de même tenus de le pratiquer en plusieurs occasions⁷³³. Ainsi, dès l'année 1933 et durant plus de dix ans, Otto F., en tant qu'adolescent puis en tant que jeune adulte, évolue dans le cadre d'instances de socialisation et de disciplinarisation fortement marquées par le régime national-socialiste : les jeunes hitlériennes et la *Wehrmacht*. Durant cette période, Otto F. acquiert un certain nombre d'habitudes ou de schèmes d'action, qui sont autant de « manières de faire, de penser, de sentir et de dire adaptées (et parfois limitées) à des contextes sociaux spécifiques »⁷³⁴. Ce processus d'intériorisation s'inscrit dans le contexte global du national-socialisme, au sein duquel la salutation « Heil Hitler ! » correspond à ce qui est officiellement prescrit.

Cependant, dans l'immédiat après-guerre, le basculement d'un monde à un autre rend cette forme de salutation totalement inadéquate au nouveau contexte politique et idéologique. Comme nous l'avons précisé précédemment, s'il transforme ses pensées en acte, Otto F. risque la prison. De plus, s'il franchit la ligne jaune, Otto F. risque également l'exclusion du parti communiste auquel il a adhéré en 1951, soit à peine trois ans après son retour de captivité⁷³⁵. En tant que membre du SED, Otto F. est censé donner l'exemple en montrant à ses concitoyens le chemin à suivre. Ce chemin suit les buts proclamés par le parti communiste, dont fait partie la lutte antifasciste. Saluer quelqu'un à la manière national-socialiste, ou simplement prononcer en public la formule « Heil Hitler ! », s'opposent diamétralement aux

⁷³² *Ibid.*

⁷³³ D'après un décret du ministère de la défense du Reich datant du 19 septembre 1933 : « Le salut allemand doit être pratiqué par les soldats et les fonctionnaires en uniforme, s'ils ne portent pas de couvre-chef, dans les cas suivants : a). quand est chanté l'hymne national ou le chant de Horst-Wessel, b). lors d'échange de salutations en dehors du service à l'intérieur et à l'extérieur de la *Wehrmacht*. ». D'après R. Absolon, cité par Tilman Allert. Voir : Tilman Allert, *Der deutsche Gruß. Geschichte einer unheilvollen Geste*, Francfort sur le Main, Eichhorn, 2005, p. 115.

⁷³⁴ Bernard Lahire, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 2001 [1998], p. 204.

⁷³⁵ HPAC, M 212/68, Krankengeschichte, Soz.[iale] A.[namnese].

devoirs d'un camarade du parti. Nul doute qu'en agissant de la sorte, Otto F. s'exposerait à des sanctions disciplinaires de la part du SED, pouvant allant jusqu'à son exclusion.

Ainsi, quand on la réinsère dans le double contexte de la RDA et du parti communiste, l'angoisse de cet homme apparaît comme tout à fait compréhensible (comme une « angoisse de son temps »). La pensée qui le tourmente s'avère bien dangereuse dans la mesure où elle remet en cause tout le processus d'adaptation à la société socialiste dans lequel il est engagé depuis près de vingt ans. En l'espace de quelques années, du fait du passage d'un monde à un autre, du Troisième Reich à la RDA, ce qui était la norme (le salut hitlérien) est devenu un signe de déviance, voire d'opposition aux autorités de l'État. On perçoit bien ici dans quelle mesure les normes sociales, qui prescrivent un comportement déterminé, se rattachent à une société donnée et se définissent de ce fait par leur caractère contingent. Ce basculement des normes nécessite une adaptation des comportements, qui ne se fait pas sans friction, comme en témoigne le cas d'Otto F.⁷³⁶

À travers la lecture de son dossier, on saisit ainsi la tension qui existe entre, d'une part, ses expériences passées, incorporées sous la forme de schèmes d'action, d'habitudes et donc de manière de saluer, et d'autre part, la situation présente, qui s'inscrit dans le contexte social et politique de la RDA. C'est la situation présente qui « définit, délimite donc ce qui du passé, peut être actualisé »⁷³⁷. Dans ce cas précis, le présent joue un rôle inhibiteur, en maintenant – tant bien que mal – à l'état de veille une habitude incorporée par l'acteur, devenue totalement inadéquate dans ce nouveau contexte. La pensée qui tourmente Otto F. peut ainsi être considérée comme la trace persistante d'une expérience socialisatrice passée marquée par le sceau du national-socialisme. À travers l'expérience de cet individu, on perçoit bien dans quelle mesure le passage d'un contexte à un autre est producteur de tensions intérieures, susceptibles de persister dans le temps, et ce bien au-delà de la phase de transition politique.

La réaction d'Otto F., qui cherche de l'aide auprès de médecins, montre qu'il est tout à fait conscient du caractère a-normal ou déviant d'une telle action dans le contexte de la RDA. Une fois prise en charge dans un contexte psychothérapeutique, cette pensée devient le symptôme d'une névrose, ce qui déleste Otto F. de la menace d'une condamnation judiciaire. Cette réaction témoigne bien d'un processus de socialisation alors en cours, qui voit Otto F. intérioriser et faire siennes les normes inhérentes à la société socialiste.

⁷³⁶ Otto F. ne semble pas être le seul dans ce cas-là dans l'Allemagne de l'après-guerre. Le sociologue Tilman Allert évoque ainsi les « histoires » certes rares concernant des personnes « pour lesquelles le lever du bras était devenu une seconde nature et qui eurent des difficultés à se faire à l'effondrement de la dictature sur le plan de la gestuelle ». Tilman Allert, *op. cit.*, p. 129-130.

⁷³⁷ Bernard Lahire, *op. cit.*, p. 69.

2.2 « Une fervente marxiste »

Ce processus d'intériorisation des normes est également observable quand on se penche sur le dossier de la patiente Anneliese E.. Tout comme Otto F., cette jeune femme souffre d'un conflit intérieur, au sein duquel une pensée latente vient contredire l'idéologie officielle. Dans son cas, l'incorporation des interdits liés à l'idéologie se fait telle qu'elle vient entraver la mise en œuvre du processus thérapeutique. La logique médicale se confronte alors directement à la logique politique.

En avril 1963, Anneliese E. est admise au sein du service de psychothérapie, où elle va rester environ un mois⁷³⁸. D'après le dossier, cette jeune femme, âgée de 27 ans, souffre de pensées obsessionnelles aux contenus multiples. Depuis la naissance de son fils, il y a huit mois, la pensée de pouvoir lui faire du mal la hante, sans qu'elle ne puisse s'en défaire, ce qui l'amène à se présenter à la clinique. Le diagnostic d'admission fait état d'une « névrose obsessionnelle chez une personnalité anancastique » (*Zwangsneurose bei anankastischer Persönlichkeit*)⁷³⁹.

Lors de l'anamnèse, la patiente revient sur les diverses pensées qui l'ont tourmentée jusqu'alors (la peur de ne pas avoir éteint les appareils électriques, d'avoir laissé la porte ouverte, de pouvoir faire du mal à quelqu'un, etc.). Or, l'une de ces peurs concerne directement le contexte politique et idéologique dans lequel elle évolue. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le dossier : « Pendant ses études et ensuite, elle avait constamment eu peur de pouvoir écrire quelque part une devise contre-révolutionnaire (bien qu'elle soit une fervente marxiste) »⁷⁴⁰. À la lecture du dossier, on apprend qu'Anneliese E. a fait des études de philosophie durant les années 1950 (elle est diplômée en 1959). Après avoir été assistante durant deux ans à l'Institut de Philosophie de l'Université Humboldt de Berlin, elle commence une thèse dans le cadre de l'*Aspirantur*, qui est un programme contrôlé par l'État visant à favoriser la carrière académique de scientifiques fidèles au parti. Depuis le début de ses études, la jeune femme évolue ainsi dans un environnement où la pression idéologique se fait particulièrement forte. Tout comme l'histoire, la philosophie fait en effet partie des disciplines, qui voient leur contenu remis en cause par le nouveau régime politique et qui doivent donc se conformer à la « vérité » détenue par l'idéologie marxiste-léniniste. C'est cette dernière qui

⁷³⁸ « [...] eine glühende Marxistin ». HPAC, F 309/63. HPAC, F 309/63, Krankengeschichte, Angaben der Patientin, Zu den Beschwerden.

⁷³⁹ Un état anancastique est « un état dans lequel on se sent forcé de penser, d'agir ou de sentir contre son gré. Ce sentiment accompagne tout particulièrement les compulsions, les phobies et les obsessions. » Jacques Postel (dir.), *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris, Larousse, 2006 [rééd.], p. 28.

⁷⁴⁰ « Während ihres Studiums und danach, lebte sie in ständiger Angst, sie könne irgendwo einmal eine konterrevolutionäre Losung anschreiben (obgl[e]ich sie eine glühende Marxistin ist). » HPAC, F 309/63, Krankengeschichte, Angaben der Patientin, Zu den Beschwerden.

s'impose rapidement comme cadre de référence au sein des facultés de philosophie est-allemandes. Écrire une « devise contre-révolutionnaire », c'est-à-dire en contradiction avec l'idéologie officielle, aurait entraîné de lourdes conséquences pour l'étudiante, qui auraient commencé par son exclusion de l'université et se seraient sans aucun doute poursuivies par des poursuites judiciaires.

Au cours de son séjour au sein de la clinique, la jeune femme fait à nouveau allusion à cette angoisse d'une nature particulière. Le 5 mai 1963, c'est-à-dire plus d'une semaine après son admission, le médecin note la chose suivante dans son dossier :

« Pendant l'été a soudainement éprouvé une pensée tout à fait immorale⁷⁴¹, qui est en complète contradiction avec ses convictions politiques. Madame le médecin-chef prie la pat.[iente] de nous faire part de cette phrase, afin qu'elle se défasse ensuite beaucoup plus facilement de cette pensée obsessionnelle. Pat.[iente] s'y refuse, elle ne pourrait sous aucune circonstance, elle en mourrait de honte, etc. Elle refuse aussi de l'écrire et de le donner au médecin, se manifeste alors son caractère particulièrement scrupuleux. »⁷⁴²

À nouveau, c'est une pensée au contenu politique, en totale opposition avec ses convictions personnelles, qui perturbe la patiente. D'après l'anamnèse – où la patiente est invitée à « parler de soi » – , Anneliese E. serait une « marxiste fervente ». C'est bien ainsi qu'elle semble s'être définie face au médecin (qui la désigne dans son rapport final comme une « marxiste convaincue »⁷⁴³). Quand elle se raconte, la jeune femme fait donc explicitement mention de son attachement à l'idéologie marxiste-léniniste. Comme nous l'avons évoqué précédemment, Anneliese E. fait partie des « aspirants », jeunes scientifiques dont la carrière est liée à leur positionnement politique, puisqu'ils sont financés par un programme directement contrôlé par l'État et sont censés incarner la relève progressiste sur les bancs de l'université. En tant que philosophe tout comme en tant qu'aspirante, la jeune femme poursuit donc une carrière professionnelle intimement liée à l'idéologie officielle. En aucun cas, elle ne peut se permettre d'en douter, sans remettre en cause l'ensemble de sa carrière. De plus, comme la plupart des aspirants, Anneliese E. est manifestement membre du parti communiste,

⁷⁴¹ Bien que ce terme ne soit pas mis entre guillemets, on peut supposer que l'adjectif « immoral » qui caractérise les pensées tourmentant la patiente a été utilisée par cette dernière, et repris par le médecin lors de la transcription. L'utilisation du subjonctif I indique qu'il s'agit de propos tenus par la patiente et rapportés par le rédacteur.

⁷⁴² « Während des Sommers habe sie plötzlich einmal einen ganz lästerhaften Gedanken verspürt, der völlig im Gegensatz zu ihrer politischen Überzeugung stehe. Frau O.A. bittet die Pat, uns diesen Satz mitzuteilen, da sie dann viel besser von diesen Zwangsgedanken los käme. Pat lehnt dies ab, das könne sie unter keinen Umständen, sie schäme sich dann zu Tode usw. Sie lehnte auch ab, ihn aufzuschreiben und dem Arzt zu geben, dabei tat sich ihre erhebliche Skrupelhaftigkeit deutlich kund. » HPAC, F 309/63, Krankengeschichte, Vorstellung der Pat. bei Frau O.A., Kurze Nachexploration, 5 mai 1963.

⁷⁴³ HPAC, F 309/63, Epikrise, 7 juin 1963.

ce qui renforce encore la pression idéologique caractérisant son quotidien. À ce sujet, il est intéressant de noter que, d'après les sources de la clinique, le médecin en charge de son cas, appartient vraisemblablement au parti communiste⁷⁴⁴. Cela dit, et comme dans l'immense majorité des cas, cette appartenance politique ne laisse aucune trace manifeste dans le dossier (la patiente n'en est *a priori* pas informée).

La réaction de la jeune femme – qui refoule cette pensée non-conforme à la ligne politique officielle – peut refléter le résultat ultime d'un processus d'intériorisation des normes (entendues ici comme des règles de comportement). Selon cette interprétation, la contrainte extérieure – aucune remise en cause de l'idéologie officielle n'est tolérée – s'est ici transformée en auto-contrainte, la censure en auto-censure ; les pensées contre-révolutionnaires ou contraires à l'idéologie officielle devant rester de l'ordre de l'indicible. La norme a bien été incorporée par cette jeune femme, qui l'a en quelque sorte fait sienne. Dès lors, elle se sent engagée à s'y conformer, en vertu d'une obligation qui revêt un caractère moral⁷⁴⁵. Prononcer une phrase qui contredit l'idéologie officielle lui apparaît bien comme un acte allant à l'encontre de valeurs morales, puisque cela susciterait chez elle un sentiment de honte. Ainsi, malgré l'invitation des médecins à se confier, la patiente ne se livre pas, gardant le silence le plus complet sur cette « pensée immorale », qui heurte ses convictions les plus profondes.

Or, l'impossibilité de la patiente à faire part de cette pensée constitue un obstacle dans la poursuite de son traitement. En effet, face à des pensées obsessionnelles, la première étape de la thérapie consiste à ce que le patient se livre à ce sujet. D'après les préceptes de la thérapie individualisée, le patient doit apprendre, à l'aide du thérapeute, à faire progressivement face à ses peurs, par la diversion (*Ablenkung*) et l'accoutumance (*Gewöhnung*). C'est bien le protocole qui est suivi en ce qui concerne les autres obsessions de la patiente. Ainsi, afin de supprimer les pensées obsessionnelles en relation avec son fils, la patiente est tenue d'effectuer divers exercices avec le nouveau-né (qui l'accompagne durant son séjour à la clinique) : faire faire de la gymnastique au nourrisson, manipuler des objets tranchants en sa proximité, le laisser jouer avec un canif replié. Dans le cadre de cette thérapie, « le patient est progressivement placé dans des situations, qui relèvent pour lui de l'obsession, sans qu'il ne puisse y céder »⁷⁴⁶. Le thérapeute accompagne le patient dans ces

⁷⁴⁴ Le docteur S., né en 1927, est cité dans les rapports du parti datant de 1964. LAB, C Rep 904-225-4, Mitgliederversammlung vom 25.11.64.

⁷⁴⁵ Cette situation peut rappeler l'analyse de Michel Foucault, selon laquelle « la transformation des interdits en névrose passe par une étape où l'intériorisation se fait sous les espèces d'une assignation morale [...] ». Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, Coll. Tel, 1972, p. 133.

⁷⁴⁶ « Der Patient wird in fortschreitendem Maße in Situationen gebracht, die für ihn Zwangscharakter tragen, ohne daß er dem Zwang nachgeben darf. » Hansgeorg Schmieschek, « Praxis der Individualtherapie bei den

exercices afin de lui permettre de dépasser ses obsessions ou ses angoisses (en le soutenant, en parlant avec lui, etc.). Selon la même logique, la jeune femme est invitée à se rendre chez elle certains après-midis, à y effectuer des travaux domestiques avant de rentrer à la clinique, sans avoir vérifié à plusieurs reprises si les appareils électriques étaient bien éteints ou si la porte était bien fermée. Ainsi, en ce qui concerne deux motifs d'obsession sur trois, un traitement thérapeutique est proposé à la jeune femme. Comme l'écrit Karl Leonhard, « si plusieurs obsessions sont présentes en même temps, chacune d'entre elles doit être supprimée par accoutumance »⁷⁴⁷. Cette forme de thérapie semble assez rapidement porter ses fruits. D'après le bilan du séjour :

« [...] elle [la patiente] a pu après peu de temps s'occuper de son enfant de manière complètement détendue et sans aucune manifestation obsessionnelle et est ensuite également parvenue à quitter sa maison sans aucun contrôle ultérieur. »⁷⁴⁸

Venant nuancer les progrès de la patiente, le médecin ajoute cependant la phrase suivante :

« Comme la patiente, selon son caractère scrupuleux, garda le silence sur certaines obsessions, et ne les exprima pas non plus au cours de nombreux entretiens, nous ne pûmes parvenir à aucune détente sur ce point. »⁷⁴⁹

Sans aucun doute, cette mention fait référence aux pensées « immorales », qui heurtent les convictions politiques de la jeune femme, une barrière morale l'empêchant de se confier à ce sujet au médecin. Face à l'incorporation des interdits, le thérapeute semble bien impuissant, n'ayant aucune prise sur des tourments qui ne peuvent franchir le seuil de la parole. La sentiment de honte associé à la transgression des normes – à l'éventualité d'un comportement considéré comme déviant – manifeste en négatif la profondeur du processus d'intériorisation. La logique médicale et thérapeutique se heurte ainsi à une logique politique poussée à l'extrême, qui enferme toute remise en cause de l'idéologie dans la sphère de l'indicible, et réduit donc cette jeune femme – « fervente marxiste » – au silence. Malgré les tentatives de l'équipe médicale, le conflit intérieur en lien avec l'idéologie politique ne peut être traité de la

Phobien (außer den Nosophobien) und Zwangsneurosen », in Karl Leonhard (et.al.), *Individualtherapie...*, op. cit., p. 27-36, ici p. 27.

⁷⁴⁷ « Wenn mehrere Zwänge zugleich bestehen, dann muß jeder für sich durch Gewöhnung beseitigt werden. » Karl Leonhard, « Grundsätze der Behandlung zwangsneurotischer Entwicklungen », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, op. cit., p. 23.

⁷⁴⁸ « [...] sie konnte nach kurzer Zeit schon völlig gelockert ohne jede Zwangsvorstellung mit ihrem Kind umgehen und überstand dann auch das Weggehen von zu Hause ohne jede Nachkontrolle. » HPAC, F 309/63, Epikrise, 7 juin 1963.

⁷⁴⁹ « Da Pat. in ihrer Skrupelhaftigkeit einige Anankasmen noch verschwieg und diese auch im Laufe vieler Gespräche nicht äußerte, konnten wir insoweit keine Lockerung erzielen. » *Ibid.*

même façon que les autres, le processus d'intériorisation des normes venant entraver le processus thérapeutique. On perçoit ici la limite à laquelle se heurte la volonté médicale de mettre sur le même plan tous les motifs d'obsession de la patiente, la nature idéologique de l'un d'entre eux interdisant à la patiente de lui faire passer les frontières de la parole. Si, dans le cas d'Otto F., le processus d'intériorisation des normes inhérentes à la société socialiste ne semble pas complètement achevé, le dossier de la patiente Anneliese E. témoigne au contraire d'une profonde incorporation des interdits liés à la parole idéologique, qui va à l'encontre du processus de médicalisation de la névrose (et donc de banalisation de son contenu politique).

Bien que le contenu de ces « pensées immorales » ne soit pas dévoilé par la patiente, l'échange avec le thérapeute lui permet tout de même d'évoquer ce sujet sensible (bien qu'à demi-mots). Au sein de la clinique, la logique thérapeutique – qui vise à proposer une écoute et un traitement au patient – est censée primer sur la logique politique, les patients bénéficiant en quelque sorte de leur statut de « malade ». D'autres règles y sont en vigueur qui peuvent contredire celles de l'extérieur, notamment en ce qui concerne le statut de la parole politique. C'est l'hypothèse que permet de confirmer la troisième étude de cas, concernant la patiente Eva E..

2.3 « Cochon de SED »

Tout comme Anneliese E., Eva E., âgée de trente ans, souffrirait, d'après son dossier, d'une névrose obsessionnelle (le diagnostic de sortie fait état d'une névrose obsessionnelle avec dépression réactionnelle)⁷⁵⁰. Elle fait un séjour de plusieurs mois en psychothérapie au cours de l'année 1961. C'est une jeune psychologue, du même âge que la patiente et qui n'appartient pas au parti communiste, qui prend en charge la jeune femme, dont les obsessions détiennent une dimension politique. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le dossier :

« La pat.[iente] craint de penser, dire ou écrire quelque chose, qui pourrait porter atteinte et faire du tort à d'autres personnes. Interrogée plus précisément, la diffamation redoutée détient une charge politique. »⁷⁵¹

Ces peurs entraînent l'isolement de la jeune femme, qui ne veut plus sortir de chez elle, de peur de se rendre coupable de diffamation politique. D'après le dossier, l'événement déclencheur de ses angoisses a eu lieu douze ans auparavant. Lors de la visite d'une

⁷⁵⁰ HPAC, F 291/66.

⁷⁵¹ « Die Pat. befürchtet, dass sie etwas denken, sprechen oder schreiben könnte, was andere Menschen belastet und wodurch andere geschädigt werden könnten. Näher befragt, besteht die befürchtete Verleumdung, in einer politischen Belastung. » HPAC, F 291/66, Krankengeschichte, Nachexploration, 10 juillet 1961.

connaissance familiale dans la maison parentale, Eva E. s'amuse à écrire dans les marges d'un journal, et inscrit notamment ce qui est désignée comme « l'insulte redoutée » (*die befürchtete Beschimpfung*), à savoir « cochon de SED » (*SED-Schwein*). Après le départ de l'ami de la famille, il est impossible à la jeune fille de remettre la main sur le journal en question. Comme on peut le lire dans le dossier (où sont repris les propos de la patiente), « la peur que ce journal soit découvert l'a poursuivie durant des mois, oui, même durant des années »⁷⁵². C'est cette peur ancienne, nourrissant une pensée obsessionnelle, qui resurgit dans le quotidien de la patiente.

Selon les préceptes de la thérapie individualisée, la patiente suit un programme visant à la détourner de ses pensées (*Ablenkung*), par le sport ou le jeu, et à l'occuper en la chargeant de tâches précises à accomplir (*Belastung*). Devant faire face à ses peurs, la patiente est invitée à se confronter à des situations où ses obsessions sont susceptibles de surgir. Au début du mois d'août – soit plus d'un mois après son admission –, la patiente est autorisée à passer des week-ends chez elle. Il lui est alors demandé de s'occuper particulièrement de sa fille (elle a peur de prononcer ces paroles devant sa fille et que cette dernière les répète ensuite) et d'écrire « l'insulte » sur plusieurs morceaux de papier (afin qu'elle ne se demande plus si elle l'a réellement fait ou pas). Sous couvert de traitement thérapeutique, Eva E. est ainsi autorisée à diffamer le parti communiste par écrit.

Cependant, le 3 octobre 1961, soit plus de trois mois après l'admission de la patiente, le directeur de la clinique demande à ce que ce que la thérapie soit modifiée : si la patiente peut encore écrire les insultes sur des bouts de papier, on ne doit désormais plus employer « le mot qu'elle utilise »⁷⁵³. Karl Leonhard fait ici allusion à l'expression « cochon de SED », dont il souhaite apparemment limiter l'emploi à haute voix. Cette modification suscite le désarroi de la jeune femme, dont la réaction est décrite de la manière suivante :

« Après la visite du chef, la patiente arrive complètement défaite dans la salle d'examen, comme elle a maintenant appris d'une bouche experte qu'il était vraiment dangereux d'utiliser cette injure. Jusqu'à présent, on lui avait fait comprendre, qu'elle ne courait aucun danger, ce qui l'avait calmée et rassurée de manière significative. Mais maintenant elle se sent comme au début de la thérapie. »⁷⁵⁴

⁷⁵² « Die Angst, daß die Zeitung aufgefunden wird, habe sie monatelang, ja sogar, jahrelang verfolgt. » HPAC, F 291/66, Krankengeschichte, Verlauf, 20 juillet 1961.

⁷⁵³ HPAC, F 291/66, Krankengeschichte, Verlauf, 3 octobre 1961.

⁷⁵⁴ « Pat. kommt nach der Chefvisite völlig aufgelöst in das Untersuchungszimmer, meint, dass sie nach Hause gehen könne, da sie jetzt aus berufenem Munde erfahren habe, dass es wirklich gefährlich sei, dieses Schimpfwort zu benutzen. Bisher sei ihr klar gemacht worden, dass für sie keine Gefahr bestände und sie auch dadurch bedeutend ruhiger und sicherer geworden. Je[t]zt sei es mit ihr doch so wie [im] bei Beginn der Therapie. » *Ibid.*

Ici, on perçoit bien dans quelle mesure, dans un souci de précaution, le directeur de la clinique lui-même préfère poser des limites à la pratique de ses thérapeutes. La restriction de sa liberté de parole bouleverse les repères de la patiente : en insultant le parti, encourt-elle un danger en dépit du fait qu'elle souffre d'une névrose ? Ne bénéficie-t-elle pas de l'excuse de sa maladie, comme elle le pensait jusqu'à présent ? Finalement, après un entretien mené avec le mari (qui ne partage pas les craintes du directeur) et suite à la réaction de la patiente, un compromis est trouvé. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le dossier, à la date du 12 octobre 1961 :

« On met au point le maintien de l'ancienne thérapie, la patiente doit cependant écrire les insultes dans la polyclinique⁷⁵⁵ et on doit éviter autant que possible l'expression cochon de SED dans les transports publics, car à l'extérieur personne ne peut savoir, qu'il s'agit chez la patiente d'un état maladif. La patiente pose ensuite la question de savoir, si on prendrait ses distances vis-à-vis d'elle à la clinique, si jamais le cas se présentait. La patiente est largement rassurée. »⁷⁵⁶

Les règles sont donc bien différentes, selon qu'on se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur de la clinique. Si à l'extérieur, l'expression « cochon de SED » peut être perçue comme le témoignage d'une opposition au parti et ainsi faire encourir à son auteur des poursuites judiciaires, à l'intérieur, elle reste inoffensive du fait du statut de malade de la patiente. En outre, d'après ce qui est assuré à Eva E., en cas de faux-pas, la « protection » de la clinique semble se poursuivre au-delà de ses limites spatiales. Comme le montre ce cas, la clinique apparaît bien comme un espace où les règles de comportement diffèrent de celles en vigueur à l'extérieur, notamment en ce qui concerne la parole politique. Cette différence de perception entre intérieur et extérieur se vérifie quand on se penche sur le contenu des documents du dossier. Au sein de la *Krankengeschichte*, qui est censée être conservée dans la clinique, on retrouve en toutes lettres et à plusieurs reprises l'expression « cochon de SED ». Si, par moments, le rédacteur du dossier préfère employer d'autres formules, plus politiquement correctes, le lecteur comprend cependant de quoi il s'agit. Au contraire, dans le rapport adressé au médecin traitant de la patiente (à la fin de son séjour), le contenu de « l'injure redoutée » n'est pas révélé⁷⁵⁷. Le fait que ce document franchisse les limites de la clinique

⁷⁵⁵ La polyclinique correspond à un service de la clinique où les patients sont suivis en ambulatoire.

⁷⁵⁶ « Es wird nochmal richtig gestellt, dass die alte Therapie beibehalten wird, dass die Pat. jedoch in der Poliklinik Schimpfworte schreiben soll und dass man das Wort SED-Schwein im öffentlichen Verkehr soweit wie möglich meidet, da ja man draussen niemand wissen könne, dass es sich bei der Pat. um einen krankhaften Zustand handelt. Pat. äussert anschließend Bedenken, dass wenn dieser Fall wirklich mal eintritt, man sich in der Klinik sich von ihr distanzieren würde. Pat. wird weitgehend beruhigt. » HPAC, F 291/66, Krankengeschichte, Verlauf, Gemeinsame Aussprache mit Herrn Prof. Leonhard, 12 octobre 1961.

⁷⁵⁷ HPAC, F 291/66, Epikrise, 7 décembre 1961.

induit automatiquement des règles d'écriture plus précautionneuses. Eva E. sort de la clinique le 28 novembre 1961. Si ses pensées obsessionnelles n'ont pas disparu, la jeune femme semble plus à même de les maîtriser. D'après le dossier, « la patiente est guérie au point qu'on peut la laisser rentrer à la maison sous un strict contrôle ambulatoire »⁷⁵⁸. Afin d'éviter les rechutes après la sortie, le maintien d'un lien avec la clinique est en effet recommandé pour les patients souffrants de névrose obsessionnelle⁷⁵⁹. Eva E. doit ainsi revenir à la clinique environ une semaine après sa sortie.

Finalement, comme en témoigne ce dossier, on retrouve dans l'espace de la clinique une certaine liberté de ton, qui peut contredire les normes en vigueur au sein de la société est-allemande. C'est la priorité accordée à la logique médicale et thérapeutique qui explique cette caractéristique, la clinique offrant à l'individu la protection liée au statut de malade. Ce dernier peut en quelque sorte bénéficier de l'« excuse de la folie », ce qui le soustrait à la stricte censure qui caractérise la vie quotidienne en RDA. En ce sens, cet espace, qui participe à la régulation des comportements, dispose d'un certain potentiel libérateur.

Aussi différents soient-ils, ces trois dossiers présentent plusieurs éléments de convergence. Ils font tous les trois état d'individus souffrant de conflits intérieurs, et dont les pensées latentes, si elles se traduisaient par un passage à l'acte, pourraient les mettre en danger, à des degrés divers. Ces peurs, ces angoisses ou ces obsessions peuvent toutes être mises en relation avec le contexte politique et idéologique de la RDA. Face à ces conflits intérieurs, la réponse des thérapeutes consiste à médicaliser ces pensées perturbatrices, banalisant leur contenu pour en faire le symptôme d'une névrose qu'il s'agit de supprimer. C'est bien une logique exclusivement thérapeutique qui est mise en avant. Face à des comportements potentiellement déviants, le cadre normatif de la clinique diffère de celui de la société socialiste, et accorde ainsi aux individus une relative liberté de ton, sous couvert qu'elle soit justifiée par la thérapie dont ils bénéficient. Ce faisant, la clinique participe pleinement de la régulation des comportements, puisqu'à leur sortie, les patients concernés (au moins deux sur trois) sont censés pouvoir maîtriser les pensées à connotation politique qui perturbaient jusqu'alors leur quotidien.

Reste à savoir quelle réponse la clinique peut apporter quand l'opposition au régime communiste ou à l'idéologie officielle ne relève plus de la sphère des pensées latentes mais s'exprime de manière beaucoup plus directe. C'est ce qu'il convient d'étudier dans la troisième partie de ce chapitre.

⁷⁵⁸ « Die Pat. ist soweit genesen, dass man sie bei einer strenger ambulanter Führung nach Hause entlassen kann. » HPAC, F 291/66, Krankengeschichte, Verlauf, 28 novembre 1961.

⁷⁵⁹ Karl Leonhard, « Grundsätze der Behandlung... », *op. cit.*, p. 26.

3. Les conflits face au régime : psychiatrie et gestion de la dissidence

D'après les cas précédemment présentés, dans l'enceinte de la clinique, les entretiens thérapeutiques peuvent constituer des situations d'interaction où la parole politique se fait plus libre qu'à l'extérieur, puisqu'on peut y évoquer des relations familiales traversées par des « dissensions idéologiques », ou des conflits intérieurs nourris par le contexte politique de la RDA. Médecins comme psychologues lisent ces tensions à l'aune d'un cadre normatif alternatif par rapport à celui en vigueur au sein de la société socialiste, cadre normatif alternatif qui privilégie une lecture médicale et non politique des comportements. Afin d'approfondir cette analyse, il convient désormais de se pencher sur des dossiers où l'opposition au régime est exprimée par le patient de manière beaucoup plus directe. La clinique psychiatrique peut alors jouer le rôle de soupape, au sein d'une société où la prise de parole est constamment soumise à l'auto-censure.

Au travers de trois études de cas, il s'agit d'interroger la marge de manœuvre dont disposent les individus qui passent par l'espace psychiatrique. Les trois dossiers sur lesquels nous appuyons notre propos gardent en effet la trace d'une prise de parole témoignant, sinon d'une opposition ouverte, du moins d'une prise de distance manifeste du patient vis-à-vis du régime communiste. On peut alors se demander quel sens le savoir psychiatrique peut donner aux paroles des patients et donc comment la psychiatrie peut gérer cette dissidence, dans ce contexte bien particulier. Ces prises de parole permettent également de se pencher sur le rapport qu'entretiennent ces individus avec le régime politique, en relation avec un parcours personnel qu'il s'agit de reconstituer. Comme le montrent ces dossiers, les services de psychothérapie de la clinique, où les patients sont majoritairement soignés pour des faits de névroses et où plusieurs psychologues sont en activité au cours des années 1960, semblent plus propices à de telles prises de parole que les services de psychiatrie, où les pathologies se font généralement plus lourdes.

3.1 « *La trahison du socialisme* »

Quand on ouvre le dossier du patient Günther M., qui fait un séjour en psychothérapie en 1960, on constate qu'à plusieurs reprises et sous diverses formes, ce dernier exprime des critiques ouvertes à l'encontre du régime politique de la RDA⁷⁶⁰. Comme on peut le lire dans le dossier, environ quatre mois après son admission (qui a eu lieu en mai 1960), Günther M. « se lance dans de violentes invectives contre la RDA, qu'il tient pour responsable de sa

⁷⁶⁰ HPAC, M 669/60.

situation professionnelle, menace de partir en Allemagne de l'Ouest, si on ne lui procure pas un poste qui lui convient »⁷⁶¹. Ses accès de colère s'accompagnent d'insultes à l'encontre des médecins qui sont reprises par le rédacteur : « Mufle, cochon en chef, criminel, cochons, bras droit du SED »⁷⁶². Ce sont manifestement des discussions portant sur sa recherche d'emploi qui suscitent de telles réactions chez le patient. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier, à la date du 29 septembre 1960 :

« Lors de la recherche d'emploi et de nos entretiens à ce propos sur le sens du travail, le patient s'élève toujours plus dans sa haine contre la RDA : "... ma vie a été piétinée dans cet État et il faut encore que je travaille pour ça ? Non! ". »⁷⁶³

Selon le rédacteur du dossier, c'est bien une véritable haine qu'exprime cet homme à l'égard de la RDA. Il convient de préciser que, dans le contexte de l'époque, ces propos pourraient valoir à Günther M. des poursuites judiciaires. Selon le code pénal alors en vigueur, « quiconque tient des propos incendiaires à l'encontre de l'autorité des ouvriers et des paysans, à l'encontre de ses organes, à l'encontre de ses organisations sociales [...] » se rend coupable de « propagande et diffamation portant atteinte à la sûreté de l'Etat » (*staatsgefährdende Propaganda und Hetze*) et est passible d'une peine de prison d'au moins trois mois⁷⁶⁴. En s'en prenant à l'État comme au parti, Günther M. tombe bien sous le coup de la loi. C'est en septembre 1960 qu'il s'exprime de la sorte, à la fin de son séjour en psychothérapie, où il a été admis en mai de la même année. Le diagnostic établi par l'équipe médicale fait état d'une névrose sexuelle (le patient souffre d'impuissance sexuelle et d'isolement social). Lors de son séjour, le patient entretient des relations plutôt difficiles avec l'équipe médicale et thérapeutique, il rejette la psychothérapie et demande à recevoir des médicaments ou à être opéré. Il adresse même un courrier au ministère de la Santé afin de se plaindre des conditions de son hospitalisation à la clinique. La « haine contre la RDA » n'apparaît que relativement tardivement dans le dossier, deux semaines avant sa sortie de la clinique, quand il est question de son avenir professionnel.

Pour Günther M., né en 1930, l'entrée dans la RDA est en effet synonyme de bouleversement dans sa carrière. S'il apprend le métier d'assistant technique dans la compagnie de chemins de fer du Reich, la restructuration de la compagnie dans l'immédiat

⁷⁶¹ « Er ergeht sich in wilden Ausfällen gegen die DDR, die er für seine berufliche Lage verantwortlich macht, droht, er werde nach Westdeutschland gehen, wenn man ihm hier nicht eine ihm zusagende Arbeits[s]telle vermitteln werde. » HPAC, M 669/60, Krankengeschichte, 23 septembre 1960.

⁷⁶² « [...] "Flegel, Obersau[,] Verbrecher, Säue, verlängerter Arm der SED..[.]" » *Ibid.*

⁷⁶³ « Bei der Arbeitssuche und unseren diesbezüglichen Gesprächen über den Sinn der Arbeit steigert sich Pat. immer mehr in seinen Haß gegen die DDR: ".. in diesem Staat ist mein Leben zertreten worden und dafür soll ich noch arbeiten? Nein! ". » HPAC, M 669/60, Krankengeschichte, 29 septembre 1960.

⁷⁶⁴ *Gesetz zur Ergänzung des Strafgesetzbuches vom 11 Dezember 1957*, §19.

après-guerre s'accompagne de suppression de postes, ce qui l'oblige à une reconversion. Il devient alors maçon puis s'engage comme pompier. Lors de l'anamnèse faite à la Charité, Günther M. évoque un licenciement « pour des propos prétendument séditionnels et aussi pour des raisons politiques »⁷⁶⁵. Cependant, d'après un autre document contenu dans le dossier, si Günther M. a tenu « des propos imprudents dans le tramway », la perte de son emploi semble plutôt due à son départ illégal pour l'Allemagne de l'Ouest quelque temps après⁷⁶⁶. Quand il franchit à nouveau la frontière pour rendre visite à ses proches, il est arrêté et condamné à de la prison ferme. Après avoir purgé une peine de 2 ans et 8 mois, il sort de prison en juillet 1957⁷⁶⁷.

En 1960, Günther M. travaille en tant que maçon, mais il émet le souhait de changer de métier. Voici ce que note rédacteur du dossier à ce sujet :

« Il exige un poste comme reporter sportif, dans une agence de voyage, comme responsable administratif ou autre, mais ne comprend pas de manière auto-critique, qu'en raison de sa formation et aussi de ses capacités (ne maîtrise pas vraiment la langue allemande), il n'est pas à la hauteur d'un tel poste. »⁷⁶⁸

C'est bien quand est abordé le thème de son avenir professionnel que cet homme s'emporte contre la RDA, où sa vie a été « piétinée » (*zertreten*) selon ses propres termes. Il fait manifestement allusion à son passage en prison, dont il est sorti il y a à peine deux ans.

Günther M. quitte la clinique le 17 octobre 1960, bien que la thérapie ne semble pas avoir porté ses fruits (sa sortie est certainement à mettre en relation avec son attitude jugée agressive et non coopérative dans les semaines précédentes). Dès le 3 novembre, il se présente à la clinique dans le cadre du suivi ambulatoire ; il revient 3 jours plus tard, faisant état de l'insuccès de ses recherches d'emploi, ce qui le décourage au plus haut point. La relation que l'ancien patient entretient avec la clinique se fait également épistolaire, Günther M. adresse ainsi une lettre le 14 novembre 1960 à une thérapeute de la clinique. Comme en atteste un extrait de ce courrier, il y fait à nouveau mention de la colère qu'il ressent vis-à-vis de l'État :

« C'est difficile ici pour celui qui n'est pas au parti, à l'exception de celui qui détient des

⁷⁶⁵ HPAC, M 669/60, Krankengeschichte, Fortsetzung der Exploration.

⁷⁶⁶ Les événements ne sont pas dépeints de la même façon dans un autre document le concernant. En effet, lors d'une anamnèse effectuée en 1958 à l'hôpital de Karl-Marx-Stadt, Günther M. explique qu'à la suite de « propos imprudents dans le tramway », il a quitté la RDA pour l'Allemagne de l'Ouest (et donc perdu son travail). HPAC, M 669/60, Abschrift Krankenhaus Karl-Marx-Stadt.

⁷⁶⁷ Ce passage en prison ne semble pas évoqué par le patient en mai 1960, lors de l'anamnèse effectuée à la Charité.

⁷⁶⁸ « Er verlangt einen Posten als Sportreporter, im Reisebüro, als Sachbearbeiter o.ä., überschaut aber nicht selbstkritisch, daß er aufgrund seiner Vorbildung und auch seines Könnens (beherrscht nicht richtig die deutsche Sprache) solch einem Posten gar nicht gewachsen ist. » HPAC, M 669/60, Krankengeschichte, 23 septembre 1960.

compétences remarquables et dont on a besoin, mais celui qui a été condamné et en plus sur le plan politique, c'en est fini pour lui dans la zone soviétique, ça je le sais, pour ça je peux donner ma tête en garantie. L'État je le connais, je pourrais écrire un livre sur lui – avec pour titre – La trahison du socialisme ou mensonges et propagande comme doctrine d'État. Remarquez bien cela, même si ce n'est qu'un petit ouvrier qui le dit. La dictature reste la dictature. Ainsi vous êtes un tant soit peu au courant. Mais s'il vous plaît, ne me laissez tout de même pas tomber, ou alors prenez vos distances à cause du danger. »⁷⁶⁹

Dans cette lettre, Günther M. radicalise son propos vis-à-vis de l'État est-allemand, qu'il associe à une dictature, dont le message n'est fait que de mensonges et de propagande. Il évoque « la trahison du socialisme », expression d'autant plus forte qu'elle provient d'un individu appartenant à la classe ouvrière, qui est censée constituer le fer-de-lance du régime. Dans ce courrier, adressé très certainement à la psychologue qui l'a suivi, Günther M. fait à nouveau preuve d'une liberté de ton plutôt rare dans le contexte de la RDA. Il laisse aussi planer le doute sur un éventuel départ vers l'Ouest (« Je vais peut-être encore fichier le camp, ici je vais encore tomber bien bas ! »⁷⁷⁰), ce qui peut également lui être reproché par la justice de RDA (la simple préparation d'une émigration illégale vers l'Ouest est considérée comme un crime depuis 1957). Selon la loi, le médecin est par ailleurs tenu de faire part aux autorités de toute préparation de fuite illégale de ses patients vers l'Ouest, ce qui n'est manifestement pas le cas suite à cette lettre. Ainsi, la relative liberté de ton dont Günther M. semblait bénéficier lors de son séjour s'étend à la relation épistolaire qu'il entretient avec la thérapeute. Le fait que ce document se retrouve dans le dossier indique qu'il y a été placé par sa destinataire comme un élément participant de la compréhension de l'état de santé du patient.

Si les propos du patient sont enfermés dans une logique de « circularité diagnostique », ils ne quittent pas non plus l'enceinte de la clinique et n'ont apparemment aucune conséquence judiciaire pour Günther M.. On retrouve en effet dans le dossier des documents le concernant datant de 1974, sans qu'il y soit fait allusion à une quelconque poursuite à ce sujet. Comme nous l'avons précisé précédemment, si les services de la *Stasi* dispose d'un collaborateur officieux parmi les rangs des médecins, qui livre ponctuellement des informations sur les patients, il ne prend quasiment pas d'initiative à ce sujet, recueillant

⁷⁶⁹ « Wer hier nicht in der Partei ist, hat es schwer, ausgenommen wer eine ausgezeichnete, benötigte Fachkraft ist, wer aber vorbestraft ist, und vor allem noch politisch, ist in der Sowjetzone für immer erledigt, das weiß ich, dafür gebe ich meinen Kopf als Garantie. Den Staats kenne ich, da könnte ich ein Buch darüber schreiben – Überschrift – der verratene Sozialismus oder Lüge und Propaganda als Staatsdoktrin. Merken Sie sich das mal, auch wenn es nur ein kleiner Arbeiter gesagt hat. Diktatur bleibt Diktatur. So, jetzt wissen Sie einigermaßen Bescheid. Lassen Sie mich bitte aber trotzdem nicht im Stich oder ziehen Sie sich vor mir wegen Gefährlichkeit zurück. » HPAC, M, 669/60, lettre du 14 novembre 1960.

⁷⁷⁰ « Vielleicht haue ich doch noch ab, hier komme ich noch auf den Hund! » *Ibid.*

des renseignements sur des personnes déjà ciblées par les services de la police politique⁷⁷¹. Il est donc peu probable que les propos de Günther M. aient été spontanément rapportés par cet informateur, dont l'activité de surveillance se concentre principalement sur ses collègues et qui, du reste, travaille majoritairement dans les services de neurologie. Pour toutes ces raisons, on peut parler d'une certaine liberté de ton caractérisant les échanges entre patient et thérapeute, au-delà même de la sortie du patient.

Cela dit, Günther M. n'est pas encouragé par les thérapeutes de la clinique dans son attitude critique vis-à-vis du régime. Ainsi, selon le dossier, quand le patient évoque l'idée de passer à l'Ouest, il lui est conseillé d'y renoncer⁷⁷², et l'équipe thérapeutique semble essayer de le raisonner en ce qui concerne sa recherche d'emploi. Si le patient peut tenir des propos critiques, de manière orale comme écrite, cette transgression violente semble bien heurter les professionnels qui lui font face et qui l'invitent plutôt à rentrer dans le rang.

Quand, plusieurs années plus tard, il est demandé à la psychologue de rédiger une note sur le patient (à usage interne), elle évoque bien les injures proférées contre la clinique, les médecins et l'État (reprenant des passages du dossier)⁷⁷³. Seulement, cet élément est inséré dans une démonstration visant à qualifier cet individu, qui présenterait un « mauvais développement primaire » remontant à l'enfance. À nouveau, c'est la logique de « circularité diagnostique » qui prime et qui permet de relayer la parole de ce patient dissident. Le dossier médical de Günther M. nous livre ainsi une trace de la profonde colère ressentie par cet homme à l'encontre d'un système politique, au sein duquel son passé de « détenu politique » lui colle à la peau. La clinique semble constituer l'un des rares espaces où Günther M. peut faire exploser sa colère, une colère qui reste lue par les médecins et les psychologues à travers une grille d'interprétation médicale.

3.2 « Un autre conflit réside dans le fait qu'il ne se sente pas bien dans la situation politique de la RDA. »⁷⁷⁴

De la même façon, une certaine liberté de ton caractérise les propos transcrits dans le dossier du patient Gerhard E.⁷⁷⁵. Cet ingénieur, âgé de 28 ans, fait un séjour d'environ 6 semaines en psychothérapie, au cours de l'année 1965. Il se plaint d'une grande fatigue et de maux de tête, et craint d'être atteint d'une tumeur au cerveau. D'après le diagnostic établi dans

⁷⁷¹ Sur la présence de la police politique au sein de la clinique, voir la dernière partie du chapitre 2 (6. Une clinique sous surveillance ?).

⁷⁷² HPAC, M 669/60, Krankengeschichte, 10 octobre 1960.

⁷⁷³ HPAC, M 669/60, Stellungnahme zum Pat. Günther M., 20 mars 1974.

⁷⁷⁴ « Ein weiterer Konflikt besteht darin, daß er sich in der politischen Situation der DDR nicht wohl fühlt. » HPAC, M 686/65, Krankengeschichte, Konflikte.

⁷⁷⁵ HPAC, M 686/65.

le dossier, Gerhard E. souffrirait d'une névrose idéohypochondriacque (*ideohypochondrische Neurose*). Selon la terminologie développée par Karl Leonhard, ce type de névrose se caractérise par le fait que « la maladie réside dans l'idée, dans la peur ou la conviction [d'être malade] »⁷⁷⁶. Il s'agit du diagnostic le plus couramment posé au sein du service de psychothérapie de la clinique⁷⁷⁷.

Au cours de l'anamnèse, après être revenu sur ses maux et sur les circonstances au cours desquelles ils sont apparus, le patient évoque trois conflits auxquels il est confronté⁷⁷⁸. Premièrement, Gerhard E. ne se sent pas reconnu à sa juste valeur au sein de son entreprise et entretient des relations tendues avec son supérieur. Il faut préciser à ce sujet que Gerhard E. travaillait jusqu'en 1959 en tant que mécanicien (*KFZ-Schlosser*). Il reprend ensuite des études d'ingénieur, qu'il termine en 1962. Il bénéficie certainement de la politique de formation menée par l'État, qui favorise les reprises d'études de membres de la classe ouvrière, afin de promouvoir leur carrière et de créer une nouvelle élite socialiste⁷⁷⁹. Cependant, malgré sa réussite à l'examen, Gerhard E. ne se voit pas attribuer de tâches en lien avec ses compétences. À cette époque, les jeunes ingénieurs, fraîchement diplômés, rencontrent en effet des difficultés pour obtenir un poste correspondant à leur nouveau statut, se heurtant à la méfiance de collègues plus âgés ainsi qu'à une conception largement dominante au sein des entreprises nationalisées de RDA, selon laquelle l'expérience compte plus que les diplômes⁷⁸⁰. Nombre de jeunes ingénieurs se voient ainsi discriminés au sein de leurs entreprises. Le deuxième conflit concerne la situation conjugale du patient. Gerhard E. soupçonne sa femme d'entretenir une relation adultérine depuis plus d'un an, et se demande s'il est bien le père de l'enfant qu'elle a mis au monde. Troisièmement, et comme cela l'est indiqué dans le dossier :

« Un autre conflit réside dans le fait qu'il ne se sente pas bien dans la situation politique de la RDA. Il avait déjà eu des plans bien établis pour quitter la RDA et s'était engagé pour cette raison comme bénévole auprès du conseil de l'économie du peuple [*Volkswirtschaftsrat*]⁷⁸¹,

⁷⁷⁶ Karl Leonhard, « Unterscheidung der ideohypochondrischen und der senohypochondrischen Neurose », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 114-122, ici p. 117.

⁷⁷⁷ Hans Szewczyk, « Praxis der Individualtherapie bei der ideohypochondrischen Neurose (außer Kardiophobie) », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 160-170, ici p. 160 ; Bärbelies Bergmann, « Erfolgsstatistik der Individualtherapie », in Karl Leonhard (et al.), *Individualtherapie...*, *op. cit.*, p. 261-283, ici p. 261.

⁷⁷⁸ HPAC, M 686/65, Krankengeschichte, Konflikte.

⁷⁷⁹ Dolores L. Augustine, « Frustrierte Technokraten. Zur Sozialgeschichte des Ingenieurberufs in der Ulbricht-Ära », in Richard Bessel, Ralph Jessen, *Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1996, p. 49-75, ici p. 56.

⁷⁸⁰ Dolores L. Augustine, « Frustrierte Technokraten... », *op. cit.*, p. 59. Du même auteur, *Red Prometheus. Engineering and Dictatorship in East Germany*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press, 2007, p. 82-83.

⁷⁸¹ Le conseil de l'économie du peuple est un organe étatique chargé de la planification et de la direction du secteur industriel, de l'artisanat et des services. Il est également responsable des conseils économiques des

"pour me faire aimer, afin que je puisse plus facilement ficher le camp". Ce travail l'opprime désormais beaucoup, puisqu'il l'effectue encore jusqu'à présent, mais contre ses convictions. »⁷⁸²

Gerhard E. ressent ainsi un malaise en relation directe avec la « situation politique ». On retrouve dans d'autres dossiers, de manière plus ou moins directe, l'expression d'un sentiment comparable. Ainsi, en 1962, quand il est demandé à Wolfgang I. s'il souffre sur le plan moral, voici ce qu'il répond : « La situation politique m'a cassé la tête »⁷⁸³. Quant à Erika N., qui reste à peine deux jours à la clinique, elle « ne peut pas se faire aux circonstances économiques et politiques réelles » qui suscitent chez elle un sentiment de révolte⁷⁸⁴. En ce qui concerne Gerhard E., il a déjà envisagé une émigration. Notons à cet égard que, jusqu'à la fermeture des frontières vers l'Ouest en 1961, les ingénieurs constituent un groupe professionnel particulièrement enclin à franchir la frontière, les frustrations professionnelles jouant un rôle important dans cette prise de décision⁷⁸⁵. L'engagement mentionné par Gerhard E. auprès du conseil de l'économie du peuple – organe central chargé de la planification – se fait vraisemblablement au sein des commissions syndicales de son entreprise. Bien que la discussion du plan soit censée constituer un élément-clé de la démocratie socialiste, telle qu'elle doit être mise en place au sein de l'entreprise, ces commissions n'ont en réalité aucune influence décisive sur l'élaboration du plan, qui est imposée de manière verticale par les organes centraux⁷⁸⁶. De par son activité, Gerhard E. a ainsi pu observer au plus près les limites de la « coparticipation socialiste » des salariés face à la rigidité de la planification.

Dans ce dossier, et comme en atteste l'extrait cité, on retrouve bien la trace d'une certaine liberté de ton qui transgresse à nouveau les règles en vigueur au sein de la société environnante. Or, d'après les préceptes de la thérapie individualisée, si la thérapie doit être mise en place au regard de la personnalité du patient, de son parcours de vie, de l'événement déclencheur de la névrose, elle doit également tenir compte des différents conflits auxquels il

entreprises nationalisées les plus importantes, comme celle où travaille Gerhard E. (la VEB Berliner Glühlampenwerk). Il s'agit d'une entreprise importante dans le paysage industriel de RDA (spécialisée dans la fabrication d'ampoules électriques).

⁷⁸² « Ein weiterer Konflikt besteht darin, daß er sich in der politischen Situation der DDR nicht wohl fühlt. Er hatte seinerzeit feste Pläne, die DDR zu verlassen und hatte aus diesem Grund ehrenamtliche Arbeiten beim Volkswirtschaftsrat übernommen, "um mich beliebt zu machen, damit ich besser abhauen kann". Diese Arbeit bedrücke ihn nun auch sehr, da er sie bis heute ausführe, aber gegen seine Überzeugung. » HPAC, M 686/65, Krankengeschichte, Konflikte.

⁷⁸³ « (Seelische Beschwerden?) "Die politische Lage hat mir Kopf zerbrechen gemacht." » HPAC M 329/62, Krankengeschichte, 28 mai 1962.

⁷⁸⁴ « Pat. kann sich nicht mit den realen wirtschaftlichen und politischen Verhältnissen abfinden. » HPAC F 456/61, Krankengeschichte, 1^{er} août 1961.

⁷⁸⁵ En 1958 / 1959, au plus fort de la crise, ce sont environ 100 ingénieurs par mois qui quittent la RDA. Dolores L. Augustine, *Red Prometheus...*, *op. cit.*, p. 90.

⁷⁸⁶ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien...*, *op. cit.*, p. 180-181.

est confronté⁷⁸⁷. On peut ainsi se demander quelle peut être la réponse thérapeutique face au dernier conflit, de nature politique. Peut-il être abordé de la même façon que les autres ?

En ce qui concerne le traitement proposé à Gerhard E., il reprend les grandes lignes de la thérapie individualisée. Une semaine après son admission, le patient est ainsi soumis à un emploi du temps bien déterminé, qui prévoit 3 heures et demie de sport, et cinq heures d'activité intellectuelle par jour (*Ablenkungstherapie* et *Belastungstherapie*). Parallèlement à cela, des entretiens sont menés avec le patient. Cependant, près d'un mois après le début de la thérapie, Gerhard E. sort de la clinique, « sans qu'une amélioration significative ne puisse être notée »⁷⁸⁸. En ce qui concerne les conflits du patient, il est alors indiqué qu'ils ne peuvent être supprimés pour le moment. Si le conflit professionnel ainsi que le conflit conjugal sont ici évoqués par le rédacteur du dossier, rien n'est dit sur la troisième source de tensions, relative à son positionnement vis-à-vis du contexte politique de la RDA. Contrairement aux deux autres conflits identifiés par le patient, le troisième ne fait l'objet d'aucune mention ultérieure dans le dossier. S'il peut avoir été évoqué lors des entretiens menés avec le patient, on ne trouve pas la trace de ces échanges dans le dossier. Définitivement, ce troisième conflit bénéficie d'un traitement spécifique de la part du thérapeute qui le laisse de côté, ou bien alors passe sous silence les échanges qu'il a eu à ce sujet avec le patient. Dans un cas comme dans l'autre, on perçoit bien ici le caractère sensible des propos tenus par le patient au sein du service de psychothérapie.

Cependant, quand il se présente à nouveau à la clinique, dans le cadre du suivi ambulatoire, ce dernier revient apparemment sur le sujet. À cette occasion, Gerhard E. se plaint à nouveau des ses conditions de travail. Selon ses dires, on l'aurait affecté à un poste d'ouvrier qualifié, sans tenir compte de ses compétences d'ingénieur. Sa situation professionnelle ne semble donc pas s'être arrangée, loin de là. De plus, d'après le dossier, lors de ce retour à la clinique, Gerhard E. se fait « très quérulent sur le plan politique » (*queruliert sehr politisch*)⁷⁸⁹. Ce terme fait référence à un diagnostic psychiatrique, les quérulents se caractérisant par des réactions revendicatrices extrêmes. Finalement, le rédacteur du dossier fait du troisième conflit, de nature politique, le symptôme d'un dysfonctionnement psychologique. Le malaise que Gerhard E. peut ressentir vis-à-vis de « la situation politique en RDA » est bien perçu à l'aune d'une grille d'interprétation médicale. On retrouve d'ailleurs cette association entre le diagnostic de quérulence et des revendications de nature politique dans le dossier d'une patiente de la clinique datant de 1961⁷⁹⁰. D'après le dossier, cette dernière

⁷⁸⁷ Hans Szewczyk, « Praxis der Individualtherapie... », *op. cit.*, p. 163.

⁷⁸⁸ HPAC, M 686/65, Krankengeschichte, Verlauf, 18 octobre 1965.

⁷⁸⁹ HPAC, M 686/65, Krankengeschichte, Ambulant.

⁷⁹⁰ HPAC, F 172/61, Krankengeschichte, 10 avril 1961, Nachexploration.

« présente de nombreux desiderata et plaintes de nature quérulente »⁷⁹¹. Parmi les propos de la patiente, on retrouve des critiques directes vis-à-vis de la RDA, dont elle se dit « déçue » (elle souligne l'écart entre la théorie et la réalité). Dans ces deux cas, le terme de quérulence est utilisé afin de désigner des revendications ou des critiques à l'encontre de l'État est-allemand. Finalement, face à des individus qui expriment colère ou malaise vis-à-vis du régime, la seule réponse que semble pouvoir apporter la clinique psychiatrique, est bien de lire ces comportements à travers une grille d'interprétation psychiatrique, en leur accolant un diagnostic. Il s'agit bien là d'une particularité inhérente à la pratique psychiatrique en général, qui lit systématiquement les comportements à l'aune d'un éventuel diagnostic.

Dans le dossier de Gerhard E., tout comme dans celui de Günther M., on retrouve bien la transcription d'une parole dissidente, qui témoigne d'un rejet du régime politique, suscitant des projets de départ vers l'Ouest. Dans les deux cas, la situation professionnelle des patients joue un rôle direct dans la relation conflictuelle qu'ils entretiennent avec le régime politique. Ainsi, si le travail détient une place centrale dans la société de RDA, les frustrations professionnelles apparaissent comme une source de tensions non négligeables pouvant se traduire en critiques ouvertes à l'encontre du régime communiste. On retrouve cette dimension dans la troisième étude de cas qui témoigne cependant d'un rejet plus global du régime, comme de l'idéologie officielle.

3.3 « *Il ne peut pas penser de manière marxiste.* »⁷⁹²

La troisième étude de cas s'appuie sur le dossier du patient Paul W., qui fait un court séjour à la clinique en 1962⁷⁹³. À nouveau, l'entretien avec le thérapeute semble propice à une certaine libération de la parole du patient, qui, s'il est également ingénieur, appartient à une autre génération que Gerhard E., ce qui influence sa relation au régime politique. Paul W. quitte prématurément la clinique, de sorte qu'une thérapie ne peut lui être proposée. Cependant, la teneur de ses propos, tels qu'ils sont formulés dans le dossier, mérite qu'on leur accorde une analyse approfondie, car ils permettent de saisir une certaine complexité dans les rapports que peut entretenir le citoyen de RDA avec le régime politique.

Paul W. est admis à la clinique le 22 août 1962, après avoir été reçu par le directeur de la clinique, dans le cadre de ses consultations privées. D'après le dossier, ce chimiste de 59 ans souffre depuis quelques années d'une diminution de ses capacités intellectuelles, de difficultés à se concentrer, d'une fatigue nerveuse. Cet état aurait empiré depuis un an. Quand

⁷⁹¹ « [...] trägt sie mannigfaltige querulatorische Wünsche und Beschwerde vor. » *Ibid.*

⁷⁹² « Er könne nicht marxistisch denken. » HPAC, M 523/62, Krankengeschichte, Zur Erkrankung.

⁷⁹³ HPAC, M 523/62.

il est admis à la clinique, cela fait déjà un mois qu'il est en arrêt de travail. Selon le diagnostic présent dans le dossier, cet homme souffrirait, tout comme Gerhard E., d'une névrose idéohypochondriaque. Lors de l'anamnèse, le patient revient sur les difficultés qu'il rencontre dans le cadre de son travail et de sa vie de famille. Par la suite est évoqué le fait que ce patient se sente « oppressé » par la situation politique. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier, où sont rapportés les propos du patient :

« En dehors de sa vie familiale pas particulièrement heureuse, la situation politique l'opresse. Il ne peut pas penser de manière marxiste. Tous ses amis sont partis à l'Ouest. On l'a emprisonné pendant dix jours le 17 juin 1953. À l'époque, il avait dit qu'il était prêt à mettre sa force de travail à la disposition de la RDA, mais pas plus. Il se heurte bien évidemment à des conflits partout, que ce soit les enfants à l'école, ou au travail, il souffre aussi de ne pouvoir en parler avec des personnes du même avis, n'ose cependant pas se faire de nouveaux amis. Il se console avec Augustin, qui a également vécu dans une telle scission entre le paganisme et la chrétienté, mais il ressent ensuite à nouveau un fort sentiment d'infériorité et il se dit " Chaque créature a la capacité de conserver sa nature et de s'adapter, mais toi tu n'es apparemment pas en mesure de t'adapter ". »⁷⁹⁴

Durant son entretien avec la psychologue, Paul W. fait ainsi clairement état de la relation conflictuelle qu'il entretient avec le régime communiste, lui qui ne peut pas « penser de manière marxiste ». Du fait de l'omniprésence de l'idéologie marxiste-léniniste, les conflits ponctuent sa vie quotidienne, qu'il aient trait à l'enseignement de ses enfants ou à son activité professionnelle. Docteur en chimie et ingénieur diplômé, Paul W. occupe un poste de responsabilité dans le secteur industriel (il dirige un service de plusieurs personnes dans un institut industriel qui fabrique des transistors). La carrière professionnelle de cet homme né en 1903 débute bien avant la fondation de la RDA et ne se fait pas linéaire. Ayant étudié dans les années 1920, il passe une thèse en chimie et devient ingénieur. D'après l'anamnèse, il « a collaboré activement durant la période nazie »⁷⁹⁵. À cet égard, Paul W. ne constitue pas une exception, puisque le groupe professionnel des ingénieurs participe alors pleinement au programme de « refondation nationale » (*nationalen Erneuerung*), par exemple dans le

⁷⁹⁴ « Ausser seinem nicht gerade glücklichen Familienleben bedrücke ihn die politische Situation. Er könne nicht marxistisch denken. Alle seine Freunde seien nach dem Westen gegangen. Am 17. Juni 53 habe man ihn 10 Tage lang inhaftiert. Er habe damals gesagt, dass er gewillt sei, seine Arbeitskraft der DDR zur Verfügung zu stellen, aber mehr nicht. Er stosse aber natürlich überall auf Konflikte, seien es die Kinder in der Schule, sei es auf seiner Arbeitsstelle, er leide auch darunter, sich nicht mit Gleichgesinnten aussprechen zu können, wage aber nicht, neue Freunde zu gewinnen. Er tröste sich mit Augustin, der auch in solch einer Spaltung gelebt habe zwischen Heidentum und Christentum, aber dann wieder habe er grosse Minderwertigkeitskomplexe und sage sich "jedes Lebewesen hat die Fähigkeit, seine Art zu erhalten und sich anzupassen, du aber bist anscheinend nicht in der Lage dich anzupassen". HPAC, M 523/62, Krankengeschichte, Zur Erkrankung.

⁷⁹⁵ « Habe in der Nazizeit aktiv mitgearbeitet. » HPAC, M 523/62, Krankengeschichte, Angaben des Patienten.

domaine des transports ou de l'armement⁷⁹⁶. Alors que l'autonomie d'autres groupes professionnels est fortement limitée par le régime national-socialiste, les ingénieurs font l'expérience d'une certaine réévaluation de leur rôle d'experts. Il s'agit d'un moment-clé dans l'histoire de ce groupe professionnel, qui expérimente alors un « semblant de re-professionnalisation »⁷⁹⁷. En ce qui concerne Paul W., la chute du Troisième Reich entraîne une rupture brutale dans sa carrière puisqu'en 1945, d'ingénieur, il devient « homme de main » (*Handlager*). Cette déchéance est très certainement à mettre en relation avec son engagement « actif » durant la période national-socialiste. Cependant, cette mise à l'écart ne se fait que temporaire et il retrouve après quelques années un poste en lien avec ses compétences scientifiques. Afin d'éviter leur départ pour l'Ouest et pour s'assurer leur participation à l'économie de la RDA, les autorités est-allemandes appliquent une politique plutôt conciliante à l'encontre des ingénieurs ayant servi l'État national-socialiste et provenant pour la plupart de familles d'origine bourgeoise (les contrats individuels qu'ils signent avec l'État leur assurent ainsi un salaire supérieur à celui versé aux ingénieurs fraîchement diplômés)⁷⁹⁸. Paul W. obtient ainsi dès 1952 un poste à responsabilité dans le secteur de la recherche industrielle. Contrairement à Gerhard E., qui incarne « la nouvelle intelligence technique », Paul W. fait donc partie de l'« ancienne intelligence », dont la carrière a pris forme sous le régime national-socialiste. Pour ces ingénieurs, la période des années 1960 coïncide avec une certaine perte d'influence : la fermeture des frontières vers l'Ouest et l'arrivée sur le marché du travail d'une génération de collègues formés après 1945 diminuent fortement la marge de manoeuvre dont ils pouvaient disposer jusqu'alors. Le sentiment de Paul W. concernant la diminution de ses capacités intellectuelles peut être mis en relation avec ce changement de génération, qui correspond finalement à un rajeunissement de la profession. Selon ses propres dires, cet homme se fait peu réceptif à l'idéologie communiste, évoquant une incapacité à « penser de manière marxiste ». En tant qu'ingénieur, il appartient à un groupe professionnel majoritairement distant vis-à-vis d'un régime qui fait passer l'idéologie avant la rationalité scientifique, et où les conditions de travail sont loin d'encourager les avancées techniques. Le parcours personnel et professionnel de Paul W. permet ainsi d'éclairer le rapport conflictuel qu'il entretient vis-à-vis du régime communiste, qui a notamment débouché sur une arrestation suivie d'une période de détention en juin 1953.

D'après le dossier, Paul W. ne dispose que de peu d'occasions de se livrer à ce sujet. En effet, s'« il souffre [aussi] de ne pouvoir en parler avec des personnes du même avis », « il

⁷⁹⁶ Dolores L. Augustine, « Frustrierte Technokraten... », *op. cit.*, p. 52-53.

⁷⁹⁷ *Ibid.*, p. 53.

⁷⁹⁸ Dolores L. Augustine, *Red Prometheus...*, *op. cit.*, p. 77-78. Du même auteur, « Frustrierte Technokraten... », *op. cit.*, p. 58-59.

n'ose cependant pas se faire de nouveaux amis ». On perçoit bien ici la trace d'un mécanisme d'auto-censure : de peur de se dévoiler, cet individu pose ses propres limites dans son rapport aux autres et intériorise, d'une certaine manière, les contraintes de la dictature, qui interdisent toute remise en cause de l'idéologie officielle. *A contrario*, au sein de l'espace de la clinique, dans le cadre de l'entretien avec la psychologue, Paul W. semble se sentir suffisamment en confiance pour se confier et faire part de ses réserves vis-à-vis du régime politique. D'une certaine manière, son séjour à la clinique lui permet de briser – bien que temporairement – le silence qui pèse sur son quotidien. À ce sujet, il est intéressant de noter que, dans le premier manuel de psychothérapie publié en RDA à destination des médecins, il est également fait mention des « conflits idéologiques » (*weltanschauliche Auseinandersetzungen*) que le patient peut aborder au cours de l'entretien⁷⁹⁹. D'après l'auteur, qui n'est autre que Dietfried Müller-Hegemann, psychiatre qui se fait à l'époque proche des sphères du pouvoir, cette situation n'est pas rare, et le thérapeute ne doit en aucun cas réprimer l'expression de conceptions de nature politique, philosophique ou religieuse. Selon ce manuel :

« La conception du monde [*Weltanschauung*] est en effet également en lien avec les problèmes relevant de la psychothérapie. C'est pourquoi il est conseillé de le dire au patient et en même temps de lui recommander d'adopter, également dans ce domaine, une ouverture d'esprit et une capacité d'adaptation, d'aspirer à une conception du monde qui se distingue par la plus grande humanité. Ce faisant, le principe de tolérance devrait être pratiqué par le thérapeute à toutes les occasions. »⁸⁰⁰

D'après ce manuel, les questions idéologiques, philosophiques ou religieuses apparaissent bien comme des thèmes abordés par les patients lors des entretiens thérapeutiques, et ce bien qu'il soit particulièrement délicat de s'ouvrir pleinement à ce sujet dans le contexte de la RDA. Bien que le dossier de Paul W., de par son contenu, constitue une pièce rare dans le fonds d'archives de la *Nervenklinik*, cet extrait laisse supposer que Dietfried Müller-Hegemann a été confronté à des cas comparables dans sa pratique psychothérapeutique. Quant à la ligne à suivre conseillée par ce psychiatre membre du parti communiste, si elle consiste finalement à inciter le patient à s'adapter à son nouvel environnement idéologique, elle se caractérise également par une invitation à faire preuve de

⁷⁹⁹ Dietfried Müller-Hegemann, *Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1961 [1957], p. 151.

⁸⁰⁰ « Denn auch die Weltanschauung steht in Zusammenhängen mit den psychotherapeutisch relevanten Problemen. Daher empfiehlt es sich, dem Patienten dies zu sagen und zugleich ihm zu raten, auch auf diesem Gebiet umstellungsbereit und weltoffen zu sein und eine Weltanschauung anzustreben, die sich durch den stärksten humanitären Inhalt auszeichnet. Dabei müßte der Grundsatz der Toleranz vom Therapeuten bei jeder Gelegenheit praktiziert werden. », *Ibid.*, p. 151.

tolérance, et donc à écouter le patient. En ce qui concerne Paul W., il est difficile de déterminer quel a pu être le positionnement du thérapeute face à ses propos, le dossier restant muet à ce sujet. La qualité d'écoute a dû se faire cependant suffisante pour que le patient puisse évoquer ses tourments intérieurs, en relation avec les difficultés qu'il éprouve face au nouveau contexte idéologique.

Par ailleurs, d'après le dossier, si Paul W. intériorise la contrainte par un mécanisme d'auto-censure, s'il consent en quelque sorte à s'adapter à la dictature, le sens qu'il donne à cet effort lui est propre. Il perçoit en effet cette adaptation douloureuse comme un combat d'ordre spirituel qu'il aurait à livrer à l'image d'Augustin, philosophe et théologien chrétien ayant vécu au sein d'un univers païen. Dans *La Cité de Dieu*, ouvrage auquel fait manifestement référence Paul W., Augustin met en effet en parallèle la cité terrestre (bâtie « par l'amour de soi jusqu'au mépris de Dieu ») et la cité du ciel (bâtie « par l'amour de Dieu jusqu'au mépris de soi »)⁸⁰¹. On retrouve cette vision dichotomique dans les dires du patient, qui compare sa propre situation à une « scission ». Au cœur de l'œuvre d'Augustin se joue un drame tout intérieur dans lequel semble se reconnaître Paul W.. Ce dernier se voit également entre deux mondes : de sensibilité chrétienne, il ne peut penser de manière marxiste et vit au sein d'un État communiste, où il est constamment confronté à des situations conflictuelles. Il lui faut donc opérer un mouvement paradoxal : s'adapter à ce monde hostile tout en conservant « sa nature ». Le tiraillement entre ces deux mondes lui paraît difficilement surmontable.

Au travers de ce dossier médical, on peut ainsi saisir la façon dont cet individu perçoit la relation qui le lie au régime politique dictatorial. Suivant l'approche initiée par l'historien Thomas Lindenberger, cet extrait nous permet de considérer la domination politique comme une pratique sociale (*Herrschaft als soziale Praxis*), qui s'appuie sur des processus d'interaction⁸⁰². Cette perspective souligne les phénomènes d'intériorisation et de réappropriation par les « dominés » et met en exergue la capacité des individus à donner leur propre sens (*Eigen-Sinn*) à cette relation asymétrique. Ici, c'est bien à travers ses lectures personnelles, ou de manière plus générale, à travers le prisme de la religion que le patient Paul W. perçoit sa relation au régime dictatorial. La domination ne s'exerce donc pas selon un mouvement vertical, de haut en bas, sur des êtres passifs, mais bien sur des sujets qui ressentent cette relation déséquilibrée selon une logique qui leur est propre. L'anamnèse, telle qu'elle est menée par la psychologue, permet au patient de se raconter, de se livrer à un

⁸⁰¹ Augustin, *Œuvres. La Cité de Dieu*, tome 2, Paris, Gallimard, 2000 (édition publiée sous la direction de Lucien Jerphagnon). D'après *Les Confessions*, c'est au plus intime de chacun que se mène la lutte pour la primauté de l'amour de Dieu ou de l'amour de soi. Voir : Augustin, *Œuvres. Les Confessions*, tome 1, Paris, Gallimard, 1998 (édition publiée sous la direction de Lucien Jerphagnon).

⁸⁰² Thomas Lindenberger, « Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung », *op. cit.*.

exercice de « thématization de soi ». En évoquant le conflit intérieur qui le ronge, à travers sa propre perception, le patient prend de la distance par rapport à lui-même. Et quand il explicite la relation qui le lie au régime dictatorial, il montre finalement dans quelle mesure il en est acteur.

Si, par leur contenu, ces trois dossiers se font extrêmement différents, ils se rejoignent néanmoins sur un point : ils attestent d'une certaine liberté de ton dont peut bénéficier le patient, lors de l'échange avec le thérapeute, quand il évoque le rapport conflictuel qu'il entretient avec le régime communiste. Cette possibilité de s'exprimer contraste fortement avec le contexte de la RDA, où les citoyens disposent de peu d'occasions de faire exploser leur colère, leur déception ou leur malaise vis-à-vis de l'État ou du contexte idéologique. De plus, le fait que ces propos dissidents laissent une trace écrite constitue également une rareté dans le contexte de la société socialiste. C'est bien parce qu'ils sont perçus au travers d'une grille d'interprétation médicale, selon une logique de « circularité diagnostique », que ces dires peuvent être transcrits dans le dossier, sans que cela entraîne de conséquences préjudiciables pour le patient. Si, dans le cadre de l'interaction avec le thérapeute, le patient peut jouir d'une certaine liberté de ton, c'est bien parce qu'il est appréhendé comme un patient, dont les mots sont perçus comme autant de signes permettant de parvenir à un diagnostic. Ce statut de patient, qui jouit en quelque sorte de l'« excuse de la folie », lui permet de bénéficier d'une liberté de parole plutôt inédite en RDA.

Cette hypothèse se confirme par ailleurs à la lecture d'un autre type de source, dont l'analyse rapide permettra de conclure ce chapitre. Il s'agit d'un manuel de psychiatrie publié par le directeur de la clinique en 1968⁸⁰³. Dans cet ouvrage, Karl Leonhard développe une méthode permettant l'établissement d'un diagnostic de personnalité (comme nous avons pu le préciser précédemment, la *personnalité* de l'individu joue un rôle déterminant dans la conception de la névrose développée par ce psychiatre). Or, en cas de suspicion d'une personnalité introvertie, il est conseillé au médecin ou au psychologue de questionner *directement* le patient sur ses opinions politiques ou religieuses. Cet élément est particulièrement intéressant quand on le replace dans le contexte de la dictature communiste, où ces thématiques peuvent se faire particulièrement sensibles. Selon Karl Leonhard, à la différence d'une personnalité extravertie, tournée vers l'extérieur, « accept[ant] tout ce qui arrive du dehors sans vérification précise »⁸⁰⁴, une personnalité introvertie, tournée vers elle-même, aura élaboré sa propre opinion et ses idées différeront souvent de l'opinion commune. Au sein de la clinique, le thème de la politique peut donc être abordé par les thérapeutes dans

⁸⁰³ Karl Leonhard, *Akzentuierte Persönlichkeiten*, Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1968.

⁸⁰⁴ Karl Leonhard, *Akzentuierte Persönlichkeiten*, *op. cit.*, p. 138.

le cadre de l'établissement du diagnostic, la réponse apportée par le patient étant analysée dans cette perspective. Finalement, la logique de « circularité diagnostique » permet ici d'aborder de front le rapport des individus à la politique. Pour illustrer son propos concernant les personnalités introverties, le psychiatre présente le cas de Wolf K.. Voici un extrait particulièrement intéressant de la présentation de ce cas :

« Depuis l'école, son intérêt pour la politique resta inchangé, mais il ne s'en ouvrait plus du tout face à des étrangers, et seulement de manière allusive auprès de proches. Son avis correspondait rarement à la conception officielle. Dans les entretiens que nous menâmes avec le sujet, il se montra au début toujours un peu sur la réserve. Mais, ensuite, il se tourna à chaque fois vers nous de manière amicale et était visiblement content, de pouvoir parler avec une personne, qui avait de la compréhension pour lui. »⁸⁰⁵

Le positionnement politique du patient est ainsi appréhendé par le médecin comme un élément permettant l'établissement du diagnostic de personnalité. Selon la présentation de ce cas, le fait d'avoir des opinions divergentes de la « conception officielle » participe pleinement de la caractérisation psychiatrique du sujet. L'échange avec le thérapeute apparaît comme un cadre propice à la prise de parole du patient, et constitue pour lui une rare occasion de se confier, auprès de personnes manifestant « de la compréhension pour lui ». Dans le cadre de cette interaction, la parole peut être re-donnée au patient, parce qu'elle est en quelque sorte « protégée » par la logique de « circularité diagnostique ».

Ainsi, d'après les sources que nous avons consultées, qu'il s'agisse de dossiers de patients comme de ce manuel de psychiatrie, la clinique n'apparaît pas comme un lieu de répression des opposants politiques, ou comme un espace de résistance au régime communiste, mais bien plus comme un espace normatif alternatif, au sein duquel, dans la réception de la parole dissidente, la logique médicale prime sur la logique idéologique. Le cadre de l'entretien thérapeutique semble offrir les conditions propices à une certaine libération de la parole du patient, qui est reçue par un interlocuteur en quête d'un diagnostic. On retrouve cette caractéristique quand on se penche sur le cas particulier des « patients-camarades », c'est-à-dire des patients qui appartiennent au parti communiste. Comme en témoignent les dossiers, l'échange thérapeutique peut en effet permettre à ces individus de

⁸⁰⁵ « Sein Interesse an der Politik blieb seit der Schulzeit unverändert bestehen, doch sprach er sich Fremden gegenüber überhaupt nicht mehr, bei Angehörigen nur noch andeutungsweise aus. Seine Meinung stimmte selten mit der offiziellen Auffassung überein. In den Gesprächen, die wir mit dem Probanden führten, zeigte er sich anfänglich immer etwas zurückhaltend. Dann wandte er sich aber jedesmal freundlich zu und war sichtlich froh, mit einem Menschen sprechen zu können, der Verständnis für ihn hatte. » Karl Leonhard, *Akzentuierte Persönlichkeiten*, op. cit., p. 148.

s'ouvrir au sujet de leurs expériences douloureuses de la discipline partisane. C'est autour de ce groupe de patients que s'articule le chapitre suivant, qui vise plus largement à interroger l'enchevêtrement des logiques politiques et médicales quand des camarades du parti communiste se font patients d'un service psychiatrique ou psychothérapeutique. Après avoir interrogé la place du fait politique dans les conflits mentionnés par les patients, placer la focale sur le groupe des « patients-camarades » permet de saisir la manière dont l'engagement militant peut s'inviter entre les murs de la clinique.

CHAPITRE 4 :

Le parti dans les têtes

« Montrez-moi votre carte si vous êtes camarade ! »⁸⁰⁶. C'est ainsi que s'adresse le patient Karl R. au soignant censé s'occuper de lui, lors de son séjour à la clinique en mars 1960. Le terme de camarade renvoyant à l'appellation des membres du parti communiste, cette phrase traduit la volonté du patient de connaître l'appartenance politique du soignant qui lui fait face. Ce jour-là, Karl R. refuse qu'on lui fasse une ponction lombaire. Si le refus d'être soumis à cet examen particulièrement douloureux peut sembler plutôt banal⁸⁰⁷, Karl R. l'accompagne de revendications de nature politique. Il demande ainsi à voir la carte du parti de son interlocuteur, menace de se plaindre au Comité Central et exige qu'on aille chercher un autre médecin (qui est membre du parti communiste d'après les sources consultées). Ce faisant, Karl R. se fait donc *camarade* (il appartient de longue date au parti communiste) avant d'être *patient*, et active ainsi son capital politique. Au sein de l'espace social de la RDA – comme dans toutes les sociétés de type soviétique –, le capital politique constitue un élément important pour rendre compte de la distribution des pouvoirs et des privilèges, ce qui peut expliquer en partie la réaction de ce patient. Si le capital économique est officiellement mis hors jeu, le capital politique se voit hissé au premier plan et peut apparaître comme « un nouveau principe orchestrateur »⁸⁰⁸. Par ailleurs, à une autre échelle, l'expérience biographique de cet homme permet également d'éclairer l'incident. Né en 1904, maçon de formation, Karl R. est engagé en politique depuis plus de 25 ans. Il a appartenu au parti communiste allemand avant la création du SED en 1946. C'est donc un communiste de la première génération. Son expérience communiste s'est forgée pendant la période nazie, au cours de laquelle il a passé six ans en camp de concentration. Après 1945, il connaît une promotion sociale significative puisqu'il devient maire et travaille ensuite au contrôle gouvernemental. Dans cette situation conflictuelle qui l'oppose à l'équipe soignante, il n'accorde pas d'autre légitimité que celle qui l'a accompagné une grande partie de son

⁸⁰⁶ « Zeigen Sie mir Ihren Ausweis, daß Sie Genossen sind. Ich werde mich beim ZK beschweren. Holen Sie sofort Herrn Dr H. ». HPAC, M 116/60, Krankengeschichte, Verlauf, 3 mars 1960.

⁸⁰⁷ De la même façon, la patiente Elfriede G. refuse la ponction lombaire (HPAC, F 575/66, Krankengeschichte, 12 octobre 1966). Quant à la patiente Klara F., elle fait part de la très grande peur qu'elle a ressentie face à cet examen (HPAC, F 334/65, 11 mars 1965).

⁸⁰⁸ Claude Penner, Bernard Pudal, « La volonté d'emprise », in Claude Penner, Bernard Pudal (dir.), *Autobiographies, autocritiques, aveux dans le monde communiste*, Paris, Belin, 2002, p.15-39, ici p. 17.

existence et que confère uniquement le parti. S'affirmant comme *camarade*, Karl R. saisit cette occasion pour contourner son rôle de *patient*, afin de reprendre la main dans sa relation avec l'équipe soignante.

Cette courte étude de cas illustre l'une des modalités selon laquelle le politique – sous la forme de l'engagement militant – peut s'inviter dans les murs de la clinique et influencer les stratégies mises en oeuvre par ses acteurs. Le choix de se pencher sur le cas particulier des « patients-camarades » s'est imposé assez rapidement lors du dépouillement des archives psychiatriques et psychothérapeutiques. Le SED constituant un élément constitutif de la société de RDA⁸⁰⁹, on en retrouve logiquement la trace dans les sources consultées. Les dossiers des « patients-camarades » contiennent des bribes de leurs expériences individuelles, et permettent ainsi d'éclairer – par le bas – certains aspects du fonctionnement interne du SED. Par ailleurs, ces sources donnent l'occasion d'aborder les camarades alors qu'ils se trouvent « hors du parti », dans un contexte social qui leur assigne un autre rôle, celui de patient. La logique politique – liée à l'appartenance au parti communiste – et la logique médicale – liée au statut de patient – s'entrecroisent, se recoupent ou s'affrontent selon les situations, comme en témoignent les dossiers consultés. Les « patients-camarades » se trouvent dans une situation paradoxale, tout à la fois au cœur et à la marge de la société de RDA. Si, en tant que camarades, ils sont censés incarner des modèles à suivre, prenant une part active à l'établissement d'une société socialiste, leur admission à la clinique – qu'elle se fasse au sein des services psychiatriques ou psychothérapeutiques – les place bien à l'écart de la société environnante. C'est bien selon une perspective décentrée – à partir du champ de la psychiatrie et des sources qu'elle produit – qu'il s'agit d'interroger les expériences de ces individus – à l'extérieur comme à l'intérieur de la clinique – en les réinsérant dans l'histoire de la société de RDA et de ses enchevêtrements avec le politique.

Pour ce faire, ce chapitre s'articule autour de trois points. Il s'agira tout d'abord de se pencher sur ce que disent les patients de la « vie de parti » (*Parteileben*), et notamment sur leurs expériences de la discipline partisane. Un deuxième temps sera l'occasion d'interroger les relations qui existent entre la clinique – en tant qu'instance de soins – et l'organisation partisane, qu'elles prennent la forme d'échanges d'informations ou de procédures de négociation. Quant à la dernière partie de ce chapitre, elle sera consacrée à l'utilisation du capital politique et/ou militant dans les relations interpersonnelles au sein de la clinique.

⁸⁰⁹ Jens Gieseke, Ralph Jessen, « Die SED in der staatssozialistischen Gesellschaft », in Jens Gieseke, Hermann Wentker (dir.), *Die Geschichte der SED. Eine Bestandsaufnahme*, Berlin, Metropol Verlag, 2011, p.16-60, ici p.16.

1. Le « mal du parti » des « patients-camarades »

1.1 *Accepter la discipline de parti*

L'un des motifs récurrents que l'on retrouve dans les dossiers des « patients-camarades » concerne les conflits qui ont opposé (ou opposent encore) ces individus à l'organisation partisane, notamment quand ils ont entraîné des sanctions disciplinaires. Au sein du SED, les pratiques disciplinaires se stabilisent au cours des années 1950, à la suite des grandes opérations de vérification des années 1948-1951 visant à purger les effectifs du parti. Ces campagnes extraordinaires laissent alors place à un exercice plus régulier de la discipline, qui s'effectue dans le cadre d'un appareil hiérarchisé. On trouve des commissions de contrôle à toutes les échelles du parti, et c'est l'organisation de base qui a en principe l'initiative de la procédure disciplinaire (*Parteiverfahren*). D'après les statuts du SED de 1950, les sanctions disciplinaires internes peuvent frapper : « quiconque ne respecte pas l'unité et la pureté du parti, n'accomplit pas ses décisions, ne respecte pas la démocratie interne au parti, fait un mauvais usage de son statut de membre ou des fonctions qui lui sont déléguées, ne se montre pas digne dans sa vie personnelle d'un membre du parti, enfreint la discipline du parti »⁸¹⁰. L'échelle de sanctions va de l'avertissement (*Verwarnung*) à l'exclusion (*Ausschluß*) en passant par le blâme (*Rüge*) et le blâme sévère (*strenge Rüge*). Le camarade faisant l'objet d'une telle procédure est invité à se présenter devant l'assemblée des membres, assemblée face à laquelle il a le droit de répondre aux accusations qui lui sont portées. Au cours des entretiens menés avec le thérapeute, plusieurs patients évoquent leurs expériences personnelles de la discipline de parti, les critiques ou procédures dont ils ont été l'objet ayant pu provoquer anxiété, ressentiment ou incompréhension. Comme l'écrit Michel Christian, à propos des résultats obtenus à partir de sources orales, « le passage devant l'assemblée générale, même pour des faits apparemment anodins, pouvait avoir des conséquences psychologiques profondes »⁸¹¹. C'est bien ce que l'on constate quand on se penche sur les dossiers de certains patients. Si ces expériences permettent de saisir certains mécanismes inhérents à l'exercice de la discipline au sein du SED, elles sont également l'occasion d'approcher le sens que les camarades peuvent donner à une reconnaissance dont ils se voient alors privés.

En 1960, la femme d'un patient évoque ainsi l'« assemblée meurtrière »

⁸¹⁰ « Wer gegen die Einheit und die Reinheit der Partei verstößt, ihre Beschlüsse nicht erfüllt, die innerparteiliche Demokratie nicht achtet, seine Mitgliedschaft und ihm übertragene Funktion mißbraucht, im persönlichen Leben sich eines Parteimitgliedes nicht würdig zeigt, die Parteidisziplin verletzt, ist von der Grundorganisation oder einem höheren Parteiorgan zur Verantwortung zu ziehen. » Statuts du SED, 1950.

⁸¹¹ Michel Christian, « Le parti et la vie privée de ses membres en RDA », [Histoire@Politique](#). *Politique, culture, société*, n°7, janvier-avril 2009.

(*Mordversammlung*) qui s'est tenue dans le cadre d'une procédure disciplinaire visant son mari⁸¹². Ce dernier occupe un poste de juriste au ministère des Affaires étrangères depuis 1954. Après avoir perdu un document, il doit en faire part à ses supérieurs. Il avoue alors le départ de son père pour l'Ouest deux ans auparavant, ce qui fragilise d'autant plus sa position qu'il détient un poste à responsabilité au sein de l'administration étatique. D'après sa femme, une procédure disciplinaire s'enclenche alors à son encontre non seulement au sein du ministère (*Disziplinarverfahren*) mais également du parti (*Parteiverfahren*), ce qui a des conséquences directes sur son état de santé. Selon les dires de la femme :

« Depuis cette période, il a quelque peu changé, il y réfléchit beaucoup, est devenu méfiant ou suppose dans tous les cas que les autres ne lui font pas confiance. Humeur déprimée, ne pouvait pas dormir à cause de fortes palpitations cardiaques, se sentait observé. Pense avant tout qu'on pourrait lui attribuer à tort le fait d'avoir supprimé sciemment le dossier en question. Il a tout remis en question : qu'il était un bon fils, un bon camarade, un bon époux, etc. »⁸¹³

On perçoit ici combien les procédures disciplinaires peuvent susciter un ébranlement profond de la personne mise en cause, qui touche à plusieurs dimensions de son inscription sociale (fils, camarade, époux). D'après Yves Cohen, l'une des particularités historiques du communisme pourrait être « sa capacité à mobiliser à une échelle inédite les ressources du moi »⁸¹⁴. Le moi communiste mobiliserait systématiquement « les autres moi distribués dans les divers engagements de la personne »⁸¹⁵. Remettre en cause le capital politique, la loyauté du moi communiste, introduirait ainsi une totale remise en cause du rapport à soi. D'après cette hypothèse, on peut donc interpréter ainsi la formulation rapportée par l'épouse : la loyauté politique du patient ayant été remise en question (est-il un bon camarade ?), il en vient à mettre en doute la valeur de ses autres engagements personnels (est-il un bon fils, un bon époux ?). L'engagement communiste apparaît bien ici comme un élément central permettant à l'individu de se définir, ce qui peut expliquer l'effondrement intérieur ressenti par les camarades à qui l'on retire cette référence nodale. Selon la même logique, d'après son dossier, le patient Klaus R. aurait ainsi été « complètement terrassé » lorsqu'il avait dû être exclu du

⁸¹² HPAC, M 337/61.

⁸¹³ « Seit dieser Zeit sei er etwas verändert, denke viel darüber nach, sei mißtrauisch geworden oder nehme jedenfalls an, daß andere ihm mißtrauten. Depressive Stimmung, konnte vor lauter Herzklopfen nicht schlafen, fühlte sich beobachtet. Denke vor allem, man könnte ihm die Tatsache unterschieben, die betr. Akte absichtlich beseitigt zu haben. Er habe alles in Frage gestellt: daß er ein guter Sohn, ein guter Genosse, ein guter Ehemann usw. sei. » HPAC, M 337/61, Krankengeschichte, Objektive Anamnese nach Angaben der Ehefrau des Patienten [...], Zur jetzigen Erkrankung.

⁸¹⁴ Yves Cohen, « La co-construction de la personne et de la bureaucratie : aspects de la subjectivité de Staline et des cadres soviétiques (années 30) », in Brigitte Studer, Heiko Haumann (dir.), *Stalinistische Subjekte. Individuum und System in der Sowjetunion und der Komintern, 1929-1953*, Zürich, Chronos Verlag, 2006, p. 175-196, ici p. 177.

⁸¹⁵ *Ibid.*

parti un an et demi auparavant, lui qui était « engagé corps et âme sur le plan politique »⁸¹⁶. En 1963, cet homme de 35 ans fait un séjour à la clinique en raison d'un « alcoolisme chronique » (*chronischer Alkoholismus*). Durant les entretiens qu'il mène avec le médecin, il souligne à plusieurs reprises l'importance de son engagement politique. Ainsi, d'après son dossier, il « mourrait pour ses idéaux politiques s'il le fallait » et peut être submergé par l'émotion lors d'événements politiques⁸¹⁷. La ferveur que traduisent ses propos peut potentiellement s'expliquer par la volonté de Klaus R. de se montrer sous un meilleur jour, de se défaire de l'étiquette stigmatisante du « patient alcoolique » en se présentant comme un communiste dévoué. Cependant, on ne peut exclure l'hypothèse selon laquelle ils reflèteraient – ne serait-ce que partiellement – l'état des sentiments de cet homme, qui a bénéficié des structures de formation mises en place par la politique du SED (il fréquente la Faculté pour ouvriers et paysans [*Arbeiter-und Bauernfakultät, ABF*] entre 1950 et 1953⁸¹⁸), qui dit avoir voulu se rendre en Union soviétique, et explique également avoir tenté d'écrire des vers en lien avec la politique⁸¹⁹. D'après cette perspective, son engagement pour la cause communiste se traduit bien par un investissement total de sa personne, ce qui explique le sentiment d'effondrement qui fut le sien quand a pesé sur lui, un an et demi plus tôt, la menace d'une exclusion de l'organisation partisane. Si les procédures disciplinaires – qui peuvent aller jusqu'à l'exclusion – peuvent être particulièrement lourdes de conséquences pour les camarades concernés, c'est bien parce que ces derniers voient alors tout ou partie de leur identité sociale remise en cause.

Le séjour effectuée par Erika E. dans le service de psychiatrie 6b de la clinique est également l'occasion pour cette femme de se livrer à ce sujet⁸²⁰. Admise en février 1960, elle raconte ainsi comment une procédure de ce type, dont elle a été l'objet un an auparavant, a brisé sa confiance envers le SED et peut expliquer en partie son état dépressif :

« On l'a radiée du parti, le parti ne s'était pas posé trop de questions, il avait radié des employés. Elle a fait opposition et cela a pris trois mois avant qu'on ne la reprenne dans le parti. Cependant aujourd'hui encore elle n'a pas dépassé ça, elle a perdu confiance, le manque d'un sentiment d'appartenance fait défaut [*sic*]. On lui dit, que tout est bien oublié, mais elle n'en est pas encore venue à bout. "C'est vraiment dégoûtant !" (pleure). »⁸²¹

⁸¹⁶ « Als er vor 1 ½ Jahren aus der Partei ausgeschlossen werden sollte, war er völlig niedergeschmettert. War mit Leib und Seele politisch tätig. » HPAC, M 492/67, Krankengeschichte, 20 avril 1967.

⁸¹⁷ « Pat. zeigte auch in Gefühlswallungen "es kommt mir dann heiß hoch", er zeige es nur nicht so. Besonders bei politischen Ereignissen und auch bei Freude, vor allem, wenn er unerwartet käme. [...] Träumte früher davon, Auslandskaufmann zu werden, wollte in die Sowjetunion. [...] Versuchte auch zu dichten, politisch. Würde für seine politischen Ideale sterben, wenn es sein müßte. » HPAC, M 492/67, Krankengeschichte, 20 avril 1967.

⁸¹⁸ HPAC, M 492/67, Krankengeschichte, Angaben des Patienten.

⁸¹⁹ HPAC, M 492/67, Krankengeschichte, 20 avril 1967.

⁸²⁰ HPAC, F 131/60.

⁸²¹ « Man habe sie aus der Partei gestrichen, die Partei hatte sich das sehr bequem gemacht, hatte Angestellte

D'après les dires de la patiente, c'est son appartenance à la classe des employés qui aurait provoqué son exclusion du parti. Cette accusation fait écho à d'autres attaques qu'elle aurait subies sur son lieu de travail. Au cours de l'entretien, elle explique en effet qu'on lui aurait reproché de provenir de « cercles bourgeois », parce que son père possède une petite exploitation agricole⁸²². En raison de son statut de propriétaire terrien, ce dernier est ainsi désigné comme « bourgeois », une étiquette qu'il transmet directement à sa fille. S'il est également reproché à Erika E. d'avoir eu une aventure avec un homme marié dix ans auparavant, ce n'est pas tant son comportement en tant que membre du parti qui semble ici être remis en cause mais avant tout son origine et son appartenance sociales. Le capital politique se compose bien de deux éléments qui se combinent l'un avec l'autre : la dimension généalogique de l'individu et sa trajectoire politique⁸²³. C'est le premier élément qui fait défaut à Erika E., une faiblesse qu'il est bien difficile de corriger.

De plus, quand on se penche sur l'itinéraire personnel de cette femme, dont la carrière est intimement liée à son engagement politique, on comprend dans quelle mesure cette procédure de radiation peut s'avérer particulièrement déstabilisante, puisqu'elle remet finalement en cause une large part de son identité professionnelle et sociale. Erika E. embrasse tardivement la carrière juridique dans le contexte bien particulier de l'immédiat après-guerre. Âgée de 36 ans, elle n'a aucune expérience dans ce domaine. Après avoir fréquenté l'école primaire puis une école professionnelle (*Volksschule / Aufbauschule*), elle a travaillé dans la ferme de ses parents et comme employée de maison⁸²⁴. L'épuration du système judiciaire allemand lui offre alors une opportunité hors du commun, qui va lui assurer une promotion sociale fulgurante. En effet, dès 1946, l'administration allemande de la Justice (*Deutsche Justizverwaltung*) – administration nouvellement créée sous l'influence des autorités d'occupation – lance une vague de recrutement de juges, qui vise à remplacer rapidement les magistrats de l'époque national-socialiste. S'inspirant du modèle soviétique, un système de formation accélérée est mis en place, permettant à des candidats, âgés de 25 à 45 ans, de devenir magistrat en un temps record (la formation dure tout d'abord 6-7 mois avant d'être prolongée à une année en 1947)⁸²⁵. Le critère de fiabilité politique se fait ici primordial

gestrichen. Sie habe Einspruch dagegen erhoben und es habe 3 Monate gedauert, bis man sie wieder in die Partei aufgenommen hatte. Jedoch sei sie heute noch nicht darüber hinweg, sie habe das Vertrauen verloren, das mangelnde Zugehörigkeitsgefühl fehlt. Man sage ihr, es ist doch alles vergessen, sie habe es aber noch nicht überwunden. "Das ist doch eine Gemeinheit !" (weint) ». HPAC, F 131/60. Krankengeschichte, 27 février 1960 (Exploration).

⁸²² HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, 27 février 1960 (Exploration).

⁸²³ Claude Penner, Bernard Pudal, *op. cit.*, p. 19.

⁸²⁴ HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Pat.[ientin], E.[igene] A.[namnese].

⁸²⁵ Voir à ce sujet : Hermann Wentker, *Justiz in der SBZ/DDR. Transformation und Rolle ihrer zentralen Institutionen*, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2001, p. 134-171. Heike Amos, *Justizverwaltung in der SBZ/DDR. Personalpolitik 1945 bis Anfang der 50er Jahre*, Cologne, Böhlau Verlag, 1996, p. 151-

et joue pleinement en la faveur d'Erika E., qui a fréquenté l'école du parti communiste dès 1945. Forte de ce capital politique, elle intègre l'école des juges de Babelsberg pour suivre des cours intensifs, avant d'entrer en fonction en 1948 au tribunal d'instance (*Amtsgericht*) de Potsdam⁸²⁶. Ce qui aurait pu apparaître comme inespéré au regard du niveau d'études d'Erika E. (elle ne dispose d'aucun diplôme universitaire), de son âge (elle a près de 40 ans à la fin de la guerre) et de ses origines sociales (elle est issue d'une famille d'agriculteurs), est donc rendu possible par le nouveau contexte politique. Grâce à son engagement au sein du parti communiste, Erika E. embrasse ainsi une carrière étatique relativement prestigieuse, à mille lieues des métiers qu'elle a pu exercer jusqu'alors. Ce changement de vie est donc intimement liée à son appartenance partisane. Au sein de son nouveau milieu professionnel, Erika E. est par ailleurs majoritairement entourée de camarades du parti. En relation avec le processus d'épuration de l'administration, dès 1948, le taux d'appartenance au SED du personnel de la justice ne cesse de croître (63,8% des juges en 1951 ; 77% en 1957 ; 86% en 1960⁸²⁷). De plus en plus, la fonction de magistrat se voit ainsi associée à la carte de membre du SED. Quant à l'activité d'Erika E. en tant que juge, elle est directement influencée par l'idéologie, qui fait du droit un instrument au service de la construction du socialisme. Comme ses collègues, quand elle fait appliquer la loi, Erika E. s'appuie sur une interprétation marxiste-léniniste du droit, qui donne la primauté aux considérations d'ordre politique⁸²⁸. Loin de constituer un organe de pouvoir autonome, la justice en RDA sert les intérêts de l'État et du parti. En tant que magistrate, Erika E. occupe donc une fonction, où elle doit faire preuve d'une forte loyauté vis-à-vis du système politique, un système auquel elle doit par ailleurs une promotion sociale fulgurante.

Parallèlement à cette activité professionnelle marquée par l'empreinte de l'idéologie, dans sa vie personnelle, Erika E. est confrontée à des comportements qui vont à l'encontre de la ligne qu'elle doit défendre en tant que magistrate. Dans les années 1950, plusieurs de ses proches se détournent ainsi de la RDA, provoquant autant de ruptures dans la vie de cette femme. En 1952, son compagnon, qui « ne s'en sortait pas avec les choses politiques ici »⁸²⁹, quitte le pays. Suite au départ de cet homme, Erika E. sombre dans une dépression nerveuse.

173.

⁸²⁶ HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Pat.[ientin], E.[igene] A.[namnese].

⁸²⁷ Michel Christian, « Parti et société... », *op. cit.*, p. 195-196. L'auteur s'appuie sur l'article suivant : Bettina Hoefs, « Kaderpolitik des Ministeriums der Justiz 1945-1960 », in Rainer Schröder (dir.), *Zivilrechtskultur der DDR*, tome 1, Berlin, Duncker & Humblot, 1999, p. 178.

⁸²⁸ Voir à ce sujet l'article « Rechtsverständnis » (par Friedrich-Christian Schroeder), in Rainer Eppelmann, Horst Möller, Günter Nooke, Dorothee Wilms (dir.), *Lexikon des DDR-Sozialismus. Das Staats- und Gesellschaftssystem der Deutschen Demokratischen Republik*, tome 2, Paderborn, Schöningh, 1997 [1996], p. 652-654. Ulrich Eisenhardt, *Deutsche Rechtsgeschichte*, Munich, Verlag C.H. Beck, 2004 [rééd.], p. 565.

⁸²⁹ HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Pat., Sexuelle Entwicklung.

Quelques années plus tard, en 1959, une amie très proche profite d'un voyage à Hanovre pour quitter définitivement la RDA⁸³⁰. Cette magistrate, qui instruit des cas concernant des « fuites de la république »⁸³¹ (*Republikflucht*), doit ainsi elle-même faire face à des ruptures affectives liées à des départs illégaux pour l'Ouest. Malgré les bouleversements occasionnés par ces départs, Erika E. semble rester fidèle à la RDA, se disant ainsi déçue des agissements de son amie⁸³². Contrairement à ses proches, qui font le choix de l'Ouest, Erika E. reste en RDA, poursuivant un travail au sein duquel les considérations idéologiques détiennent une place de choix. Son engagement pour la cause communiste ne se limite donc pas à une adhésion formelle au SED, mais se prolonge dans son activité professionnelle et a également des répercussions directes sur ses relations personnelles (elle ne suit pas son compagnon en 1952, et juge de manière négative le départ illégal de son amie en 1959). Son parcours professionnel et personnel – au cours duquel elle semble être restée constamment fidèle à la RDA – peut ainsi expliquer le vif sentiment d'injustice qu'elle ressent face à la procédure de radiation dont elle est l'objet. Bien que cette procédure soit finalement suivie, trois mois plus tard, d'une réintégration, le mal est fait, puisqu'elle a perdu confiance en l'organisation partisane. Pouvant être repris puis redonné à nouveau par le parti en tant qu'unique source de légitimation, le capital politique apparaît bien comme un capital particulièrement instable. Lors de l'entretien mené avec le médecin, si Erika E. exprime son amertume face à une décision qu'elle n'a pas comprise, ses propos – ainsi que sa réaction physique (elle se met à pleurer) – montrent bien que la profonde blessure causée par cette procédure disciplinaire est loin d'être refermée. L'ampleur du bouleversement provoqué par la radiation s'explique ainsi à la lumière de l'itinéraire de cette femme, l'engagement politique caractérisant plusieurs dimensions de sa vie sociale.

Dans le cas de la patiente Anneliese I., près de quinze ans après les faits, la blessure causée par l'exclusion du parti persiste toujours, comme en témoignent certains de ses propos⁸³³. Cette femme de 40 ans, a fait l'objet d'une procédure disciplinaire au début des années 1950. Lors d'un séjour en psychothérapie en 1968, alors qu'elle est interrogée sur sa capacité à passer outre les vexations dont elle peut faire l'objet, elle répond par la négative et donne pour exemple « l'affaire de l'exclusion du parti » dont elle n'est toujours pas venue à bout⁸³⁴. Il y a de cela environ quinze ans, une procédure disciplinaire a en effet été mise en

⁸³⁰ « Er selbst kam mit den politischen Dingen hier nicht zurecht [...]. » HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Pat., Zur jetzigen Erkrankung.

⁸³¹ « Sie habe allgemeine Strafsachen, Jugendrecht, kl.[eine] Diebstähle, Betrügereien, Republikflucht und Devisenvergehen bearbeitet. » HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, Verlauf, 25 février 1960, Chefvisite.

⁸³² HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Pat., Zur jetzigen Erkrankung.

⁸³³ HPAC, F 134/68.

⁸³⁴ « Sei sie gekränkt worden, überwinde sie diese Kränkung nur sehr schwer. Die Sache mit dem

place à son encontre pour activité démoralisatrice (*Parteizersetzung*) et faits d'espionnage (*Agententätigkeit*). D'après ses dires, ces accusations auraient été dues au fait qu'elle eût accusé de mensonge un fonctionnaire plus âgé et qu'elle eût omis d'indiquer certains renseignements dans un questionnaire. Il s'agit très vraisemblablement du questionnaire autobiographique à remplir par chaque candidat du parti, et qui doit permettre d'évaluer les individus sur la base d'un référentiel identitaire centré sur le capital politique⁸³⁵. Anneliese I. a manifestement omis d'indiquer certains éléments de son parcours biographique, qui peuvent être perçus par l'instance de contrôle comme autant d'écarts à la norme militante. On peut supposer que l'exclusion d'Anneliese I. s'inscrit dans le cadre des purges – qualifiées de « vérification » – qui touchent les membres du SED entre 1950 et 1951, et qui visent à éliminer toutes les influences non conformes à la nouvelle ligne du parti, dans le cadre de sa « transformation en un parti de type nouveau »⁸³⁶. Entre janvier et décembre 1951, ces purges entraînent la perte de 20% des camarades⁸³⁷, dont fait manifestement partie la patiente. La discipline du parti qui se met alors en place suit une ligne particulièrement dure. Cette vague de purge, qui s'inspire de celle qu'a connue le parti communiste soviétique dans les années 1930, constitue un épisode traumatisant pour les camarades directement concernés, tout comme pour ceux qui sont passés entre les mailles du filet. Le patient Herbert T., qui effectue plusieurs séjours à la clinique entre 1951 et 1961, évoque ainsi la dépression nerveuse qui l'a touché après la purge de 1951⁸³⁸. Le fait qu'il ait été candidat du NSDAP le met alors dans une situation particulièrement délicate, mais n'entraîne manifestement pas son exclusion du SED⁸³⁹. En ce qui concerne Herbert T., on peut supposer qu'il a vraisemblablement caché cette appartenance passée, la procédure de vérification ayant pour effet de réveiller la crainte d'être découvert. D'après le dossier, Herbert T. « s'était complètement écroulé » à l'occasion de la dernière purge du parti⁸⁴⁰. La pression qui pèse sur les épaules des camarades lors des procédures de « vérification » peut ainsi aboutir à de véritables effondrements psychiques, qui

Parteiausschluß habe sie z.B. bis heute noch nicht überwunden.» HPAC, F 134/68, Krankengeschichte, Primärpersönlichkeit.

⁸³⁵ Sur le questionnaire biographique et l'autobiographie de parti, voir Claude Pennetier, Bernard Pudal, « Les mauvais sujets du stalinisme », in Brigitte Studer, Berthold Unfried, Irène Hermann (dir.), *Parler de soi sous Staline. La construction identitaire dans le communisme des années trente*, Paris, Maison des sciences de l'Homme, 2002, p. 65-95.

⁸³⁶ Thomas Klein, *Für die Einheit und Reinheit der Partei : die innerparteilichen Kontrollorgane der SED in der Ära Ulbricht*, Cologne, Böhlau Verlag, 2002, p. 145-152.

⁸³⁷ *Ibid.*, p. 151.

⁸³⁸ HPAC, M 214/61, Krankengeschichte (1951), Eigene Angaben des Pat.

⁸³⁹ Il en est encore membre en 1961. Si elle ne fait pas l'objet d'une réglementation claire, l'admission d'anciens membres du NSDAP au sein du SED est autorisée dès les années 1947-1948. En 1954, la part d'ex-membres du NSDAP dans les rangs du SED s'élève ainsi à 8,7 %. Michel Christian, « Parti et société... », *op. cit.*, p. 123.

⁸⁴⁰ « Anlässlich der Parteieinigung sei er völlig zusammengebrochen. », HPAC, M 214/61, Krankengeschichte (1951), Angaben der Ehefrau.

laissent des traces bien des années plus tard. Lors de cette période de contrôle systématique, l'instabilité du capital politique atteint alors son paroxysme, et contribue directement à l'insécurité psychique des camarades.

Si les procédures disciplinaires se stabilisent au cours des années 1950, les grandes campagnes de vérification laissant place à un exercice plus régulier et plus mesuré de la discipline partisane, la remise en cause brutale de la confiance accordée par le parti – qui témoigne du caractère labile du capital politique – continue à affecter directement l'état de santé des camarades. Le cas de la patiente Ida R. est ici particulièrement révélateur des conséquences que peut avoir une mise en doute de la loyauté politique⁸⁴¹. Cette femme d'une quarantaine d'années est admise au sein du service de psychothérapie à la fin du mois d'octobre 1968, où elle reste environ 2 mois. D'après le dossier, cette enseignante souffrirait de phobie cardiaque et d'agoraphobie. Au cours de l'anamnèse, elle met clairement en relation le début de ses maux et les violents reproches qu'elle a essuyés de la part d'instances supérieures du parti. Dans le contexte de l'achèvement de la collectivisation agricole, Ida R. est chargée de convaincre le dernier paysan récalcitrant de son village d'entrer dans la « coopérative de production agricole » (*Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaft*, LPG). En tant que membre de la direction du groupe local du parti, elle est tenue de s'acquitter de cette tâche, et ce d'autant plus que son métier d'enseignante la met en contact direct avec les trois enfants de cet homme. Cette mission ne s'avère pas chose facile et lors d'une assemblée, elle est directement attaquée à ce sujet, ainsi que le directeur de l'école, « par un très jeune instructeur de la direction de l'arrondissement » ; tous deux sont accusés d'être des « ennemis de l'État » (*Staatsfeinde*) du fait de leur incapacité à convaincre le dernier paysan⁸⁴². Selon le dossier, la patiente « a tout accepté – ce qui d'habitude n'était pas sa manière de faire – bien qu'elle ne se soit pas du tout sentie coupable. »⁸⁴³. Cet incident se produit dans un contexte de grande fatigue, en relation avec les nombreuses autres responsabilités politiques qui sont celles de la patiente⁸⁴⁴. Suite à cette attaque violente, Ida R. fond en larmes et est prise de tremblements, ce qui l'oblige à quitter prématurément la réunion. Son état de santé nécessite l'administration de calmants par un médecin. Si ces piqûres font de l'effet et permettent à Ida R. de trouver le sommeil, les paroles qu'elle

⁸⁴¹ HPAC, F 600/68.

⁸⁴² HPAC, F 600/68, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung u.[nd] Entwicklung.

⁸⁴³ « Sie habe – was sonst ihre Art nicht sei – alles hingegenommen, obwohl sie sich keine Schuld bewußt war. » HPAC, F 600/68, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung u.[nd] Entwicklung.

⁸⁴⁴ Elle est entre autre présidente d'une section de la ligue allemande démocratique pour les femmes (*Demokratischer Frauenbund Deutschlands*, DFD), participe au « Front national » (*Nationale Front*), fait partie du bureau électoral local, de la commission « consommation » (*Konsum-Ausschuß*). HPAC, F 600/68, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung u.[nd] Entwicklung.

prononce pendant la nuit (« J'entre dans la LPG ») témoignent de la résonance de l'accusation qui lui a été portée en public. Cette attaque semble profondément atteindre cette femme, dont l'engagement politique est loin de se limiter à la fonction qu'elle occupe au sein du SED. Elle souligne par ailleurs la jeunesse de l'instructeur qui l'a accusée, ce qui aggrave encore l'humiliation dont elle a été l'objet. On peut supposer qu'à la différence d'Ida R., qui est née en 1927, ce « très jeune » fonctionnaire fait partie d'une génération de camarades qui n'a connu que les cadres de socialisation de la RDA, et qui a donc rapidement fait sienne la langue de l'idéologie, dont fait partie l'expression accusatrice « ennemi de l'État ». Ida R., de son côté, ne reconnaît pas le bien-fondé d'une accusation qu'elle n'accepte qu'en apparence, avant de s'effondrer physiquement. Selon le dossier, cet incident marque l'entrée de la patiente dans la maladie, son état de santé se caractérisant dès lors par de nombreuses angoisses. Si une relation de cause à effet entre les reproches qu'elle a essuyés durant cette réunion et la dégradation de son état de santé est établie dans la *Krankengeschichte*, elle est cependant absente du rapport final rédigé par la psychologue, rapport à destination du médecin traitant de la patiente et qui franchit les limites de la clinique⁸⁴⁵. Le cas de cette patiente montre l'effet dévastateur que peut avoir une accusation proférée dans le cadre du parti à l'encontre d'une camarade dont l'engagement est manifestement sincère. S'ils se plient à la discipline partisane et acceptent sur le coup les reproches qui leur sont faits, les accusés doivent ensuite faire face à un bouleversement intérieur, bouleversement d'autant plus important que leur engagement politique se trouve souvent au cœur de leur identité sociale.

Les membres de l'élite du parti ne sont pas exempts de tels tourments, comme en témoigne le dossier d'une patiente de la clinique, qui est candidate du Comité Central⁸⁴⁶. En tant que telle, elle appartient à l'organe le plus important du parti entre les sessions du Congrès. Cet écrivain d'une trentaine d'années doit également faire face à un « conflit intérieur massif », en relation directe avec les attaques qu'elle a à subir dans le cadre du parti⁸⁴⁷. Elle est adressée à la clinique par l'hôpital du gouvernement (*Regierungskrankenhaus*) en février 1967, pour suivre une psychothérapie. Le professeur qui la suit au sein de cet hôpital travaille également à la Charité en tant que neurologue, ce qui explique ce transfert de patient. D'après l'anamnèse qui est réalisée à la Charité, la patiente a été l'objet de critiques en relation avec la parution de son dernier livre. On lui a notamment reproché d'être hostile au parti (*Partei feindlichkeit*), ainsi que la manière dont elle a dépeint la classe ouvrière, qui ne correspondrait pas à la réalité. Si l'ouvrage est par la suite réhabilité et connaît un large

⁸⁴⁵ HPAC, F 600/68, Epikrise, 27 janvier 1969.

⁸⁴⁶ HPAC, F 135/67.

⁸⁴⁷ HPAC, F 135/67, Krankengeschichte, Angaben der Pat., Zur jetzigen Erkrankung.

succès, ces critiques semblent cependant avoir laissé des traces. La labilité du capital politique, qui ne peut être conféré que par le parti lui-même, se fait ici à nouveau jour. La patiente fait également mention d'une seconde source de conflits, en relation avec les hautes fonctions qu'elle occupe au sein du parti :

« Un conflit intérieur massif s'est encore ajouté l'an dernier : elle est candidate du ZK [*Zentralkomitee, Comité Central*]. Il y avait certains développements de la politique culturelle qu'elle ne pouvait pas approuver, elle l'avait dit et ça avait naturellement provoqué de nouvelles querelles et des attaques à son encontre. Cette situation perdure jusqu'à aujourd'hui. Mais elle n'est plus en mesure de se défendre publiquement, chaque lecture est déjà source d'agitation, elle a peur de répondre au téléphone ou d'ouvrir son courrier. "Je suis devenue extrêmement vulnérable". Elle s'est retirée de tout pour le moment. Si elle remplissait toutes ses fonctions, il faudrait qu'elle aille trois fois par semaine à des assemblées ou à des lectures, et quatre fois par an durant cinq jours à la réunion du ZK. Elle ne se sent plus de taille pour toutes ces discussions. »⁸⁴⁸

On perçoit bien ici dans quelle mesure les attaques adressées à cette camarade, qui émet des réserves sur la ligne du parti, se font éminemment déstabilisatrices, allant jusqu'à aboutir à un « conflit intérieur massif », qui se traduit notamment par des troubles du sommeil et un important sentiment d'anxiété. D'après le courrier du médecin qui l'adresse à la Charité, « elle se ressent elle-même comme un anachronisme, puisque l'écrivain d'aujourd'hui n'est manifestement plus en mesure de satisfaire aux exigences modernes »⁸⁴⁹. C'est bien une profonde remise en cause que provoquent chez elle les conflits en relation avec son activité au sein du Comité Central, au sein duquel elle est soumise à une pression idéologique particulièrement forte. Lors de son admission à la Charité, la patiente semble se livrer à ce sujet dans le cadre des entretiens qu'elle mène avec la thérapeute. Elle change ensuite d'avis puisqu'on peut lire la phrase suivante dans le dossier, à la date du 7 avril 1967 (soit un mois après son admission) : « [La] pat[iente] ne souhaite plus parler de ces conflits avec nous, mais souhaite continuer à en parler avec le prof. M., de sorte que nous ne pouvons pas faire grand

⁸⁴⁸ « Im letzten Jahr sei noch ein massiver innerer Konflikt hinzugekommen : Sie sei Kandidat des ZK. Es gäbe gewisse Kulturpolitische Entwicklungen, die sie nicht bejahen könne, sie habe es gesagt und dadurch entstanden natürlich neue Auseinandersetzungen und Angriffe gegen sie. Diese Situation bestehe bis heute. Sie sei aber nicht mehr in der Lage, sich öffentlich zu verteidigen, es rege sie schon jede Lesung auf, sie habe Scheu ans Telefon zu gehen oder ihre Post zu öffnen. „Ich bin ganz ungeheuer verletzbar geworden.“ Sie habe sich z. Zt. von allem zurückgezogen. Wenn sie alle ihre Aufgaben erfüllen würde, müßte sie 3 mal wöchentlich zu Versammlungen oder Lesungen u alle ¼ Jahr 5 Tage zu einer ZK-Sitzung. Sie fühle sich allen diesen Diskussionen nicht mehr gewachsen. » HPAC, F 135/67, Krankengeschichte, Angaben der Pat., Zur jetzigen Erkrankung.

⁸⁴⁹ « Sie empfindet sich selbst als einen Anachronismus, da der Schriftsteller von heute offenbar nicht mehr in der Lage ist, den modernen Bedürfnissen zu genügen » HPAC, F 135/67, lettre du Prof. Dr. M. (*Regierungs-Krankenhaus*) à Karl Leonhard, 7 mars 1967.

chose pour [la] pat[iente] sur le plan psychothérapeutique. »⁸⁵⁰ Vraisemblablement, c'est le caractère sensible des conflits au centre desquels elle se trouve qui motive la décision de les taire. En ce qui concerne cette « patiente-camarade », qui appartient aux plus hautes sphères du parti, la libération de la parole n'a donc été que de courte durée, ce qui empêche la mise en place d'une véritable psychothérapie. Durant la suite de son séjour, le traitement consiste à adopter un rythme de sommeil strictement réglé et à se consacrer à des activités physiques et intellectuelles, afin de se détourner de ses conflits, ce qui, d'après le rapport final, ne réussit qu'en partie⁸⁵¹. Elle quitte la clinique le 21 avril, soit environ 6 semaines après y être entrée, en se déclarant satisfaite de l'amélioration de son sommeil⁸⁵². Si cette femme fait finalement le choix de faire le silence sur les conflits qui la tourmentent, son dossier témoigne néanmoins des effets profondément déstabilisateurs que peuvent avoir les critiques qu'on lui adresse, en relation avec son engagement politique. Par ailleurs, ce cas montre également que la remise en cause du capital politique marque profondément les camarades, même quand elle est suivie d'une procédure de réhabilitation. Comme dans les cas mentionnés précédemment, le fait d'avoir été rejeté par le parti – sans en comprendre véritablement la cause – constitue une blessure durable, qui peut marquer le début d'une prise de distance avec l'organisation partisane.

À la lecture des dossiers de ces « patient(e)s-camarades », on peut ainsi saisir – à hauteur de l'acteur – certains des mécanismes qui font la « vie de parti » au sein du SED durant les deux premières décennies de l'après-guerre. Finalement, les effets profondément déstabilisateurs des sanctions disciplinaires ou des critiques prononcées par le parti témoignent bien de l'importance accordée par ces camarades à la reconnaissance que l'organisation partisane est la seule à pouvoir leur accorder. Le rôle-clé joué par le capital politique au sein de l'espace social de RDA, mais également dans la définition que ces acteurs ont d'eux-mêmes, se révèle au travers des tourments intérieurs dans lesquels se trouvent plongés ceux qui s'en voient brutalement privés. Ainsi, quand on se penche sur les traces de la discipline du parti dans les dossiers de patients, on ne peut comprendre la violence de ses effets qu'à la lumière de la valeur que les camarades accordent à un capital qui se fait nécessairement instable. Finalement, si ces individus sont si profondément touchés par les procédures disciplinaires ou par la remise en cause de leur loyauté politique, c'est bien parce que la reconnaissance que leur accorde le parti constitue un élément central de leur identité

⁸⁵⁰ « Über ihre Konflikte möchte Pat. nicht mit uns sprechen, sondern diese weiterhin mit Prof M. besprechen, so daß wir psychotherapeutisch nicht viel für Pat. tun können. » HPAC, F 135/67, Krankengeschichte, 7 avril 1967.

⁸⁵¹ HPAC, F 135/67, Abschlußbericht, 12 mai 1967.

⁸⁵² HPAC, F 135/67, Krankengeschichte, 21 avril 1967.

sociale. Ces conclusions rejoignent l'analyse de l'historien Jochen Hellbeck au sujet de la « subjectivité soviétique » : le cadre idéologique exerçant un fort pouvoir d'identification sur les individus – ou plus particulièrement sur le soi –, ces derniers se font particulièrement vulnérables quand ils se trouvent dans une situation de conflit vis-à-vis du système, confrontés à la menace d'une « dynamique d'auto-marginalisation » (de perte du soi en quelque sorte)⁸⁵³. Les conflits intérieurs dans lesquels sont plongés certains des « patients-camarades » corroborent cette analyse qui voit dans le camarade dissident un sujet en crise identitaire.

Par ailleurs, si la pression disciplinaire exercée par le parti évolue au fil des décennies, vers plus de mesure et de régularité, on perçoit également le développement chez les camarades de stratégies d'évitement des procédures disciplinaires voire de leur utilisation à des fins personnelles. Les dossiers qui en attestent datent plutôt de la deuxième moitié des années 1960, et témoignent non seulement d'une intériorisation, mais également d'une potentielle manipulation des règles du jeu disciplinaire par les camarades eux-mêmes. Au cours de son séjour en 1968, Christina T., étudiante d'une vingtaine d'années, explique ainsi que le comportement qui a conduit à son admission à la clinique – elle est prise de pleurs et de violents tremblements – était motivé par la volonté d'échapper à l'assemblée du parti devant statuer sur son sort (on lui reproche notamment son absentéisme à l'université)⁸⁵⁴. Suite à une violente crise de larmes, elle est conduite par son mari à la clinique et évite ainsi l'assemblée devant se tenir le lendemain. Selon le diagnostic établi par le médecin qui la prend en charge, il s'agirait d'une « réaction hystérique chez une personnalité démonstrative et paranoïde » (*Hysterische Reaktion bei demonstrativ-paranoider Persönlichkeit*). La patiente reste environ un mois dans le service 6 (psychiatrie). Quelques jours avant sa sortie, un entretien est mené avec le responsable de son séminaire. Une assemblée du parti a bien eu lieu en l'absence de la patiente, qui a décidé de l'autoriser à poursuivre ses études (elle doit cependant redoubler la deuxième année et changer de séminaire). Par ailleurs, à cette date, il n'a pas encore été décidé si la patiente devra finalement se soumettre au rituel de l'autocritique dans le cadre d'une assemblée ultérieure. Dans tous les cas, Christina T. semble bien avoir gagné du temps face à une procédure disciplinaire qu'elle redoutait manifestement. Selon la même logique, le patient Helmut R. aurait utilisé son « état de malade » pour se défendre face au parti. Voici ce qu'on peut lire dans son dossier :

« Les conflits professionnels entraînent des démêlés vis-à-vis du parti, lors desquels il se

⁸⁵³ Jochen Hellbeck, « Speaking out: Languages of Affirmation and Dissent in Stalinist Russia », *Kritika: Explorations in Russian and Eurasian History*, Vol.1(1), hiver 2000, p. 71-96, ici p. 72 et p. 94.

⁸⁵⁴ HPAC, F 341/68, Krankengeschichte, 3 juillet 1968.

défendit avec son état de malade. Il dit qu'il souffrait d'insomnie et qu'il avait la diarrhée (l'idée de la diarrhée a été trouvée par pat. juste au moment des démêlés) ; (un autre jour pat. déclare avoir véritablement eu la diarrhée). »⁸⁵⁵

La maladie, qu'elle soit inventée ou non, apparaît bien à Helmut R. comme une ressource dans la relation – ici conflictuelle – qu'il entretient avec le parti. C'est lors de son séjour en psychothérapie en 1967 que cet homme âgé d'une cinquantaine d'années évoque cet épisode qui a eu lieu trois ans auparavant. D'après ses dires, il dispose bien d'une certaine marge de manœuvre face à l'organisation partisane et à la pression disciplinaire qu'elle peut exercer sur lui. La stratégie employée ici se rapproche de celle utilisée par Christina T. et consiste finalement à jouer de son état de santé. Si elle témoigne également d'une familiarisation avec les règles du jeu disciplinaire, la stratégie utilisée par le patient Manfred N. relève d'une logique tout à fait différente⁸⁵⁶. Dans son cas, la procédure disciplinaire n'est pas évitée mais provoquée par le camarade afin de se défaire à la fois de sa femme et d'une situation professionnelle qui ne lui convient pas. Cet interprète de 32 ans est admis en psychothérapie en mai 1964. Entré au SED à l'âge de 19 ans, il s'engage activement au sein du parti durant ses études. Quand il revient sur son parcours professionnel, il fait mention d'une procédure disciplinaire dont il a été l'objet plusieurs années auparavant, alors qu'il travaillait comme conseiller (*Referent*) au ministère des Affaires étrangères. Comme on peut le lire dans le dossier, cette situation ne correspondait manifestement pas à ses aspirations personnelles :

« Conseiller au ministère des Affaires étrangères, département Chine. Il n'y trouvait toujours pas son compte, lui [avait] plus [d'intérêt] pour le côté commercial du ministère des Affaires étrangères, mais pour ça il aurait fallu qu'il aille dans un autre ministère, et ça n'était pas possible, parce qu'il avait reçu une autre mission. Fin 1963 démis de ses fonctions au ministère des Affaires étrangères, à cause de "fautes morales". Pour divorcer de sa femme, puisqu'il ramenait ses maux aux éternelles disputes, il avait avoué au parti, qu'en février 1963, lors de sa cure, il s'était acoquiné avec une infirmière. Cela entraîna une procédure disciplinaire et son exclusion du ministère. »⁸⁵⁷

⁸⁵⁵ « Die beruflichen Konflikte führten zu einer Auseinandersetzung vor der Partei bei der er sich mit seinem Kranksein verteidigte. Er sagte, daß er an Schlaflosigkeit leide und Durchfall hätte (den Durchfall habe Pat. erst im Augenblick der Auseinandersetzung erfunden) ; (am anderen Tag gibt der Pat. an tatsächlich Durchfall gehabt zu haben). » HPAC, M 92/67, Krankengeschichte, Zur Entwicklung der Beschwerden.

⁸⁵⁶ HPAC, M 324/64.

⁸⁵⁷ « Im Außenministerium Referent Sektion China. Lag wieder nicht in seinem Interesse, er mehr für kaufmännische Seite des Außenministeriums, aber da hätte er in ein anderes Ministerium gemußt, das ging nicht, weil er einen anderen Auftrag hatte. Ende 1963 aus dem Außenministerium ausgeschieden, wegen "moralischer Verfehlungen". Um von seiner Frau geschieden zu werden, denn er führte seine Beschwerden auf die ewigen Streitigkeiten zurück, hatte er der Partei zugegeben, daß er sich im Februar 1963 während seiner Heilkur mit einer Krankenschwester eingelassen hätte. Das führte zu einem Parteiverfahren und zu seinem Ausschluß aus dem Ministerium. » HPAC, M 324/64, Krankengeschichte, Anamnese (nach Angaben

D'après ce passage, Manfred N. semble bien avoir fait part au parti de son aventure extra-conjugale afin de susciter une procédure disciplinaire, pour accélérer la séparation d'avec sa femme. L'étalement au grand jour des frasques de son mari a en effet pu pousser cette dernière à accepter le divorce. Par ailleurs, la sanction qui frappe ce camarade met également fin à son activité professionnelle au sein du ministère, une activité qui ne convenait pas à ses attentes mais dont il ne pouvait que difficilement se défaire. Par la suite, Manfred N. trouve un poste dans le commerce d'exportation, conformément à ses souhaits. Finalement, la procédure disciplinaire – qui a été provoquée par le camarade lui-même – semble bien avoir permis à cet individu de s'extraire d'une situation dont il ne se satisfaisait pas, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel. La procédure disciplinaire n'apparaît pas ici comme une sanction qui s'abat sur le camarade, mais bien plus comme un moyen dont il peut user, ce qui témoigne bien d'un degré avancé dans le processus d'appropriation des règles du jeu disciplinaire.

De manière plus classique, une utilisation de l'organisation partisane par ses membres peut également se faire jour quand il est question des motivations personnelles ayant entraîné l'adhésion au parti. Ainsi, la patiente Erika R. explique lors de l'anamnèse, que, si elle est entrée au parti après la guerre, c'est uniquement pour obtenir un poste dans l'administration⁸⁵⁸. Interrogée en 1963 sur d'éventuelles situations conflictuelles, une autre patiente indique avoir adhéré au parti par amour pour son mari, dix ans auparavant⁸⁵⁹. Selon le dossier, « elle ne s'était jamais intéressée à la politique »⁸⁶⁰. Dans ces cas précis, les raisons avancées par ces camarades pour expliquer leur entrée au SED relèvent donc bien plus de stratégies personnelles – qu'elles soient professionnelles ou amoureuses – que d'un véritable engagement politique. Ces camarades font bien état de l'utilisation qu'elles ont fait du parti, afin de parvenir à leurs fins, ce qui est bien loin de correspondre aux normes partisans telles qu'elles sont promulguées par le SED. Qu'elle ait trait aux procédures disciplinaires ou aux circonstances d'entrée au parti, l'échange avec le thérapeute peut ainsi permettre une prise de parole « non politiquement correcte » chez certains camarades.

1.2 Le camarade, un modèle ? Conflits intérieurs et processus d'intériorisation des normes partisans

Si les dossiers de patients permettent de saisir la manière dont la discipline partisane

des Pat.), Berufliche und soziale Entwicklung.

⁸⁵⁸ HPAC F 627/63, Krankengeschichte, E[igene] A[namnese], 2 septembre 1963.

⁸⁵⁹ HPAC F 744/64, Krankengeschichte, J[etzige] A[namnese].

⁸⁶⁰ « Sie hätte sich nie für Politik interessiert. » HPAC, F 744/64, Krankengeschichte, J[etzige] A[namnese].

peut être vécue par les camarades, d'autres éléments inhérents à la vie de parti s'y font jour, notamment en ce qui concerne l'intériorisation des devoirs des camarades. Comme c'est le cas pour toute organisation partisane, devenir membre du SED entraîne un certain nombre d'obligations⁸⁶¹. Ainsi, d'après les statuts du parti, chaque membre se doit « d'avoir un comportement modèle, dans son activité professionnelle et politique et dans sa vie privée »⁸⁶². Par son attitude, à l'intérieur comme à l'extérieur du parti, le camarade doit se faire irréprochable, sous peine de nuire à l'ensemble de l'organisation partisane. Au-delà de sa propre personne, son comportement engage donc le SED et les valeurs qu'il défend. On retrouve cette caractéristique dans l'ensemble des organisations partisans, qui détiennent toutes un certain droit de regard sur la vie de leurs membres en dehors du parti. Cependant, en ce qui concerne les partis communistes, la radicalité du projet politique de création d'une nouvelle société explique que cette exigence se fasse particulièrement forte, et ce d'autant plus quand ces partis se trouvent au pouvoir, comme c'est le cas pour le SED⁸⁶³.

Par leur propos, plusieurs patients témoignent de l'intériorisation de cette exigence, qui peut être particulièrement difficile à concilier avec leur état de patient. En effet, l'admission au sein de la clinique relève plutôt d'un décrochage avec la société environnante, d'une perturbation des interactions sociales, et entre donc en contradiction avec le modèle de l'« homme nouveau » que le camarade est censé incarner. Lors de l'anamnèse qui suit son admission à la clinique en 1967, un patient atteint de dépression, indique ainsi qu'il est membre du SED « mais [qu'] il a déjà retiré l'insigne du parti parce qu'il a honte de le porter dans cet état »⁸⁶⁴. Le statut de camarade ne lui semble pas conciliable avec l'état de santé dans lequel il se trouve, ce qui le pousse à se défaire de tout signe extérieur d'appartenance au parti. On retrouve une logique comparable dans le dossier de la patiente Ursula G., qui effectue un séjour de deux mois en psychothérapie au cours de l'année 1962⁸⁶⁵. Durant l'anamnèse, cette femme explique souffrir d'états dépressifs, durant lesquels elle se trouve sans énergie, a des difficultés pour se lever et arrive ainsi trop tard à son travail. Selon le dossier, « ces histoires se font d'autant plus pesantes que la pat. était toujours très active au sein du parti et qu'en tant que camarade, il fallait qu'elle soit un modèle également sur ce point »⁸⁶⁶. L'écart entre l'idéal

⁸⁶¹ À ce sujet, voir Michel Christian, « Parti et société.. », *op. cit.*, p. 304-314.

⁸⁶² « Das Parteimitglied ist verpflichtet, [...] in seiner politischen und beruflichen Tätigkeit und im persönlichen Leben Vorbild zu sein, [...] » Statuts du SED, 1950.

⁸⁶³ Voir à ce sujet, Michel Christian, « Le parti et la vie privée de ses membres en RDA », *op. cit.*.

⁸⁶⁴ « Ist Parteimitglied (SED), hat aber bereits Parteiabzeichen abgenommen, weil er sich schämt, in diesem Zustand ein Parteiabzeichen zu tragen. » HPAC, M 633/67, Krankengeschichte, J.[etzig]e] A[namnese].

⁸⁶⁵ HPAC F 224/62.

⁸⁶⁶ « Besonders schwerwiegend werden diese Dinge noch dadurch, dass die Pat. immer sehr tätig in der Partei war und als gute Genossin ein Vorbild auch in dieser Hinsicht sein müsste ». HPAC, F 224/62, Krankengeschichte, Anamnese, Eigene Angaben der Pat., Jetzige Beschwerden und ihre Entwicklung.

militant – l' « homme nouveau » de la société socialiste – et l'être militant – sujet soumis à des tourments intérieurs – fait ainsi naître un sentiment de culpabilité chez Ursula G.. Ce tiraillement la pousse à déposer une demande de sortie volontaire du SED, « parce qu'elle jette une mauvaise lumière sur le parti »⁸⁶⁷. Si elle ne donne lieu à aucune suite, cette demande est loin de constituer un acte anodin pour cette femme, l'engagement communiste ayant joué un rôle important dans son parcours personnel. Née en 1921 et d'origine juive, Ursula G. quitte l'Allemagne nazie pour le Royaume-Uni en 1939, pour fuir les persécutions antisémites. Si ses parents ont un positionnement politique proche de la social-démocratie, Ursula G. se rapproche assez rapidement des organisations communistes, notamment londoniennes (FDJ), au sein desquelles elle s'engage activement. Après la guerre, quand elle fait de choix de revenir à Berlin, elle peut compter sur l'aide de camarades. Son engagement politique se poursuit donc au sein de la jeune RDA. Si elle explique ne plus pouvoir effectuer de « travail politique » (cela lui a été déconseillé pour des raisons médicales), elle se dit « très affligée » par le fait de ne plus pouvoir collaborer activement au sein du parti⁸⁶⁸. Elle souligne cependant qu'elle se rend à toutes les réunions. Ursula G. ne se décrit pas comme quelqu'un de susceptible ou de rancunier, mais se dit intransigeante sur le plan politique (*politisch kompromisslos*), et explique également « être toujours passée pour une "rouge" »⁸⁶⁹. La patiente s'appuie donc à plusieurs reprises sur son engagement politique pour se définir face au médecin. Quand elle décide de quitter le parti, afin de ne pas lui nuire du fait de ses écarts de conduite, cela remet non seulement en question tout un pan de son parcours personnel, mais également une manière de se présenter et de se définir face à Autrui. Cette décision témoigne bien d'une intériorisation de l'idée selon laquelle le camarade doit se faire irréprochable et constituer un modèle pour les autres. Ne pouvant supporter l'écart qui existe entre les devoirs du camarade et son propre comportement, Ursula G. ne voit pas d'autre solution que de renoncer à son statut de camarade, bien qu'il semble jouer un rôle central dans sa vie. Dans ce cas précis, la volonté de quitter le parti semble être motivée par l'appropriation de règles de comportement inhérentes à l'appartenance partisane. Le parti lui-même, qui ne donne pas suite à la demande faite par Ursula G., se fait moins sévère que cette camarade puisqu'il refuse de l'exclure.

⁸⁶⁷ « Sie habe vor kurzem der Partei austreten wollen, weil sie ein schlechtes Licht auf die Partei werfe. Dem Antrag wurde jedoch nicht stattgegeben. » HPAC, F 224/62, Krankengeschichte, Anamnese, Eigene Angaben der Pat., Jetzige Beschwerden und ihre Entwicklung.

⁸⁶⁸ HPAC, F 224/62, Krankengeschichte, Anamnese, Eigene Angaben der Pat., Jetzige Beschwerden und ihre Entwicklung.

⁸⁶⁹ « Sie habe viel gelesen, auch verbotene Bücher, habe schon immer als "rot" gegolten, [...] Sie sei nicht übelnehmend und nachtragend, politisch kompromisslos, persönlich aber gar nicht. » HPAC, F 224/62, Krankengeschichte, Zur Persönlichkeit.

Dans le cas de la patiente Margarete E., qui fait un séjour en psychiatrie à l'été 1960, l'intériorisation des obligations associées au statut de camarade semble telle qu'elle participe au basculement de cette femme dans la sphère du pathologique⁸⁷⁰. Selon le dossier, cette femme de 51 ans, qui est employée à la police populaire, souffrirait de « dépression réactionnelle chez une personnalité paranoïaque » (*reaktive Depression bei paranoischer Persönlichkeit*). Elle est admise à la clinique le 30 juin 1960, adressée par un médecin de l'hôpital de la police populaire et accompagnée par une amie. C'est le départ illégal d'une de ses voisines vers l'Ouest qui semble avoir suscité chez cette femme un comportement qui attire l'attention de son entourage. Le 28 juin, soit deux jours avant son admission, elle ne peut empêcher la « fuite » de sa voisine d'en bas, et ce bien qu'elle l'ait à l'œil depuis plusieurs semaines. Selon son dossier, Margarete E. pratique l'espionnage de ses voisins depuis longtemps, n'hésitant pas à plaquer son oreille sur le sol pour écouter ce qui se dit en dessous de chez elle (« Pat. observait déjà depuis longtemps les locataires de l'immeuble, un téléphone intérieur avait été installé par exemple. Elle avait peur qu'on écoute son téléphone. Pour cette raison, elle collait son oreille aux murs et s'allongeait sur le sol pour écouter ce qui se disait en dessous de chez elle »⁸⁷¹). Ainsi, comme on peut le lire dans le dossier :

« En tant que camarade, elle se sent responsable de ses colocataires. Comme elle commençait à soupçonner que cette locataire prenne la fuite pour l'Ouest et qu'elle fasse récupérer en secret des affaires de l'appartement, elle prévint la voiture de la police. »⁸⁷²

Comme elle l'exprime au médecin, « Je ne veux pas qu'elle aille de l'autre côté et qu'en plus elle nuise encore à notre État. En tant que camarade je dois faire attention ! »⁸⁷³. Margarete E. prend ainsi très à cœur son statut de camarade, auquel elle associe naturellement l'obligation de prévenir tout départ illégal de la RDA. Cependant, sa dénonciation arrive trop tard, sa voisine est déjà partie et l'appartement est mis sous scellés. L'après-midi du même jour, Margarete E. pense reconnaître dans la rue les complices de sa voisine⁸⁷⁴; elle croit également être photographiée par des membres du parti social-démocrate (c'est-à-dire des

⁸⁷⁰ HPAC, F 515/60.

⁸⁷¹ « Pat. beobachtete schon seit längerer Zeit die Mieter des Hauses z. B. wurde ein Hausteleson gelegt. Sie hatte Angst, dass man ihr Telefon anzapfen könnte. Aus diesem Grunde horchte sie an der Wand und legte sie auf den Fußboden, um zu horchen, was unter ihr gesprochen wurde. » HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Anamnese, Zur jetzigen Erkrankung.

⁸⁷² « Als Genossin fühlt sie sich für ihre Mitbewohner mit verantwortlich. Da sie den Verdacht schöpfte, dass sich diese Mieterin nach dem Westen absetzt und heimlich ihre Sachen aus der Wohnung holen ließ, verständigte sie den Funkwagen ». HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Anamnese, Zur jetzigen Erkrankung.

⁸⁷³ « Ich will nicht, dass sie drüben geht und unseren Staat obendrein noch schädigt. Als Genossin habe ich aufzupassen! ». HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Verlauf, Exploration (durch O.A. F.).

⁸⁷⁴ HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung.

ennemis de l'État socialiste)⁸⁷⁵. Elle ne peut dormir de la nuit, sursautant à chaque bruit qu'elle entend⁸⁷⁶. Elle dit également se sentir « persécutée »⁸⁷⁷. Le basculement de son état psychologique semble ainsi pouvoir être directement relié à l'incident de la matinée, c'est d'ailleurs l'avis du médecin qui pose le diagnostic de « *dépression réactionnelle* » (*reaktive Depression*). D'après ses propres termes, si Margarete E. doit faire particulièrement attention aux faits et gestes de ses voisins, c'est bien parce qu'elle est camarade. L'importance qu'elle attache à cette mission, dans laquelle elle s'est fortement investie sur le plan émotionnel, explique certainement la réaction qui est la sienne, suite au départ illégal de sa voisine. Cette femme, dont le positionnement communiste remonte à la période national-socialiste, qui est décrite par son chef de service comme « très active sur le plan politique »⁸⁷⁸ et dont l'engagement pour l'État est soulignée à plusieurs reprises, semble bien avoir fait siennes les obligations qui sont inhérentes au statut de camarade, ce qui l'engage au plus haut point sur le plan psychologique et émotionnel.

En tant que modèle à suivre, le camarade doit ainsi s'engager corps et âme dans le projet communiste. Cet investissement – qui est pensé comme exclusif – peut constituer une source de conflits intérieurs chez certains membres du parti, notamment pour ceux qui présentent un certain attachement à la religion. L'idéologie communiste se faisant extrêmement critique vis-à-vis de la religion, l'appartenance au parti se fait difficilement conciliable avec une croyance religieuse, et ce malgré l'absence de toute interdiction formelle à ce sujet. Lors de son séjour à la clinique, la patiente Waltraut R. évoque ainsi le processus l'ayant amenée de la religion au matérialisme, sans en omettre les difficultés, comme on le constate à la lecture de son dossier (le rédacteur reprend ici les propos de la patiente) :

« Quand elle était jeune fille, elle s'est confrontée très sérieusement aux problèmes idéologiques, et s'est libérée, dans le cadre de rudes combats, de son attachement religieux en lien avec le foyer parental et s'est appropriée l'idéologie matérialiste avec conviction et enthousiasme. »⁸⁷⁹

La manière dont le dépassement de la foi religieuse est ici mis en récit rappelle les autobiographies de militants communistes, réalisées dans le cadre du parti, et au sein

⁸⁷⁵ HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Verlauf, Exploration (durch O.A. F.).

⁸⁷⁶ HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Anamnese, Angaben der Freundin, Frau T..

⁸⁷⁷ HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung.

⁸⁷⁸ HPAC, F 515/60, Krankengeschichte, 4 juillet 1960, Rücksprache mit dem Dienstleiter, Herrn O.Ltn. N..

⁸⁷⁹ « Als junge Mädchen habe sie sich sehr ernsthaft mit weltanschaulichen Problemen auseinandergesetzt und sich unter schweren Kämpfen aus ihrer religiösen Gebundenheit vom Elternhaus her frei gemacht und sich die materialistische Weltanschauung mit Überzeugung und Begeisterung zu eigen gemacht. » HPAC, F 309/64, Krankengeschichte, Praemorbide Persönlichkeit.

desquelles cet épisode constitue un élément récurrent⁸⁸⁰. Waltraut R., qui occupe depuis deux ans la fonction de secrétaire du parti, a déjà pu faire le récit de sa conversion au communisme, un récit qu'elle semble reprendre face au médecin. Si elle présente cette évolution comme un processus linéaire, dont l'appropriation de l'idéologie matérialiste constitue l'aboutissement, la patiente évoque aussi les difficultés qu'elle a dû dépasser pour y parvenir. C'est bien « avec violence » qu'elle s'est libérée des influences religieuses en quittant la maison familiale⁸⁸¹. Rompre avec la religion pour embrasser la cause communiste, revient ainsi à remettre en question tout un pan d'une éducation reçue dans le cadre familial, ce qui ne se fait pas sans tourments. Selon la même logique, quand le mari de la patiente Inge R. évoque l'entrée de sa femme au parti, il mentionne les problèmes de conscience que cela avait posé à cette dernière, comparant cette étape à la conversion religieuse qu'elle avait effectuée plusieurs années auparavant⁸⁸². Tout comme le passage du catholicisme au protestantisme, l'adhésion au SED aurait « troublé sa conscience ». Selon le mari, sa femme s'était également posée des questions concernant l'orientation à donner à l'éducation de leurs enfants, « elle leur aurait bien volontiers épargné les conflits de conscience »⁸⁸³. Ces conflits intérieurs sont vraisemblablement liés à l'attachement religieux de cette camarade, qu'elle a hérité de sa famille catholique et qui doit théoriquement y renoncer, quand elle franchit le seuil du SED. Ces tourments sont également évoqués par la patiente, qui, d'après un entretien mené avec la psychologue, « s'est [aussi] débattue toute sa vie durant avec des questions de foi et des remords au sujet de l'éducation de ses enfants »⁸⁸⁴. L'attachement à la religion, hérité d'une éducation reçue dans le cadre familial, constitue ainsi une source potentielle de conflits chez les camarades, qu'il n'est pas toujours aisé d'éradiquer.

La complexité que peut prendre, chez un membre du parti, le rapport avec la foi religieuse s'illustre dans le cas du patient Gerhard E.⁸⁸⁵. Admis en janvier 1961 en psychothérapie, cet homme d'une cinquantaine d'années souffre d'états d'angoisse, particulièrement quand il est confronté à des situations où il doit écrire en public. Deux semaines avant son admission à la clinique, il doit, en tant que membre du SED, signer sa

⁸⁸⁰ Mauro Boarelli, « Autobiographies de militants communistes italiens 1945-1956. Oralité/écriture, tradition/modernité », in Claude Penner, Bernard Pudal (dir.), *Autobiographies, autocritiques, aveux dans le monde communiste*, Paris, Belin, Collection Socio-Histoires, 2002, p. 203-213.

⁸⁸¹ HPAC, F 309/64, Krankengeschichte, Jetzige Beschwerden und deren Entwicklung.

⁸⁸² « Als sie später heiratete, geschah das wiederum gegen den Willen der Familie, die katholisch war, während der Ehemann evangelisch ist. Zunächst habe dieser Glaubenswechsel in ihr das Gewissen aufgerührt, später sei dasselbe geschehen, als sie in die Partei eintrat. Sie wußte auch nicht, in welchem Sinne sie ihre Kinder erziehen sollte. Sie hätte ihnen nur zu gerne die Gewissenskonflikte gespart. » HPAC, F 467/66, Krankengeschichte, 5 mars 1965, Rücksprache mit dem Ehemann.

⁸⁸³ *Ibid.*

⁸⁸⁴ « Pat. schlug sich auch zeitlebens mit Glaubensfragen und Gewissensbissen über ihre Kindererziehung herum » HPAC, F 467/66, Krankengeschichte, Ergänzungen zur Persönlichkeit.

⁸⁸⁵ HPAC, M 67/61.

carte du parti dans le cadre d'une réunion publique. Ne pouvant surmonter son angoisse, Gerhard E. reste chez lui ce jour-là. À son retour au travail, il ne peut faire face aux questions de ses collègues, ce qui provoque chez lui une crise d'angoisse. Après un arrêt de travail d'une semaine, il se présente à la clinique de la Charité, où il a été adressé par un médecin. Lors d'un entretien mené avec une psychologue du service, le patient évoque son rapport à la religion ; voici ce qu'on peut lire dans le dossier :

« Le père et ses 7 frères sont tous très religieux. [...] Le pat. non plus n'est pas complètement libéré des idées religieuses. Ainsi, après un traitement psychanalytique raté auprès du prof. M. dans les années 1930 (ne pouvait pas poursuivre le traitement pour des raisons financières), il a cherché et trouvé refuge dans la foi. Il s'est soudainement à nouveau senti fort et tous ses maux ont disparu durant cette période. Aussi, lors de la dernière crise, il avait à nouveau essayé de procéder de cette manière. Avant une signature, qu'il devait faire au ministère des Finances, il avait donc prié, et ça lui avait redonné de la force. Cependant, il ne peut pas concilier cette méthode avec sa conscience, puisque sa position prof.[essionnelle] exige qu'il s'appuie fermement sur le socle du marxisme-léninisme. Quand il dut signer sa carte du parti, il ne put dépasser cette énorme contradiction et se procurer la capacité de signer. Comme il l'indique aujourd'hui, il a réfléchi hier, si ce n'était pas mieux d'avouer maintenant publiquement devant tout le monde, comme cela se fait autour de lui. »⁸⁸⁶

Comme le montre ce passage, il n'est pas aisé pour Gerhard E. de faire cohabiter les traces de sa foi religieuse – qu'il a héritée de son père – avec ce qui est attendu de lui en tant que membre du parti, occupant qui plus est une fonction dans l'administration d'État (il travaille au sein du ministère public [*Oberste Staatsanwaltschaft*]). D'après les informations recueillies lors de l'anamnèse, il est chargé de traiter des dossiers budgétaires à l'échelle de la RDA et occupe cette fonction à haute responsabilité depuis le début des années 1950. Si on ne connaît pas la date exacte de son entrée au parti, il en est déjà membre en 1953. Quand il recourt à la prière afin de surmonter son angoisse et de signer un document au ministère des Finances, il appartient très vraisemblablement au SED et occupe le même poste qu'en 1962, un poste « qui exige qu'il s'appuie fermement sur le socle du marxisme-léninisme ». À cette

⁸⁸⁶ « Auch der Pat. ist von religiösen Ideen nicht ganz frei. So habe er nach der misslungenen psychoanalytischen Behandlung bei Prof. M. in den 30er Jahren (konnte Behandlung aus finanziellen Gründen nicht weiterführen), Zuflucht im Glauben gesucht und gefunden. Er habe sich auf einmal wieder stark gefühlt und eine Zeitlang sämtliche Beschwerden vermisst. Auch in der letzten Krise hatte er es versucht wieder so einzurichten. So hat er vor einer Unterschrift, die im Finanzministerium zu leisten war, gebetet, und das habe ihn wieder Kraft verliehen. Er kann aber diese Methode nicht mit seinem Gewissen vereinbaren, da seine berufl. Stellung verlangt, dass er fest auf den Boden des Marxismus-Leninismus steht. Als er jetzt sein Parteidokument unterschreiben sollte, konnte er diesen riesigen Widerspruch nicht überwinden und sich damit die Fähigkeit zur Unterschrift verschaffen. Wie er heute angibt, habe er sich gestern noch Gedanken darüber gemacht, ob es nicht besser sei, jetzt vor aller Welt öffentlich zu bekennen, wie es um ihn bestellt sei. » HPAC, M 67/61, Krankengeschichte, 26 janvier 1961.

époque, il est en mesure de s'accommoder de la contradiction qui existe entre sa fonction et le moyen qui lui donne la force de l'accomplir. En 1962, la situation est manifestement différente. Ce n'est pas n'importe quel document qu'il doit signer en public mais sa carte du parti (*Parteidokument*), dont l'importance au sein des partis communistes dépasse la simple fonction administrative. En relation avec le passé clandestin de ces partis, ce document joue en effet un rôle fondamental dans leur fonctionnement, car il permet d'identifier les membres et de lutter contre les tentatives d'infiltration. Cette fonction perdue après l'accession de ces partis au pouvoir⁸⁸⁷. Apposer publiquement sa signature sur ce document consiste ainsi à manifester activement son identité de membre du parti, et donc son engagement au service de l'idéologie marxiste-léniniste. Face à cet acte hautement symbolique, Gerhard E. ne peut plus faire appel à la prière afin de « se procurer la capacité de signer », la contradiction se faisant alors trop manifeste. La crise de conscience dans laquelle il tombe témoigne d'une avancée dans l'intériorisation des normes en relation avec son statut de camarade. S'il ne peut plus faire appel à la prière pour se donner du courage, c'est bien parce qu'il a fait sien le principe d'exclusivité qui caractérise l'idéologie marxiste-léniniste. Ce qui ne lui posait pas de problème jusqu'à présent relève désormais de l'ordre de la transgression. Ce cas de conscience le fait même envisager des aveux publics, conformément au devoir autocritique qui incombe à tout membre du parti. Finalement, la réaction de ce patient semble bien témoigner d'un processus d'intériorisation des devoirs inhérents à l'appartenance partisane, qui rend manifeste et insurmontable la contradiction qui existe entre les ressources dont il dispose pour faire face à ses angoisses et qui relèvent de la sphère du religieux, et l'exigence de transparence (et d'exclusivité) idéologique qui pèse sur les épaules de chaque camarade. La naissance de ce conflit intérieur témoigne en quelque sorte du succès du processus d'intériorisation des normes, puisque l'impossibilité de concilier appartenance au parti et pratique religieuse n'est pas exprimée par une instance de contrôle extérieure mais par le sujet lui-même.

Comme en témoignent ces dossiers, les expériences des patients permettent de saisir la manière dont les devoirs des camarades peuvent être intériorisés par les individus. Être un modèle n'est pas chose aisée, tout comme le fait de devoir renoncer à des croyances religieuses, fruits d'une transmission familiale, et incompatibles avec l'idéologie marxiste-léniniste. Les conflits intérieurs qui en découlent peuvent s'expliquer par la transformation de la contrainte – exercée par le parti – en des mécanismes d'auto-contrôle – qui laissent le camarade face à ses défaillances. Ainsi, si les maux de certains « patients-camarades » peuvent être mis en relation avec les effets de la discipline partisane et l'instabilité du capital

⁸⁸⁷ Voir à ce sujet Michel Christian, « Parti et société... », *op. cit.*, p. 226-229.

politique, ils peuvent également apparaître comme le résultat d'un processus d'intériorisation des normes de comportement associées au statut de camarade. L'impossibilité de se conformer au modèle prescrit peut susciter nombre de conflits intérieurs chez les camarades, l'être militant peinant à rejoindre l'idéal militant. Dans les dossiers, et comme le montre cette première partie, l'appartenance des patients au SED apparaît donc comme une source potentielle de tensions intérieures. Par ailleurs, en ce qui concerne les « patients-camarades », le parti peut également se manifester de manière beaucoup plus concrète durant leur séjour à la clinique. Il constitue en effet une instance supplémentaire avec laquelle la clinique peut échanger des informations, voire entamer des procédures de négociations.

2. Le parti comme source d'informations et instance de négociation

2.1 Circulation d'informations

En effet, quand un patient est identifié comme camarade, et si cela semble nécessaire, la clinique entre bien souvent en contact avec le responsable de l'organisation de base dont il fait partie (le secrétaire du parti / *Parteisekretär*). On voit alors apparaître, dans le dossier médical, et suite aux déclarations du patient, de ses proches, voire de ses collègues, la retranscription d'entretiens menés entre le médecin et le représentant du parti. Les membres du SED étant organisés sur leur lieu de travail, le *Parteisekretär* est généralement un collègue du patient. Le contenu de ces échanges a donc souvent pour objet les relations au travail de ce dernier ou ses perspectives professionnelles. Par ailleurs, comme toutes les personnes qui sont entendues par le médecin ou le psychologue, le *Parteisekretär* est invité à donner son avis sur le comportement comme sur la personnalité du patient. Ce recueil d'informations est mené par l'équipe médicale, avec pour visée l'établissement du diagnostic, et fait de la *Krankengeschichte* un document polyphonique, où l'on retrouve la trace des jugements de différents acteurs – y compris du principal concerné – sur une seule et même personne : le patient.

Par ce biais, des renseignements concernant le patient circulent entre les services de la clinique et le parti communiste, qui constitue ainsi une source potentielle d'informations pour l'équipe médicale. Dans les dossiers, on trouve ainsi la trace de contacts établis entre les professionnels de la clinique (médecins, psychologues ou assistantes sociale) et les secrétaires du parti, qu'ils prennent la forme d'entretiens, d'échanges téléphoniques ou de courriers. Parmi les trois numéros de téléphone notés sur la couverture du dossier du patient Hermann S.,

admis en 1960 en psychiatrie, on retrouve bien celui de son *Parteisekretär*⁸⁸⁸. Ce dernier est d'ailleurs entendu par l'équipe médicale, au même titre que l'épouse du patient. D'après le dossier, il donne des informations qui concernent non seulement le comportement du patient sur son lieu de travail mais également sa vie conjugale (« Il est très irritable et colérique et s'est déjà fait remarquer depuis longtemps par son comportement anormal : il est excessivement jaloux vis-à-vis de sa femme. »⁸⁸⁹). Il donne également son avis en ce qui concerne la tentative de suicide perpétrée par le patient. En ce qui concerne le patient Erwin E., dont le diagnostic fait état d'une dépression réactionnelle et qui fait un séjour de deux mois et demi à la clinique en 1962, on trouve dans son dossier la trace d'un entretien mené entre le médecin-chef et deux camarades du parti (dont le secrétaire du parti) issus de l'entreprise où travaille le patient⁸⁹⁰. Cet entretien, qui a lieu en l'absence du principal concerné, a pour objet les conditions de retour au travail du patient, qui occupait jusqu'à présent la fonction de *Kaderleiter* (chef du service du personnel). Selon le dossier, les représentants du parti « sont d'avis, que le patient ne peut pas reprendre son ancienne activité », « mais ils veulent l'aider, à trouver un nouveau poste de travail agréable »⁸⁹¹. Le patient doit en être mis au courant par le médecin, qui fait alors le relais entre le parti et le camarade. Finalement, « l'intervention du médecin-chef, du groupe du parti du patient, de l'assistante sociale permet de trouver une place au patient à la BVG [*Berliner Verkehrsbetriebe*, société de transport de Berlin]. »⁸⁹². On voit bien ici dans quelle mesure la clinique peut agir sur les perspectives professionnelles du patient, dont l'hospitalisation marque une rupture avec son quotidien au travail, en collaboration directe avec le SED⁸⁹³. Dans le cas d'Erwin E., l'échange d'informations entre le médecin et le parti se fait en l'absence du patient, mais ce dernier peut également prendre part à ce type d'entretiens menés dans les murs de la clinique⁸⁹⁴.

⁸⁸⁸ HPAC, M 182/60, couverture intérieure du dossier.

⁸⁸⁹ « Er sei reizbar und jähzornig und sei schon seit geraumer Zeit durch eine abnorme Verhaltensweise aufgefallen : er sei uneinfühlbar eifersüchtig auf seine Frau » HPAC, M 182/60, Objektive Anamnese nach Angaben des Parteisekretärs der Dienststelle des Pat., Hauptmann W..

⁸⁹⁰ HPAC, M 340/62, Krankengeschichte, 1^{er} juillet 1962.

⁸⁹¹ « Inzwischen wurde ein Gespräch mit Herrn OA F. und 2 Parteigenossen (dabei der Parteisekretär des Betriebs des Pat) geführt, die meinen, dass der Pat nicht wieder in seine frühere Tätigkeit eingreift werden könne. Sie wollen ihm aber helfen, eine neue nette Arbeitsstelle zu finden. Der Pat soll erst später in einer Aussprache von Herrn OA F. über diese Regelung erfahren. » HPAC, M 340/62, Krankengeschichte, 1^{er} juillet 1962.

⁸⁹² « Durch Einschaltung des OA F., der Parteigruppe des Pat., der Fürsorgerin, ist es nun gelungen, den Pat. bei der BVG unterzubringen. » HPAC, M 340/62, Krankengeschichte, 10 août 1962.

⁸⁹³ Il est intéressant de noter que ce nouvel emploi ne semble cependant pas correspondre aux attentes du principal concerné, puisque ce n'est qu'après y avoir réfléchi pendant plusieurs jours et après avoir essayé – en vain – de trouver autre chose, qu'il se déclare finalement prêt à accepter ce nouveau poste. « Nach einer mehrtätigen Bedenkzeit war der Pat. jetzt endlich bereit, die Stellung bei der BVG anzunehmen und nach langen Besprechungen will er nun auch zu seiner Parteigruppe gehen. Zwischendurch hat er sich bemüht, irgendwo anders Arbeit zu finden, was jedoch nicht gelang. » HPAC, M 340/62, Krankengeschichte, 17 août 1962.

⁸⁹⁴ Voir par exemple : HPAC, M 87/64, Krankengeschichte, 5 février 1964.

Si la clinique prend généralement contact avec le parti afin d'influer sur les perspectives professionnelles du patient, elle peut également poursuivre des intérêts tout autres. Ainsi, selon son dossier, la patiente Renate F., souffrirait qu'aucun camarade du parti ne soit venu lui rendre visite à la clinique⁸⁹⁵. Suite à cette mention, le rédacteur du dossier écrit la chose suivante : « Parler avec le secrétaire du parti ! »⁸⁹⁶. Un entretien téléphonique a lieu une dizaine de jours plus tard avec le secrétaire adjoint du parti de l'entreprise où travaille la patiente. Si ce dernier ne connaît manifestement pas très bien la patiente, son impression est plutôt positive⁸⁹⁷. Une visite prochaine de collègues est alors prévue, dans le cadre d'une collaboration entre médecin et parti, qui vise à amoindrir l'isolement dont souffre la patiente.

La circulation d'informations entre la clinique et le parti prend également la forme d'échanges de documents, comme en témoigne le dossier du patient Ernst R., qui souffrirait d'alcoolisme chronique selon son dossier⁸⁹⁸. C'est sous la pression de son entreprise mais également du parti que ce dernier se décide à se rendre à la clinique en 1964 pour entamer une cure de désintoxication. L'équipe médicale prend contact avec le groupe du parti du patient, qui déclare qu'aucune procédure disciplinaire n'est engagée à son encontre⁸⁹⁹. Le parti transmet également à la clinique la copie d'un document écrit par Ernst R., dans lequel le camarade se livre à une auto-critique et se déclare prêt à commencer un traitement clinique afin de soigner son alcoolisme⁹⁰⁰. Un document interne au parti, au sein duquel Ernst R. s'engage officiellement en tant que camarade, se retrouve donc dans son dossier médical. Logiques médicales et logiques politiques s'enchevêtrent ainsi dans le dossier, le patient devenant donc camarade au détour d'une page.

2.2 Procédures de négociation

Ainsi, l'appartenance d'un patient au SED semble bien fournir à l'équipe médicale la possibilité de faire appel à un interlocuteur supplémentaire dans la récolte d'informations qui est la sienne. L'échange de renseignements au sujet du patient ne constitue cependant pas la seule modalité selon laquelle clinique et organisation partisane entrent en contact. Des négociations peuvent également être engagées entre le SED et la clinique, notamment au sujet

⁸⁹⁵ « Bemüht sich in der Parteigruppe, ist stellv. Organisator, leidet darunter, daß sie keiner besucht. Mit Parteisekretär sprechen! » HPAC, F 392/68, Krankengeschichte, 1^{er} août 1968, Konflikte.

⁸⁹⁶ *Ibid.*

⁸⁹⁷ HPAC, F 392/68, Krankengeschichte, 13 août 1968, Telef. Rücksprache mit stellvertr. Parteisekretär des Betriebes.

⁸⁹⁸ HPAC, M 860/63.

⁸⁹⁹ HPAC, M 860/63, Krankengeschichte, 25 février 1963.

⁹⁰⁰ HPAC, M 860/63, courrier du patient Ernst R. adressé à la direction du parti de son entreprise, 26 octobre 1963.

des procédures disciplinaires qui visent le patient : les médecins ont la possibilité de négocier avec le parti afin de repousser ou d'annuler leur mise en œuvre, en avançant des raisons médicales. Une négociation peut alors s'engager entre le parti en tant qu'instance disciplinaire et la clinique psychiatrique en tant qu'instance de soins.

L'exemple du patient Helmut E., admis en août 1963 à la clinique, est ici particulièrement parlant⁹⁰¹. Quelques jours après sa sortie, il revient à la clinique pour une visite de contrôle et est accompagné du secrétaire de son groupe. Celui-ci explique à l'équipe médicale qu'une procédure disciplinaire va être ouverte à l'encontre du patient, on lui reproche son comportement antérieur et notamment d'avoir voulu attenter à ses jours. Au sein du SED, les suicides sont en effet perçus comme autant de manquements à la morale du parti, le collectif étant censé permettre au camarade de surmonter ses problèmes individuels⁹⁰². De manière générale, d'après le discours idéologique, la société socialiste réunit toutes les conditions permettant d'éviter ces actes de désespoir, à la différence de la société capitaliste, où l'individualisme et la décadence règnent en maîtres⁹⁰³. Les suicides peuvent ainsi apparaître comme des actes soulignant les défaillances du système, et ce d'autant plus quand ils sont perpétrés par des membres du parti. Face aux reproches qui sont adressés à Helmut E., l'équipe médicale souligne avec insistance qu'à l'époque des faits qui lui sont reprochés, ce dernier était « psychiquement malade » et qu'il ne peut donc en être tenu pour responsable. Elle demande au secrétaire du parti de ne pas « humilier par une telle procédure le patient particulièrement sensible »⁹⁰⁴. Aux yeux des médecins, la procédure disciplinaire est bien perçue comme une menace pour l'état de santé du patient, dont un des buts affirmés est « l'humiliation » de l'individu mis en cause.

En ce qui concerne le patient Heinz R. qui fait plusieurs séjours à la clinique entre janvier et juillet 1963, les négociations semblent particulièrement difficiles à mener⁹⁰⁵. Heinz R. est enseignant et membre du parti, son dossier indique qu'il souffre d'une maladie psychosomatique. C'est lors de son deuxième séjour en psychothérapie qu'apparaît très clairement une divergence entre le SED et l'équipe médicale. Lors de sa ré-admission à la clinique, Heinz R. évoque la situation conflictuelle dont il souffre, comme en atteste ce passage du dossier :

⁹⁰¹ HPAC, M 622/63.

⁹⁰² Udo Grashoff, « In einem Anfall von Depression... ». *Selbsttötungen in der DDR*, Berlin, Links, 2006, p. 284-288.

⁹⁰³ Udo Grashoff, *op. cit.*, p. 271-283.

⁹⁰⁴ « Es wird dem Parteisekretär ausdrücklich erklärt, daß Pat.[ient] psychisch krank war und für sein Handeln in dieser Zeit nicht zur Verantwortung gezogen werden kann. Er wird von uns gebeten, den recht empfindlichen Pat.[ient] nicht durch so ein Verfahren zu beschämen [...]. » HPAC, M 622/63. Krankengeschichte, 25 octobre 1963.

⁹⁰⁵ HPAC, M 417/63.

« Le pat[ient] avait l'impression qu'après sa sortie on l'attendait au tournant, pour engager quelque chose contre lui du côté du parti. Des allusions du secrétaire du parti le lui firent déjà remarquer, et il fut convoqué à la mi-mars à l'assemblée générale, où on formula deux accusations contre lui, et où il dut faire une auto-critique. Premièrement, il fut mentionné, que l'an dernier, avant son hospitalisation, il avait déclaré devant des collègues que le nouveau directeur adjoint n'était pas très expérimenté sur le plan professionnel, mais était parvenu au poste, car il suivait la ligne du parti. Deuxièmement, des rumeurs couraient selon lesquelles il aurait raconté il y a trois ans une plaisanterie sur le président du conseil d'État. On reprocha au patient un manque de clarté idéologique, on lui enleva ses fonctions de membre de la direction du parti et on lui ordonna de prendre part à toutes les assemblées du parti, séances du conseil pédagogique ou du syndicat, etc. Le pat[ient] était agité et dormait mal déjà une semaine avant la convocation annoncée. Environ 3 jours après la discussion, il eut à nouveau des mucosités dans les selles et peu de temps après du sang. [...] En plus de son service à l'école il dut désormais, en raison de l'ordre émis par le parti, participer deux à trois fois par semaine à des réunions, bien qu'il eût été préconisé par la clinique de ne pas le surcharger en dehors de son activité d'enseignement. »⁹⁰⁶

Ici encore, c'est une certaine insécurité qui semble caractériser la relation entre ce camarade et le parti. Tout commence par une « impression », alimentée par des « allusions » du secrétaire du parti. Finalement, Heinz R. doit passer devant l'assemblée générale et se soumettre au rituel de l'auto-critique, qui prend souvent la forme d'une auto-accusation publique. Si sa personnalité est qualifiée dans le dossier de « paranoïaque », le camarade incriminé subit bien de plein fouet une procédure disciplinaire qui entraîne une dégradation de son état de santé. Les sanctions prononcées à l'encontre de cet individu sont en totale contradiction avec les préconisations de l'équipe médicale, ce qui entraîne une procédure de négociation entre la clinique et le parti. Plusieurs semaines après la ré-admission de ce patient à la clinique, une discussion est donc menée, à l'initiative de l'équipe médicale, avec le directeur de l'école et le secrétaire du parti. Un accord semble finalement être conclu : à

⁹⁰⁶ « Der Pat[ient] hatte den Eindruck, daß man nach der Entlassung schon auf ihn wartete, um gegen ihn von der Partei aus vorzugehen. Andeutungen des Parteisekretärs liessen ihn das schon merken, und Mitte März wurde er zur Parteiversammlung vorgeladen, wo man 2 Anschuldigungen gegen ihn vorbrachte, und er selbstkritisch Stellung nehmen mußte. Erstens kam zur Sprache, daß er voriges Jahr vor der stat[ionären] Behandlung zu Kollegen geäußert hat, daß der neue stellv[ertretende] Direktor wohl fachlich nicht so versiert sei, aber in die Stellung komme, da er parteilich ausgerichtet sei. Zweitens war ruchbar geworden, daß er vor 3 Jahren einen Witz über den Staatsratsvorsitzenden erzählt habe. Man warf Pat[ient] mangelnde ideologische Klarheit vor, löste ihn als Parteileitungsmitglied ab und befahl ihm, an allen Parteiversammlungen, Sitzungen des Päd[agogischen] Rats oder der Gewerkschaft etc. teilzunehmen. Der Pat[ient] war schon eine Woche vor der angekündigten Vorladung aufgereggt und schlief unruhig. Etwa 3 Tage nach der Aussprache hatte er wieder Schleim im Stuhl und bald darauf Blut. [...] Außer seinem Schuldienst mußte er nun auf Grund des Parteibefehls 2-3 mal in der Woche an Sitzungen teilnehmen, obwohl von der Klinik aus befürwortet war, daß er außerhalb seiner Lehrtätigkeit nicht zu belasten war. » HPAC, M 417/63, Krankengeschichte, Wiederaufnahme, 2 mars 1963.

l'avenir, le patient devra certes prendre part aux réunions publiques du parti mais ne sera chargé d'aucune fonction ou d'un quelconque travail annexe⁹⁰⁷. Dans cet exemple, on voit bien que le patient est soumis à plusieurs sources d'autorité aux intérêts ici divergents. L'autorité du parti ne s'arrête pas aux frontières de la clinique et les médecins doivent être en mesure de négocier avec cette instance de disciplinarisation, qui poursuit une logique pouvant entrer en contradiction avec les perspectives médicales.

Comme en témoigne ce dossier, faire passer le statut de patient avant celui de camarade est une stratégie utilisée par la clinique dans les procédures de négociation qu'elle mène avec le parti. On la retrouve dans le dossier du patient Georg R., éducateur de 37 ans, admis en psychiatrie en 1962 et qui souffrirait, selon son dossier, d'alcoolisme chronique⁹⁰⁸. Environ trois semaines après son arrivée à la clinique, ce dernier reçoit une convocation à une assemblée du parti, lors de laquelle doit être décidé du maintien de son statut de membre. Georg R. indique avoir tenu des propos « hostiles à l'État » alors qu'il était en état d'ivresse⁹⁰⁹. La clinique lui propose alors de prendre contact avec le parti afin de demander un report de l'assemblée, en arguant de raisons médicales. L'intervention de l'assistante sociale pourrait même faciliter la procédure de négociation à mener avec le parti. Le patient refuse et tient à quitter la clinique plus tôt que prévu, interrompant donc le traitement. La réaction du patient est considérée comme « paranoïaque »⁹¹⁰. Malgré les tentatives menées par l'équipe médicale pour le convaincre de poursuivre sa cure, le patient reste sur sa position et quitte la clinique le 16 mars, en signant une décharge (*Revers*). Plusieurs raisons sont avancées dans le dossier pour expliquer ce choix. Pour le rédacteur du dossier, Georg R. a été influencé par un autre patient, qualifié de « personnalité hystérique », et qui a également interrompu la cure⁹¹¹. Lors d'un entretien téléphonique, la femme du patient reprend cette explication, précisant que cela fait plusieurs jours que son mari se plaint du traitement pratiqué à la clinique⁹¹². Georg R. a-t-il été influencé par un autre patient ? Est-il insatisfait du traitement qu'il suit ? Veut-il simplement se conformer à la convocation du parti ? Difficile de savoir quelles sont les raisons exactes qui poussent Georg R. à quitter la clinique, d'autant plus que la justification qu'il donne à sa décision n'apparaît pas dans le dossier, contrairement à celles qui sont avancées par le médecin ou par sa femme. Bien qu'elle reste sans suites, puisqu'elle se heurte à la volonté du principal intéressé, la proposition qui est faite par l'équipe médicale de faire

⁹⁰⁷ HPAC, M 417/63, Krankengeschichte, Wiederaufnahme, 15 juin 1963.

⁹⁰⁸ HPAC, M 147/62.

⁹⁰⁹ HPAC, M 147/62, Krankengeschichte, 12 mars 1962.

⁹¹⁰ *Ibid.*

⁹¹¹ HPAC, M 147/62, Krankengeschichte, 13 mars 1962.

⁹¹² HPAC, M 147/62, Krankengeschichte, 15 mars 1962 (Chefvisite).

passer la logique médicale (la poursuite de la cure) avant la logique politique (la participation à l'assemblée du parti) témoigne bien des modalités selon lesquelles la clinique peut tenter de négocier avec le parti.

Ces négociations suivent une logique similaire quand il s'agit d'aider le patient à entrer au SED. En 1960, lors de son séjour en psychothérapie, est ainsi évoqué le désir du patient Walter R. d'adhérer au parti, un désir vieux de plusieurs années mais qui se heurte manifestement à la politique de recrutement alors en vigueur au sein du SED⁹¹³. En relation avec la définition que le parti donne de lui-même, comme incarnation de la classe ouvrière, le renforcement de sa composante ouvrière constitue en effet l'un des principaux objectifs des campagnes de recrutement des années 1950. En tant qu'employé, Walter R. se heurte manifestement à un « blocage à l'admission » (*Aufnahmesperre*) imposé aux candidats non-ouvriers. Afin d'éclaircir ce problème, une discussion est organisée environ trois semaines plus tard avec le secrétaire du parti de son lieu de travail. C'est l'assistante sociale qui est à l'origine de la venue du représentant du parti à la clinique. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier suite à cet entretien :

« Ainsi il [le secrétaire du parti] n'avait jusqu'à présent pas du tout réfléchi au fait que le patient ait ressenti la remise à plus tard [de sa candidature] comme un manque de considération. Il promet au patient que sa demande d'entrer au parti allait être examinée, dès que [le] patient serait sorti d'ici. Jusqu'ici il n'y avait vraiment eu aucune possibilité pour admettre un employé au parti, parce que le pourcentage d'ouvriers au sein du parti devait d'abord augmenter avant que de nouveaux employés ne soient admis. Le secrétaire du parti a beaucoup complimenté le patient ici. On serait non seulement très satisfait de son travail, mais aussi de son enthousiasme sur le plan du travail au service de la société. »⁹¹⁴

L'entretien mené avec le secrétaire du parti, dans le cadre de la clinique, semble ainsi porter ses fruits. Selon les dires de son représentant, le cas de Walter R. sera ainsi traité par le parti dès sa sortie de la clinique. L'intervention de la clinique dans la relation qu'entretient Walter R. avec le parti permet vraisemblablement d'accélérer la procédure, d'autant plus que la politique de recrutement du parti connaît une ouverture au début des années 1960. Finalement, en mettant en avant le statut de *patient* de Walter R., la clinique semble faciliter

⁹¹³ HPAC, M 345/60, Krankengeschichte, 23 juillet 1960.

⁹¹⁴ « Auch er hatte sich bisher gar keine Gedanken darüber gemacht, dass der Patient seine Zurückstellung als Nichtachtung empfinden hatte. Er versprach dem Patient, dass der Aufnahmeantrag für die Partei sofort bearbeitet werde, wenn der Patient hier entlassen wird. Bisher bestanden wirklich keine Möglichkeiten, einen Angestellten in die Partei aufzunehmen, weil der Prozentsatz der Arbeiter innerhalb der Partei erst noch ansteigen musste, bevor neue Angestellte aufgenommen werden sollten. Der Parteisekretär lobte hier den Patient sehr. Man sei nicht nur mit seiner Arbeit sehr zufrieden gewesen, sondern ebenso mit seiner Arbeitsfreudigkeit in gesellschaftlicher Hinsicht. » HPAC, M 345/60, Krankengeschichte, 23 juillet 1960.

son passage vers celui de *camarade*. C'est parce qu'il est patient de psychothérapie que Walter R. peut bénéficier de la médiation de l'équipe thérapeutique, et ainsi accéder potentiellement (et plus rapidement) au statut de camarade. De manière générale, dans les relations qu'entretient la clinique avec le parti, qu'elles soient conflictuelles ou non, l'un des enjeux consiste bien à faire passer le patient avant le camarade. Selon une logique inverse, dans les relations interpersonnelles qui ont lieu au sein de la clinique, les patients peuvent plutôt faire le choix de mettre en avant leur statut de camarade, activant leur capital politique et/ou militant, notamment dans les situations de confrontation avec l'équipe médicale.

3. Le capital politique et/ou militant : une ressource dans les murs de la clinique ?⁹¹⁵

3.1 Quand les patients activent leur capital politique et/ou militant

À la différence de l'analyse proposée par Erving Goffman sur le fonctionnement des « institutions totales », en ce qui concerne les patients de la clinique étudiée, on ne constate pas de rupture brutale et nette avec leurs « rôles antérieurs »⁹¹⁶. D'après les sources, les patients trouvent dans leurs expériences personnelles, antérieures à leur admission, des ressources non négligeable qui leur permettent de négocier avec l'institution. Au travers d'études de cas, il s'agit ici de se pencher sur la capacité des « patients-camarades » à activer leurs inscriptions politiques entre les murs de la clinique. Il est intéressant de noter que, sur les cinq cas présentés ici, quatre concernent des patients exerçant le métier d'enseignant. Cet état de fait s'explique par la surreprésentation des enseignants du secondaire au sein du parti⁹¹⁷.

Dans le cas de la patiente Erika R., qui effectue un séjour de quelques semaines en psychothérapie entre juillet et septembre 1961, l'appartenance au parti est ainsi mise en avant à son initiative et joue un rôle dans les relations qu'elle entretient avec les autres patients⁹¹⁸. Au cours de son hospitalisation, cette enseignante de 40 ans se plaint d'avoir été provoquée

⁹¹⁵ Au sujet de la distinction à opérer entre capital politique et capital militant, nous nous appuyons sur les travaux de Frédérique Matonti et Frank Poupeau. Le capital militant y est défini comme « les savoirs et les savoir-faire incorporés au fil des expériences politiques », il « s'acquiert [...] dans le champ politique » mais est « susceptible[s] d'être reconverti[s] ailleurs », il s'agit d' « une forme de capital moins labile que le capital politique [capital symbolique], dans la mesure où celui-ci dépend de l'organisation politique qui le confère à ses membres ». Frédérique Matonti, Frank Poupeau, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2004/5, n°155, p. 4-11, ici p. 7 ; Frédérique Mantonti, « Crises politiques et reconversions : Mai 68 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/3, n° 158, p. 4-7, ici p. 5-6.

⁹¹⁶ Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 57.

⁹¹⁷ Emmanuel Droit, *Vers un homme nouveau ?...*, *op.cit.*, p. 169-179.

⁹¹⁸ HPAC, F 432/61.

« politiquement ». Dans son dossier, à la date du 22 août 1961, on peut ainsi lire :

« M^{elle} R. s'est sentie provoquée politiquement par deux autres patients. Le questionnement exact montre cependant, qu'à l'inverse, ce sont les autres patients qui se sont sentis provoqués par son comportement, et par des choses, qui n'avaient absolument rien à voir avec la politique. »⁹¹⁹

Cet événement est rapporté au directeur de la clinique, le professeur Leonhard, qui mène un « interrogatoire très énergique avec les patients que M^{elle} R. désigne comme coupables »⁹²⁰. Cependant, il ressort de cet interrogatoire que si certaines déclarations ont été faites, elles n'ont été causées, d'après ces patients, que par l'attitude provocante de l'accusatrice. La patiente n'en reste pourtant pas là. Un entretien mené avec le secrétaire du parti apporte d'autres éléments à l'équipe médicale⁹²¹. Ce dernier présente une lettre dans laquelle la patiente critique la thérapie pratiquée à la clinique, il brise alors la confiance que semble lui accorder Erika R.. Pour le rédacteur du dossier, les propos tenus dans cette lettre montrent que la patiente ne s'est pas intégrée à la thérapie et qu'une « base de confiance envers le médecin traitant et le directeur de la clinique n'existe pas »⁹²². Par ailleurs, selon le secrétaire du parti, lors d'échanges téléphoniques, Erika R. aurait également critiqué « l'attitude vis-à-vis de la société » des patients de la clinique⁹²³. L'équipe médicale se voit alors obligée de fournir une explication au représentant du parti, en rejetant la faute sur la patiente. Finalement, selon le dossier, le parti et la clinique se mettent d'accord pour transférer la patiente dans un autre établissement, « puisque du fait de l'isolement désormais complet dans lequel se trouve M^{elle} R., le milieu thérapeutique du service est devenu trop défavorable »⁹²⁴. Ce transfert correspond au souhait exprimé par la patiente quelques jours plus tôt de se faire soigner dans un hôpital suivant une autre orientation thérapeutique (*natürliche Heilweise*).

D'une certaine manière, on peut dire que, lors de son séjour à la clinique, dans ses

⁹¹⁹ « Fr. R. fühlte sich durch 2 andere Patienten politisch provoziert. Die genaue Befragung zeigte jedoch, dass sich wiederum die anderen Patienten durch ihr Verhalten provoziert fühlten und zwar durch Dinge, die mit Politik absolut nichts zu tun hatten ». HPAC, F, 432/61, Krankengeschichte, 22 août 1961.

⁹²⁰ « Der Chef führt ein sehr energisches Verhör mit den Pat. durch, die Fr. R. als die Schuldigen hieran bezeichnet. » HPAC, F 432/61, Krankengeschichte, 31 août 1961, Chefvisite.

⁹²¹ HPAC, F 432/61, Krankengeschichte, 4 septembre 1961.

⁹²² « Dieser ganze schriftliche Bericht über unsere Therapie zeigt, daß eine Einfügung in die Therapie und eine Vertrauensbasis zum behandelnden Arzt und zum Klinikdirektor nicht besteht. » HPAC, F 432/61, Krankengeschichte, 4 septembre 1961.

⁹²³ HPAC, F 432/61, Krankengeschichte, 4 septembre 1961.

⁹²⁴ « Wir verblieben im besten Uebereinstimmen mit dem Kollegen K. so, dass der Versuch gemacht wird, Fr. R. in eine andere Klinik zu überweisen, da das therapeutische Milieu auf der Station, durch die jetzt völlige Isolierung, in der sich Fr. K. befindet, zu ungünstig geworden ist. » HPAC, F 432/61, Krankengeschichte, 4 septembre 1961.

rapports avec les patients comme dans les échanges téléphoniques qu'elle a avec le secrétaire du parti, cette patiente use de son statut de camarade ou plutôt de candidate au parti. En effet, au moment de son admission, Erika R. vient tout juste d'apprendre qu'elle est acceptée au sein du SED en tant que candidate⁹²⁵. Il s'agit d'un statut intermédiaire qui précède l'admission en tant que membre de plein droit. Cette période probatoire dure un an et vise notamment à tester les convictions politiques des nouvelles recrues. Cela fait cinq ans que cette femme tente d'entrer au parti, jusqu'alors en vain, en raison notamment de son appartenance passée au parti chrétien-démocrate. À l'été 1961, elle se trouve donc au terme d'un processus de conversion politique, entamé il y a plusieurs années. En affirmant son positionnement politique au sein de la clinique, en attaquant les autres patients sur ce terrain, Erika R. s'affirme en tant que future camarade du SED, chargée de diffuser le message idéologique des instances dirigeantes. Qu'elle soit politique ou religieuse, la conversion est « un phénomène essentiellement social » ; « elle est dès lors qu'elle s'affirme ⁹²⁶ ». Dans cette perspective, le choix de son interlocuteur – le secrétaire du parti – prend tout son sens puisqu'il représente la structure sociale qui doit potentiellement accréditer cette conversion. On peut donc supposer que le zèle politique dont fait preuve cette patiente, et qui se manifeste notamment par les plaintes qu'elle transmet à l'équipe médicale comme au secrétaire du parti, sont à mettre en relation avec une volonté de faire ses preuves, au terme d'un processus de conversion politique qui touche à sa fin. Elle mobilise, pour le faire sien, un capital politique qui ne lui a pas encore été définitivement conféré par le parti, ainsi qu'un capital militant, qui s'incarne dans les modalités de son engagement et dont on peut supposer qu'il a été en partie hérité de son expérience politique précédente. L'entrée au parti semble par ailleurs détenir un caractère affectif pour cette femme, qui explique sa volonté d'y adhérer parce le fait qu'« elle cherche un cercle de personnes, dans lequel elle se sente bien »⁹²⁷.

Comme le montre l'exemple d'Erika R., le fait d'appartenir au SED peut ainsi offrir à certains individus l'opportunité de se différencier de la masse des autres patients. Selon le parcours politique et personnel, différentes stratégies sont mises en œuvre. Dans certains cas, cette utilisation du capital politique et/ou militant se manifeste d'une manière particulièrement visible, notamment quand ces individus se font les porte-parole de l'idéologie marxiste-léniniste au sein des services, comme en témoigne le dossier du patient Karl T.⁹²⁸. En 1964,

⁹²⁵ HPAC F 432/61, Krankengeschichte, Anamnese, Schul-und Berufsanamnese.

⁹²⁶ Laurent Kestel, *La conversion politique. Doriot, le PPF et la question du fascisme français*, Paris, Raisons d'agir, 2012, p. 231-232.

⁹²⁷ « Sie hat darum um Aufnahme in die Partei immer wieder gebeten, da sie einen Kreis von Menschen sucht, wo sie sich wohlfühlt. » HPAC, F 432 / 61, Krankengeschichte, Schul-und Berufsanamnese.

⁹²⁸ HPAC, M 546/64.

cet enseignant d'une quarantaine d'années est admis au sein de l'unité de psychothérapie de la Charité, où il va rester deux mois et demi. D'après les informations qu'il livre sur sa vie personnelle et professionnelle, il s'agit d'un individu particulièrement engagé sur le plan politique⁹²⁹. Son histoire familiale explique l'importance que peut avoir l'engagement communiste pour cet homme. Son père, résistant communiste, a ainsi été poursuivi par le régime national-socialiste, faisant l'expérience de la prison avant d'être déporté au camp de Buchenwald. Sur ses traces, Karl T. adhère – vraisemblablement dès le plus jeune âge – au parti communiste allemand (KPD, *Kommunistische Partei Deutschlands*), alors clandestin. Après la guerre, il rejoint le SED et commence à travailler activement au service du parti. À son entrée à la clinique, il ne renonce pas à son engagement, bien au contraire, puisqu'il déclare vouloir convaincre les patients qui ont, d'après lui, « de mauvaises opinions politiques »⁹³⁰. Karl T. transpose ainsi une pratique appartenant au champ politique dans une situation sociale située *a priori* hors-champ. De camarade, il se fait certes patient mais sans abandonner les schèmes d'action inhérents à son expérience politique et qui lui semblent transférables au contexte social des services psychothérapeutiques⁹³¹. Ce faisant, il suit à la lettre les devoirs des membres du parti, qui ont été précisés dans les statuts de 1963. On peut notamment y lire que chaque membre du parti est tenu « d'expliquer aux masses le sens de la politique et des décisions du parti, de les convaincre de la justesse de la politique du parti, de gagner leur coopération »⁹³². Un des principaux devoirs des membres du parti communiste est bien d'œuvrer pour la propagation du message idéologique, et ce quelle que soit la situation dans laquelle ils se trouvent. L'équipe médicale réagit à cette déclaration et Karl T. est tout d'abord rappelé à l'ordre, comme en atteste le dossier :

« Quand il est dit au patient que nous sommes dans un hôpital, qu'il s'agit de personnes malades, dont le traitement est entre nos mains et qu'il doit s'intégrer exactement de la même manière que les autres, il est d'avis qu'il devrait alors partir. »⁹³³

La réaction de l'équipe médicale souligne la primauté donnée à la logique médicale par rapport à la logique politique. Les patients étant des « personnes malades », se trouvant dans

⁹²⁹ HPAC, M 546/64, Krankengeschichte, 12 août 1964, Eigene Anamnese, Soziale Entwicklung.

⁹³⁰ « So wäre ihm am ersten Tag schon aufgefallen, dass einige Patienten eine falsche polit. Meinung hätten, er könne nicht zulassen, daß sie dabei blieben und würde daher alles daran setzen, sie zu überzeugen. » HPAC, M 546/64, Krankengeschichte, 12 août 1964, Zur Persönlichkeit.

⁹³¹ Bernard Lahire, *op. cit.*, p. 42-43 et p. 93-100.

⁹³² « Das Parteimitglied ist verpflichtet, [...] den Massen den Sinn der Politik und der Beschlüsse der Partei zu erläutern, sie von der Richtigkeit der Politik der Partei zu überzeugen, sie für die Mitarbeit zu gewinnen und von den Massen zu lernen ». Statuts du SED, 1963.

⁹³³ « Als dem Patienten gesagt wird, daß wir in einem Krankenhaus seien, daß es sich um kranke Menschen handle, deren Behandlung in unserer Hand läge und daß er sich genau so einzufügen habe, wie alle anderen, meint er, dann müsse er gehen. » HPAC, M 546/64, Krankengeschichte, Zur Persönlichkeit.

un hôpital, elles peuvent exprimer des opinions politiques qui divergent de la ligne officielle. Le rôle de Karl T. en tant que membre du parti est mis de côté, pour le ramener à sa situation de « patient comme les autres ». Il y a bien ici un conflit entre des intérêts divergents : d'un côté, les intérêts de l'équipe médicale, qui ne fait pas grand cas des convictions politiques des patients, faisant passer la logique médicale avant toute chose ; de l'autre les intérêts du parti, dont les camarades doivent diffuser le message politique où qu'ils se trouvent. Cette concurrence des intérêts se cristallise dans la situation de cet individu, tout à la fois patient mais aussi camarade. Ce dernier ne semble pas pouvoir se faire à la situation puisque, suite aux explications données par l'équipe médicale, il déclare vouloir partir. Cependant, au fil du séjour, la position de l'équipe médicale se fait manifestement plus tolérante vis-à-vis des velléités de prosélytisme exprimées par Karl T. Comme en atteste le dossier, un compromis est trouvé entre les deux parties, ce qui permet à Karl T. de remplir son rôle de camarade au sein des services :

« Lors d'un entretien plus long, il fut convenu de lui donner l'occasion de discuter de problèmes qui le touchent dans le cadre du cercle de discussion et aussi d'un [cercle] plus grand devant les patients du service. Il discute avec empressement avec d'autres patients quand ils ont une autre opinion politique que lui. »⁹³⁴

Ces quelques lignes laissent supposer, qu'au terme de négociations menées avec l'équipe médicale, Karl T. est finalement parvenu à se constituer un espace au sein duquel il peut mener de vives discussions politiques avec les autres patients, arborant alors pleinement sa casquette de camarade du parti. Cependant, cet espace semble bien lui avoir été accordé *par l'équipe médicale*, qui garde ainsi un œil sur le patient. Si Karl T. peut se faire camarade, c'est avant tout parce que ce rôle s'inscrit dans des limites fixées par l'équipe thérapeutique. La relative tolérance dont semble faire preuve le personnel de l'institution psychiatrique face à une certaine forme de propagande idéologique s'explique par le fait que cette dernière ait lieu dans un cadre déterminé par les thérapeutes eux-mêmes. Pour ces derniers, Karl T. reste bien un patient avant d'être un camarade.

Si, comme en attestent les dossiers précédemment évoqués, l'appartenance politique peut jouer un rôle dans les relations entre patients, elle peut également interférer dans les relations entre le « patient-camarade » et le thérapeute, qu'il soit médecin ou psychologue. Le fait d'être camarade peut en effet apparaître comme une ressource pour le patient, qui peut la

⁹³⁴ « In einer längeren Aussprache wurde vereinbart, daß ihm Gelegenheit gegeben wird, im Rahmen des Diskussionszirkels und auch in einem größeren vor den Patienten der Stat. über eine ihm bewegende Probleme zu sprechen. Er diskutiert eifrig mit anderen Patienten, wenn diese eine andere politische Meinung haben als er. » HPAC, M 546/64, Krankengeschichte, Verlauf (non daté).

mobiliser sciemment afin de tenter de reprendre la main dans le cadre des relations qu'il entretient avec l'équipe médicale. Le dossier du patient Olaf T. témoigne de cette stratégie⁹³⁵. Cet homme de 37 ans fait un séjour d'environ 3 mois en psychothérapie entre décembre 1967 et mars 1968. D'après son dossier, au cours du mois de février, Olaf T. propose de mettre en place un affichage mural (*Wandzeitung*) au sein de la clinique, avec l'aide d'un autre camarade qui partage sa chambre⁹³⁶. Le même jour, il charge la médecin-chef et l'infirmière en chef de formuler par écrit une prise de position sur le projet de nouvelle constitution et de l'afficher, en l'accompagnant d'une photo d'identité⁹³⁷. Olaf T., qui appartient au SED depuis 15 ans, y occupe de nombreuses fonctions à responsabilité, notamment au sein de la commission pour la propagande de la direction d'arrondissement (*Kreisleitungskommission für Propaganda*), où il est actif plusieurs heures par semaine. Par son initiative, qui vise à soutenir la propagande officielle concernant le nouveau texte de loi, Olaf T. poursuit en quelque sorte – à l'intérieur de la clinique – l'activité politique qui est la sienne à l'extérieur de ses murs. Aidé par un autre membre du parti, il s'affirme bien comme camarade quand il demande aux membres de l'équipe soignante et médicale de prendre position sur cette question hautement politique. Poursuivant le même objectif, Olaf T. s'adresse au psychologue du service. Mais, selon le dossier, « il réagit de manière paranoïaque quand on n'exécuta pas cet ordre immédiatement »⁹³⁸. Si le psychologue ne semble pas particulièrement enclin à répondre à la demande d'Olaf T., le rédacteur du dossier ramène bien ce dernier à son statut de patient dans la mesure où il interprète sa réaction selon une grille d'interprétation médicale, la qualifiant de paranoïaque. Finalement, et comme en témoigne le dossier, dans son désir d'être considéré comme un camarade, Olaf T. se heurte à son statut de patient, au travers duquel il ne cesse d'être perçu.

Au-delà de l'appartenance partisane, il arrive également que le patient mette en avant ses convictions idéologiques, notamment pour s'opposer à l'avis médical. Ainsi, quand il est dit à Karl-Heinz R., qui souffre d'agoraphobie, qu'il ne pourra atteindre la guérison sans passer par des moments d'angoisse, il s'énerve et répond la chose suivante : « Je suis marxiste, je ne suis pas d'accord avec votre thèse, ce n'est pas le bon chemin vers la guérison »⁹³⁹. Ce jour-là, cet homme d'une quarantaine d'années est soumis à un premier exercice pratique qui vise à le confronter à sa phobie. Il doit se rendre sur une petite place, non loin de la Charité, ce qu'il ne

⁹³⁵ HPAC, M 645/67.

⁹³⁶ HPAC, M 645/67, Krankengeschichte, 19 février 1968.

⁹³⁷ *Ibid.*

⁹³⁸ « Er reagierte paranoisch, als man diesen Auftrag nicht sofort ausführte. » HPAC M 645/67, Krankengeschichte, 19 février 1968.

⁹³⁹ « Abends bei der Chefvisite reagiert Pat. schwer paranoisch. Als ihm gesagt wird, daß die Heilung ohne Angst u. "Zustände" nicht zu erreichen sei, wird er erregt: "ich bin Marxist, ich stimme ihrer These nicht zu, der Weg zur Heilung ist falsch. ". » HPAC, M 399/66, Krankengeschichte, Verlauf, 13 juillet 1966.

parvient à faire qu'avec difficultés (Karl-Heinz R. se trouve alors au début du processus thérapeutique). Le soir-même, lors de la visite de Karl Leonhard dans le service, le patient fait directement référence à son identité de marxiste quand il est confronté à l'explication des médecins. Face au malaise suscité par ce premier exercice, face aux médecins qui laissent présager d'autres épreuves à surmonter, ce patient s'appuie sur l'idéologie et sur l'identité qu'elle lui confère (« Je suis marxiste ») pour rejeter un discours médical, dont le contenu peut apparaître comme particulièrement angoissant. L'état de fébrilité dans lequel il se trouve alors est confirmé par la suite du dossier. Après une nouvelle explication de la part des médecins, Karl-Heinz R. répond ainsi, « dans un état d'agitation et proche des pleurs », « je crois, monsieur le Professeur, que je n'ai pas mérité ça »⁹⁴⁰. En faisant appel à son identité de marxiste, cet homme tente, sinon de s'opposer au discours des médecins, du moins de se protéger des angoisses qui lui sont associées. Ce faisant, il s'appuie sur un élément qui joue un rôle central dans la définition qu'il donne de lui-même. Ainsi, selon son dossier, cet enseignant de 47 ans est « animé depuis 1945 par l'idée marxiste » et « se réalise complètement dans son métier d'enseignant en histoire et instruction civique »⁹⁴¹, qui sont deux matières particulièrement pénétrées par l'idéologie. Karl-Heinz R. occupe également la fonction de *Parteisekretär* depuis plusieurs années. Finalement, au regard de son dossier, il apparaît plutôt logique que cet homme, dont l'engagement communiste remonte à plus de 20 ans, joue la carte de l'idéologie afin de faire face à un discours médical qui le confronte à ses angoisses. Pour sortir de son statut de patient, Karl-Heinz R. se pose donc comme marxiste, mettant en concurrence dans ses propos interprétation idéologique et interprétation médicale. *A contrario*, selon la logique de « circularité diagnostique », le rédacteur du dossier qualifie cette réaction de « paranoïaque »⁹⁴², ce qui fait bien de Karl-Heinz R. un patient avant toute chose. Si Karl-Heinz R. se dit marxiste pour s'opposer en quelque sorte à la thérapie qu'on lui propose, Wilhelm I. utilise le même argument mais pour réfuter l'idée même d'être atteint d'une maladie mentale⁹⁴³. Cet enseignant de 37 ans est admis au sein d'un service de psychiatrie (*Station 3*) à la fin du mois de mars 1965, où il va rester jusqu'à la mi-juin. Selon le dossier, il souffrirait de paraphrénie expansive. D'après la classification des psychoses endogènes développée par Karl Leonhard, la paraphrénie expansive appartient à la famille des schizophrénies systématiques ; elle se caractérise par des idées de grandeur (*Größenideen*) et

⁹⁴⁰ « Es wird ihm nochmal erklärt, worauf es ankommt. Seine Antwort darauf, erregt und dem Weinen nahe: "ich glaube, Herr Professor, das habe ich nicht verdient." » HPAC, M 399/66, Krankengeschichte, Verlauf, 13 juillet 1966.

⁹⁴¹ « Ist seit 1945 von der marxistischen Idee beseelt, geht ganz in seinen Beruf als Lehrer für Geschichte und Staatsbürgerkunde auf. » HPAC, M 399/66, Psychischer Befund.

⁹⁴² HPAC, M 399/66, Krankengeschichte, Verlauf, 13 juillet 1966.

⁹⁴³ HPAC, M 589/66.

par un trouble de la pensée (*deutliche Denkstörung*)⁹⁴⁴. Wilhelm I. souffre de douleurs à l'estomac et au cœur, ce qu'il met en relation avec un empoisonnement dont il aurait été victime, et qui aurait été perpétré par un groupe de franc-maçons. D'après l'épigrise qui fait le bilan de son séjour, « il rejet[te] de manière décidée l'idée selon laquelle [ses] maux pourraient être conditionnés par une maladie mentale »⁹⁴⁵. Cette réaction est plutôt courante en psychiatrie et consiste à revendiquer « un dysfonctionnement technique du corps » - moins stigmatisant que des problèmes mentaux⁹⁴⁶. Dans cette logique, le patient Wilhelm I. utilise un argument qui met en avant ses convictions idéologiques. Voici ainsi un extrait de son dossier, qui reprend un échange entre le médecin et le patient :

« (Douleurs de l'intérieur ou qui viennent de l'extérieur ?) "Oui, c'est justement ce que je voulais apprendre ici." (Maladie mentale ?) "Je ne crois pas, je suis marxiste, c'est entièrement matériel." »⁹⁴⁷

Comme il est d'usage dans les dossiers, les questions du médecin sont mises entre parenthèses, tandis que les réponses du patient apparaissent entre guillemets. D'après la réponse que fait Wilhelm I. à son interlocuteur, il ne peut considérer ses douleurs comme étant le fruit d'une maladie mentale puisqu'en tant que marxiste, il est convaincu de la primauté de la matière sur l'esprit. Ses douleurs ne peuvent donc provenir que d'un dysfonctionnement corporel – et donc matériel. En s'appuyant sur l'idéologie, le patient récuse donc le stigmate associé à la maladie mentale. Finalement, au-delà des différences qui caractérisent leurs séjours à la clinique (l'un est soigné en psychothérapie pour phobie, l'autre en psychiatrie pour psychose), Karl-Heinz R. et Wilhelm I. usent de stratégies comparables dans leur interaction avec le corps thérapeutique : s'ils se disent tous deux marxistes, c'est bien afin de marquer leur opposition vis-à-vis du discours médical. L'idéologie et l'identité qu'elle confère apparaissent bien ici comme de potentielles ressources pour ces patients.

3.2 À « patients-camarades », « médecins-camarades » ?

Si, comme en attestent les dossiers, l'appartenance politique des « patients-camarades » peut se faire jour lors de leur séjour à la clinique, qu'en est-il de celle des thérapeutes ? Dans quelle mesure l'engagement au sein du SED peut-il jouer un rôle dans la relation

⁹⁴⁴ Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, *op.cit.*, p. 18.

⁹⁴⁵ « Er wies die Gedanken, daß die Beschwerden durch eine psychische Krankheit bedingt sein könnten, entschieden zurück. » HPAC, M 589/66, Epigrise, 21 juin 1965.

⁹⁴⁶ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, p. 173.

⁹⁴⁷ « (Schmerzen von innen oder außen herangetragen ?) "Ja, das wollte ich grade hier erfahren." (Seelische Krankheit ?) "Glaub ich nicht, ich bin Marxist, das ist alles materiell." » HPAC, M 589/66, Krankengeschichte, 29 mars 1965.

thérapeutique entre le médecin, ou le psychologue, et le patient ? Est-il possible de retrouver la trace des « médecins-camarades » dans les dossiers dont ils sont les auteurs ? Dans quelle mesure ces derniers s'appuient-ils sur leur capital politique dans les interactions qu'ils ont avec les patients ?

Comme cela a déjà été évoqué dans le chapitre de contextualisation consacré à la clinique, si la part des médecins appartenant au SED se fait minoritaire, elle est loin d'être négligeable. En 1960, 9 médecins sont ainsi membres du parti pour une équipe médicale qui en compte environ une vingtaine. En comparaison avec les autres cliniques de la Charité, la *Nervenklinik* compte alors l'un des groupes de parti les plus importants. S'ils sont minoritaires sur le plan numérique, la part des camarades augmente à mesure qu'on monte dans la hiérarchie, puisque près de la moitié des médecins-chefs appartient au parti au cours des années 1960. Cependant, et comme en attestent les rapports du parti, le travail idéologique que les camarades sont censés mener au sein de la clinique semble relativement limité, en relation avec le positionnement plutôt réservé de son directeur et la permanence de structures hiérarchiques traditionnelles. Par ailleurs, de l'avis même des camarades, le positionnement idéologique des médecins ne joue pas un rôle essentiel dans leur pratique, l'éthique médicale et professionnelle passant avant les considérations politiques. Dans un rapport en date de 1964, ils notent ainsi que « la conscience professionnelle est déterminée pour l'essentiel par l'état général de la morale professionnelle et de la conscience du devoir médical, et non par des postures idéologiques ou politiques »⁹⁴⁸. Selon ce rapport, censé dresser un tableau de la « situation politico-idéologique au sein de la clinique », qu'ils soient camarades ou non, les médecins sont donc avant tout des médecins.

Quand on se penche sur les dossiers de patients, il est en effet rare de pouvoir déceler des indices concernant le positionnement politique du thérapeute ou son appartenance partisane. Cependant, certains documents en gardent la trace, si ténue soit-elle, à l'image de l'épiscrise contenue dans le dossier de la patiente Christine L., qui fait un séjour d'un mois en psychiatrie en 1966⁹⁴⁹. D'après ce bilan rédigé après la sortie de la patiente, les « principes moraux petit-bourgeois » qui sont « constamment prêchés » par sa mère expliqueraient les blocages de la jeune fille sur le plan érotique⁹⁵⁰. L'utilisation du terme « petit-bourgeois » (*kleinbürgerlich*) peut laisser penser que le rédacteur de ce document a certaines accointances

⁹⁴⁸ « Das Arbeitsbewusstsein ist im Wesentlichen vom Stand der allgemeinen Arbeitsmoral und des medizinischen Pflichtbewusstseins bestimmt, nicht von ideologischen oder politischen Haltungen. » LAB C Rep 904-225 Nr. 13, Einschätzung der ideologischen Situation an der Nervenklinik, 8 décembre 1964.

⁹⁴⁹ HPAC, F 662/66.

⁹⁵⁰ « Sie ist reichlich unselbstständig und im allgemeinen im Leben unerfahren, besonders auch in erotischer Hinsicht, wo sie nicht zuletzt durch die kleinbürgerlichen Moralbegriffe, die ihr von der Mutter ständig gepredigt wurden, äußerst gehemmt ist. » HPAC, F 662/66, Epikrise, 29 décembre 1966.

avec l'idéologie communiste. D'après les sources consultées, ce médecin appartient bien au groupe du parti de la clinique, dont il est un membre plutôt actif⁹⁵¹. *A contrario*, dans le dossier de la patiente Erna N., la non-appartenance du médecin au parti se fait clairement jour dans la retranscription des échanges contenue dans la *Krankengeschichte*. En voici un extrait :

« (Vous sentez-vous bien ici?), oui, parce qu'ici je suis entourée de camarades. (?) Eh bien, vous, par exemple, c'est ce que me dit mon intuition. (Non, vous vous êtes trompés.) Ah bon, merci, mais alors vous le deviendrez un jour. »⁹⁵²

Par cet échange, on apprend ainsi que le médecin en charge de la patiente n'est pas membre du SED. Il semble par ailleurs manifestement étonné quand il entend la patiente déclarer qu'elle est entourée de camarades au sein de la clinique (cet étonnement se traduit par un point d'interrogation dans la retranscription de l'échange, le médecin demandant vraisemblablement à la patiente ce qui lui fait dire cela). Cette réaction confirme bien la part minoritaire des camarades parmi les employés de la clinique (environ 10%). Si cet échange ne semble pas interférer dans la relation thérapeutique entre le médecin et la patiente, d'autres dossiers témoignent bien d'un croisement entre logiques médicales et logiques politiques autour de la personne du thérapeute. L'appartenance au SED peut ainsi apparaître comme un avantage pour le médecin qui soigne d'autres membres du parti.

En 1960, un patient (lui même membre du parti) qui évoque des raisons politiques pour expliquer sa tentative de suicide se voit ainsi proposer de se confier à un médecin-chef membre du SED⁹⁵³. L'appartenance politique de ce médecin est donc mise en avant par l'équipe médicale afin de mettre le patient en confiance et de recueillir des informations le concernant. Cet enchevêtrement des logiques politiques et médicales se retrouve dans un autre cas. En 1959, le patient Erich G. est admis au sein des services psychiatriques du fait d'un état dépressif⁹⁵⁴. Cet homme de 48 ans appartient au SED depuis 1945 et y a occupé des fonctions à responsabilité (il a notamment exercé la fonction de secrétaire adjoint du parti au sein de son organisation de base). D'après lui, c'est le parti lui-même qui est à l'initiative de son admission à la clinique. Quelques jours après son hospitalisation, le médecin qui a effectué son

⁹⁵¹ Voir les procès-verbaux d'assemblées de membres (*Mitgliederversammlungen*), qui attestent de sa présence et qui sont contenus dans les fonds suivants : LAB C Rep 904-225 Nr. 4 (Protokoll der Mitgliederversammlung vom 25.11.64, Protokoll der Mitgliederversammlung vom 22.9.65, Protokoll der Mitgliederversammlung vom 20.10.65) ; LAB C Rep 904-225 Nr. 13 (Ergänzungen und Abänderungen zur Einschätzung der ideologischen Situation an der Nervenlinik durch die Diskussion in der Mitgliederversammlung am 9.12.64, 9 décembre 1964)

⁹⁵² « (Fühlen Sie sich hier wohl ?), ja, weil ich hier von Genossen umgeben bin. (?) Na, Sie, z.B., das sagt mir mein Gefühl. (Nein, haben sich geirrt) So, danke, dann werden Sie es eines Tages werden. » HPAC, F 32/68, Krankengeschichte, Aufnahme, 12 janvier 1968.

⁹⁵³ HPAC, M 418/60. Krankengeschichte, Verlauf, 22 septembre 1960.

⁹⁵⁴ HPAC, M 18/60.

admission, lui-même camarade, adresse un courrier au groupe du SED dont fait partie ce patient afin d'obtenir des informations le concernant⁹⁵⁵. Dans cette lettre, le médecin n'évoque pas « le patient G. » ou « monsieur G. ». Il utilise des formules qui laissent de côté la relation patient/soignant pour mettre en avant leur appartenance commune au SED. Il parle ainsi de « notre membre du parti », ou plus loin du « camarade G. ». À la lecture de ce document, rédigé par un médecin sur son patient, on a ainsi l'impression que l'appartenance politique d'Erich G. prime sur son identité de patient. On peut supposer que le médecin active sciemment ce référentiel identitaire afin d'entrer dans un rapport de connivence avec son interlocuteur et de recueillir ainsi le maximum de renseignements au sujet de son patient. La réponse qu'il reçoit de la part du secrétaire du parti est d'ailleurs adressée au « camarade » Dr. M.⁹⁵⁶. Comme en atteste ce document, la ligne de partage membres du parti/non membres du parti peut se superposer à la séparation entre patients et soignants. Ces deux exemples montrent également selon quelles modalités l'appartenance au SED peut être utilisée comme une ressource par les médecins.

L'utilisation du statut de camarade par le médecin se retrouve dans le dossier de la patiente Inge E., étudiante en médecine de 25 ans, admise en psychiatrie en février 1965⁹⁵⁷. C'est un membre de la commission d'examen de l'université qui prie l'un des médecin-chefs de la clinique d'examiner la jeune femme. Pour justifier son échec lors d'un examen, cette dernière aurait fait de fausses déclarations. Lors des entretiens au sein de la clinique, il s'avère que la patiente est coutumière du fait, s'inventant une autre vie depuis de nombreuses années (elle serait orpheline, ses parents ne seraient pas ses parents biologiques mais l'auraient adoptée). Ces histoires lui permettent notamment de bénéficier de l'indulgence de ses professeurs, ou d'obtenir des aides financières. La quantité de fausses déclarations faites par la patiente est telle que les médecins considèrent que ce comportement relève du pathologique. Pour tenter de cerner au mieux la patiente, le médecin-chef prend l'initiative d'écrire à la direction de district du SED (*Kreisleitung*) afin d'avoir accès au dossier d'Inge E., elle même membre du parti. Voici la manière dont ce médecin justifie cette demande, dans le courrier qu'il envoie à la direction de district de Berlin-Mitte, en date du 12 mars 1965 :

« M^{elle} E. est actuellement hospitalisée dans notre clinique du fait d'une affaire personnelle difficile. Dans l'intérêt d'une recherche minutieuse sur son développement personnel mais également social, il serait particulièrement important pour nous, sur le plan médical, si, de manière exceptionnelle, vous nous laissiez prendre connaissance du dossier du parti de la jeune

⁹⁵⁵ HPAC, M 18/60, lettre du Dr. M. adressée au camarade H. (secrétaire du parti), datée du 2 février 1959.

⁹⁵⁶ HPAC, M 18/60, lettre du secrétaire du parti H. au Dr. M., datée du 10 février 1959.

⁹⁵⁷ HPAC, F 322/65.

camarade citée plus haut. »⁹⁵⁸

Ce n'est pas n'importe quel médecin qui sera chargé de consulter les documents relatifs à la patiente mais le chef de service (*Stationsarzt*), le docteur R., au sujet duquel il est précisé qu'il est « lui-même membre du SED »⁹⁵⁹. Ici, l'appartenance politique de ce médecin est donc avancée afin de faciliter les circulations d'informations du parti vers la clinique. La casquette de *Genosse* dont peut se couvrir ce médecin lui permet d'avoir accès à des informations confidentielles concernant cette patiente. Il peut rapidement consulter le dossier de la camarade Inge E. et en fait un bilan qu'on trouve dans le dossier, en date du 26 mars 1965⁹⁶⁰. Le médecin relève les fausses déclarations contenues dans les documents du parti, ce qui permet d'attester de l'ancienneté des histoires racontées par la patiente. Dans ce cas précis, la collaboration entre le parti et la clinique se fait bien par l'intermédiaire d'un « médecin-camarade » qui joue de son capital politique – de sa reconnaissance en tant que membre de l'organisation partisane – afin d'obtenir des informations sur une patiente.

Si les médecins peuvent utiliser leur capital politique afin de recueillir des informations sur les patients, dans une logique inverse, la non-appartenance du médecin au parti peut apparaître comme un obstacle dans la circulation d'informations des patients vers les soignants. La non-appartenance au SED étant perçue comme un critère d'exclusion, le parti lui-même peut intervenir pour empêcher la divulgation d'informations auprès de médecins qui n'appartiennent pas au parti. Cette intrusion du parti dans la relation patient/soignant se manifeste notamment dans le cas de la patiente Ruth R., enseignante de 40 ans, qui effectue un séjour d'un mois à la clinique entre février et mars 1961⁹⁶¹. À cette date, Ruth R. se trouve en formation au sein de l'école supérieure du parti (*Parteihochschule*), pour un an. Le diagnostic de sortie, mentionné dans la *Krankengeschichte*, est le suivant : « névrose idéohypochondriaque et symptômes sensohypochondriaques » (*ideohypochondrische Neurose und sensohypochondrische Symptome*). La patiente souffre de douleurs à l'estomac et craint d'être atteinte d'un cancer depuis plusieurs années. Dans les semaines précédant son admission, ces états d'angoisse se sont intensifiés, se traduisant notamment par des tremblements, des difficultés pour dormir, etc.. Environ un mois après son admission, l'état de

⁹⁵⁸ « Fr. E. befindet sich zur Zeit wegen einer schwierigen persönlichen Angelegenheit in stat. Behandlung unser Klinik. Im Interesse einer sorgfältigen Erforschung ihrer bisherigen persönlichen, auch gesellschaftlichen Entwicklung wäre es für uns ärztlich von besonders grossem Werte, wenn Sie uns ausnahmsweise einmal Einblick in die Parteikaderakte der oben. jungen Genossin geben könnten. » HPAC, F 322/65, lettre du médecin-chef S. à la direction d'arrondissement du SED Berlin-Mitte, 12 mars 1965.

⁹⁵⁹ HPAC, F 322/65, lettre du médecin-chef S. à la direction d'arrondissement du SED Berlin-Mitte, 12 mars 1965.

⁹⁶⁰ HPAC, F 322/65, Krankengeschichte, 26 mars 1965.

⁹⁶¹ HPAC, F 106/61.

santé de la patiente s'est manifestement amélioré, et elle sort de la clinique le 18 mars 1961. Cependant, quand Ruth R. se présente à la clinique dans le cadre du suivi ambulatoire, elle explique avoir essuyé des reproches de la part de l'école du parti. Voici ce qu'on peut lire dans son dossier, à la date du 26 avril 1961 :

« Mme R. vient aujourd'hui à notre demande et raconte avec beaucoup de difficultés, qu'en réalité elle ne voulait pas venir. Entre-temps, elle a été renvoyée de l'école du parti, on lui a retiré son poste de directrice et lors d'un dernier entretien on lui a dit qu'elle avait fait part d'affaires internes au parti à des personnes qui n'en étaient pas membres (nous) et qu'elle avait ainsi brisé la bonne entente entre Intelligence et parti. Ils lui ont en outre dit qu'elle ne doit [mot illisible] pas refaire la même erreur et mener à nouveau un entretien avec nous, si elle a besoin d'un médecin, elle doit se tourner vers le parti, qui lui conseillera un médecin camarade. »⁹⁶²

Dans cet extrait, il est clairement question du positionnement politique du médecin : en tant que *parteilos*, il ne peut entendre ce qu'un camarade aurait à lui confier, surtout si cela touche aux « affaires internes au parti ». D'après les représentants du SED qui en font le reproche à Ruth R., un camarade doit toujours se tourner en priorité vers un « médecin camarade ». On retrouve ici une vision dichotomique du monde, qui marque la pensée communiste depuis la redéfinition et la criminalisation du trotskisme dans les années 1930 et qui reste active bien après la mort de Staline⁹⁶³. Cette grille de lecture binaire qui sépare les « amis du parti » – incarnés par les camarades – des autres – qualifiés de *parteilos* – se manifeste clairement ici. La peur de l'Autre se fait double : non seulement celui qui n'appartient pas au parti (en l'occurrence le médecin) ne doit pas entendre ce qu'il s'y passe, de peur qu'il utilise ces informations à mauvais escient, mais le camarade lui-même (Ruth R.) suscite de la méfiance de la part des autorités du parti. Le thème de la trahison est récurrent dans l'histoire du communisme et on en a ici une manifestation concrète. Cette peur de l'Autre conduit à une certaine solitude des militants, comme en témoigne le cas de cette patiente. La logique politique l'emporte donc ici sur la logique médicale.

⁹⁶² « Heute kommt Frau R. auf unsere Aufforderung und erzählt mit viel Hemmungen, daß sie eigentlich gar nicht kommen wollte. Sie ist inzwischen von der Parteischule verwiesen, ihres Postens als Direktor enthoben und man habe ihr in einer letzten Aussprache gesagt, sie habe parteiinterne Dinge parteilosen Menschen (uns) berichtet und damit das gute Einvernehmen zwischen Intelligenz und Partei gestört. Sie haben ihr weiterhin gesagt, sie solle [mot illisible] nicht weder den Fehler machen und noch einmal eine Aussprache mit uns führen, wenn sie einen Arzt brauche, sollte sie sich an die Partei wenden, die werde ihr dann einen Genossen Arzt empfehlen. » HPAC, F 106/61, Krankengeschichte, ambulante Vorstellung, 26 avril 1961.

⁹⁶³ Claude Penetier, Bernard Pudal, « La peur de l'autre : vigilance anti-trotskiste et travail sur soi », in Brigitte Studer, Heiko Haumann (dir.), *Stalinistische Subjekte. Individuum und System in der Sowjetunion und der Komintern, 1929-1953*, Zürich, Chronos Verlag, 2006, p. 253-271, ici p. 254 et p. 265-267.

Au terme de ce chapitre, l'intérêt de se pencher sur le cas particulier des « patients-camarades » semble double. Tout d'abord, on constate à nouveau que les conditions de l'échange thérapeutique peuvent permettre une certaine libération de la parole du patient, qui peut ainsi évoquer son expérience personnelle – et souvent conflictuelle – de la discipline du parti. On a alors accès, par la voix des principaux intéressés, au fonctionnement interne de l'organisation partisane. Les conflits intérieurs qui découlent d'une remise en cause de la loyauté politique – en relation ou non avec une procédure disciplinaire – peuvent s'expliquer non seulement par la violence des attaques auxquelles doit faire face le camarade, mais également et peut-être surtout, par la profondeur de l'engagement communiste qui touche à de nombreuses dimensions de la personne. Par ailleurs, les expériences contenues dans les dossiers peuvent également mettre à jour les processus d'intériorisation des normes partisans, qui voient les mécanismes de contrôle être pris en charge par le sujet lui-même. Finalement, les diverses expériences des « patients-camarades », qui font souvent état de tensions intérieures, sont autant d'occasions de saisir ce qui fait la spécificité du rapport à soi dans le cadre de l'engagement communiste.

Le fait d'appréhender ces individus en-dehors du parti, dans un contexte qui leur attribue un autre statut – celui de patient – constitue le second intérêt de cette approche. En devenant patient, tout en restant camarade, ils mettent en relation deux institutions disciplinaires – le parti et la clinique –, dont les intérêts peuvent se faire divergents. Dans les murs de la clinique, si les camarades se font patients, ils n'en restent pas moins camarades et peuvent utiliser leur capital politique (et/ou militant) comme une ressource dans les relations qu'ils entretiennent avec le corps médical ou avec les autres patients. L'idéologie peut ainsi apparaître comme un instrument de défense face aux angoisses suscitées par le discours médical. Quant aux thérapeutes, ils peuvent également faire usage de leur statut de membre du parti, notamment pour recueillir des informations concernant le patient. Finalement, comme le montrent ces dossiers, la ligne de partage identitaire de nature politique séparant les camarades des « non-camarades » et qui traverse la société de RDA, se retrouve bien dans les murs de la clinique. Si les situations dans lesquelles patients et médecins doivent se positionner politiquement sont loin d'être quotidiennes, elles permettent de saisir la manière dont la logique politique peut s'inviter entre les murs de ces services et en influencer ponctuellement certains mécanismes. Ces « cas-limites » montrent à quel point il est nécessaire d'appréhender les acteurs des services psychiatriques et psychothérapeutiques – qu'ils soient patients comme thérapeutes – dans leurs interactions avec l'espace social et politique environnant.

Ainsi, l'une des modalités selon lesquelles le contexte politique de la RDA se fait jour entre les murs de la clinique est bien à mettre en relation avec l'appartenance ou non de ses acteurs au SED. C'est au plus près des sources qu'est née cette piste de recherche, tout comme celle autour de laquelle s'articule le chapitre suivant, consacré aux traces laissées dans les esprits des patients par l'une des mesures les plus emblématiques du régime communiste, la construction du mur de Berlin.

CHAPITRE 5

« Le Mur lui est monté à la tête ».

Construction du mur de Berlin et basculement dans la maladie

« Le Mur lui est monté à la tête ». Cette métaphore est utilisée en 1964 par la patiente Ursel H. afin de mettre en relation directe la dégradation de la santé mentale de sa mère et la construction du mur de Berlin, le 13 août 1961. Selon la procédure classique, lors de l'anamnèse qui est réalisée suite à son admission en psychothérapie, cette patiente est interrogée sur ses antécédents familiaux. Voici le portrait qu'elle dresse de sa mère à cette occasion :

« Certes, elle a toujours été auparavant très nerveuse et colérique, mais la véritable maladie commença juste après le 13 août 1961. Le Mur lui est monté à la tête. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide (pendaison, gaz), était très déprimée, refusait la nourriture qui venait de l'Est et avait renvoyé un médecin de l'Est. »⁹⁶⁴

Selon les propos de la patiente, qui sont retranscrits dans son dossier médical, c'est bien le Mur qui aurait rompu l'équilibre psychologique de sa mère et qui aurait déclenché la maladie. La fermeture soudaine du dernier point de passage vers l'Ouest aurait ainsi participé au basculement de cette femme dans la sphère du pathologique, ce qui se serait traduit par un état de dépression, la volonté de mettre fin à ses jours et le rejet de tout ce qui vient de « l'Est ». On semble retrouver ici un exemple de la « maladie du Mur » (*Mauerkrankheit*), évoquée par plusieurs auteurs, et qui se caractériserait par des manifestations pathologiques apparues suite à la construction du mur de Berlin, et relevant notamment de la dépression⁹⁶⁵.

⁹⁶⁴ « Sie sei zwar auch vorher schon immer sehr nervös und aufbrausend gewesen, aber die eigentliche Krankheit begann erst nach dem 13.8.1961. Die Mauer sei ihr zu Kopf gestiegen. Sie habe auch mehrere Suicidversuche gemacht (erhängen, Gas), war sehr deprimiert, verweigerte Nahrung, die aus dem Osten kam und wies einen Arzt aus dem Osten ab. » HPAC, F 532/64, Krankengeschichte, Anamnese, 11 août 64.

⁹⁶⁵ Hans-Jürgen Fischbeck, en collaboration avec Ludwig Mehlhorn et Stephan Bickhardt, « Das Mauersyndrom – die Rückwirkung des Grenzregimes auf die Bevölkerung der DDR », in Deutscher Bundestag (dir.), *Materialien der Enquete Kommission Aufarbeitung und Geschichte von Folgen der SED-Diktatur in Deutschland*, tome 5.2, Baden Baden, Nomos Verlag, p. 1193 ; Marion Detjen, « Die Mauer », in Martin Sabrow (dir.), *Erinnerungsorte der DDR*, Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, 2010, p. 258 ; Patrick Major, « Vor und nach dem 13. August 1961 : Reaktionen der DDR-Bevölkerung auf den Bau der Berliner Mauer », in *Archiv für Sozialgeschichte*, 39, 1999, p. 349 ; Patrick Major, *Behind the Berlin Wall. East Germany and the Frontiers of Power*, Oxford University Press, 2009, p. 127 ; Claude Quétel, *Murs. Une*

Si les « malades du Mur » ont été suffisamment nombreux pour provoquer la naissance d'un néologisme à l'est du Rideau de fer, aucune étude ne s'est penchée en détails sur les manifestations concrètes de leur « maladie », ainsi que sur l'interprétation qui a pu en être faite par le savoir psychiatrique. C'est cette lacune que ce chapitre se propose de combler, en s'appuyant principalement – mais pas seulement – sur l'analyse de dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques de l'époque.

En se penchant sur l'empreinte laissée à chaud par la construction du Mur dans les esprits, l'analyse de ces sources permet d'interroger par le bas cet événement symptomatique de la Guerre froide, tout en considérant le sens donné par le discours psychiatrique aux paroles et aux comportements des patients. En effet, si ces dossiers conservent les traces des réactions suscitées par cet événement au retentissement mondial, ils permettent également de saisir la manière dont médecins et psychologues interprètent les paroles des patients, dans ce contexte bien particulier. On retrouve alors à nouveau la logique de « circularité diagnostique » qui saisit les mots des patients au travers d'une grille d'interprétation médicale, visant avant tout à établir un diagnostic. Cette logique – qui donne aux paroles du patient un sens particulier, justement parce qu'il s'agit d'un patient de psychiatrie ou de psychothérapie – explique la relative liberté de ton qui se manifeste dans certains dossiers. Paradoxalement, c'est justement parce qu'ils sont perçus comme autant de signes d'une maladie mentale ou d'une personnalité émotive, angoissée ou démonstrative, que les mots de ces individus – quelle que soit la dimension politique qu'ils renferment – peuvent laisser des traces dans le dossier médical. Grâce à cette source, qui, tout en réduisant le sujet à son statut de malade, laisse entendre sa voix, l'historien peut avoir accès à des expériences personnelles d'ordinaire passées sous silence.

Dans cette perspective, ce chapitre sera organisé autour de quatre thématiques. Il s'agira tout d'abord de se pencher sur la manière dont la rupture multidimensionnelle provoquée par la construction du Mur transparait dans les dossiers. S'il est synonyme de bouleversement à plusieurs échelles, en relation avec le déchirement des cercles familiaux ou amicaux qu'il provoque, le Mur suscite également des sentiments de peurs et d'angoisse, qui font notamment resurgir les souvenirs du dernier conflit mondial. Un troisième temps de l'analyse sera consacré à l'utilisation du terme « maladie du Mur » dans les dossiers de patients de la Charité, mais également par le psychiatre Dietfried Müller-Hegemann, qui lui consacre un ouvrage paru en 1973⁹⁶⁶. Finalement, dans un dernier point, il s'agira de dépasser

autre histoire des hommes, Paris, Perrin, 2012, p. 160.

⁹⁶⁶ Dietfried Müller-Hegemann, *Die Berliner Mauerkrankheit. Zur Soziogenese psychischer Störungen*, Nicolai, Herford, 1973.

le Mur et la division allemande, en se penchant sur les « délires réunificateurs », tels qu'ils apparaissent dans les dossiers de patients.

1. Le Mur, une rupture multidimensionnelle

Selon toute logique, la plupart des patients qui évoquent la date du 13 août 1961 la relie directement à des ruptures affectives. Le Mur les sépare désormais des parents et amis qui se trouvent « de l'autre côté » (*drüben*) et auxquels ils pouvaient jusqu'alors rendre visite sans trop de difficultés. Quand ils retracent leur vie, quand ils répondent aux questions de leur interlocuteur, les patients associent souvent cette date à un bouleversement dans leur paysage affectif voire à une entrée dans la solitude. Un mois après la fermeture des frontières, en septembre 1961, on note ainsi dans le dossier d'un patient son état de tristesse dû au fait qu'il ne puisse plus se rendre à Berlin-Ouest, c'est-à-dire là où habitent toutes ses connaissances⁹⁶⁷. En 1964, un jeune homme que l'on questionne au sujet de son cercle amical, répond quant à lui que, depuis le 13 août, il n'a plus que son frère⁹⁶⁸. À la question de ce qui lui semble « le pire », ce même patient répond « le Mur »⁹⁶⁹.

En ce qui concerne la patiente Hulda Z., admise en psychiatrie en 1965, elle avait souvent été – selon les renseignements donnés par son mari – d'humeur maussade après 1961, « à cause de sa soeur qui habite à Berlin-Ouest et qu'elle ne peut plus voir »⁹⁷⁰. Toujours d'après son mari, « elle est particulièrement triste, quand elle reçoit des lettres, qui traduisent l'impossibilité de se voir »⁹⁷¹. Il est intéressant de noter que ces indications sont indiquées dans le paragraphe visant à cerner sa « personnalité pré-morbide » (c'est-à-dire avant l'apparition de la maladie). La réaction de Lothar E. face à la fermeture des frontières est également mentionnée par le rédacteur de son dossier, dans le but d'illustrer l'un des traits marquant de sa personnalité, qualifiée ici d'émotive⁹⁷². Jusqu'au 13 août 1961, cet homme de 28 ans, admis en psychothérapie en 1968, passait beaucoup de temps chez sa tante à Berlin-Ouest, dont il se sentait très proche. Ses propos (« Quand le Mur a été construit, j'aurais pu pleurer. »⁹⁷³) sont ici rapportés afin d'attester du caractère émotif de sa personnalité. C'est bien parce que Lothar

⁹⁶⁷ HPAC, M 408/61, Krankengeschichte, Verlauf, 12 septembre 1961.

⁹⁶⁸ HPAC, M 477/64, Krankengeschichte, Verlauf, 9 septembre 1964.

⁹⁶⁹ HPAC, M 477/64, Krankengeschichte, juillet 1964.

⁹⁷⁰ « Nach 1961 sei sie oft verstimmt gewesen wegen ihrer Schwester, die in Westberlin lebt und die sie nicht mehr sehen kann. Beim Erhalt von Briefen, die die Tatsache des Nichtsehenskönnens beinhalten, sei sie ganz besonders traurig. » HPAC, F 768/65, Angaben des Ehemanns, Zur praemorbiden Persönlichkeit.

⁹⁷¹ *Ibid.*

⁹⁷² HPAC, M 420/68.

⁹⁷³ « "Als die Mauer gebaut war, hätt' ich ween könn". » HPAC, M 420/68, Krankengeschichte, Anamnese, Zur Primärpersönlichkeit.

E. est émotif qu'il réagit de cette manière, ses propos étant insérés par le rédacteur dans une logique démonstrative. D'après Karl Leonhard, une « personnalité émotive » se retrouve ainsi chez des individus qui sont trop profondément touchés par des expériences douloureuses et qui ne peuvent les surmonter rapidement⁹⁷⁴. Cela étant, au-delà de l'étiquette qui est posée sur lui, pour Lothar E. comme pour bon nombre de patients de la clinique, le Mur est bien synonyme d'une division affective qui se fait particulièrement brutale, puisqu'amis et parents deviennent, du jour au lendemain, subitement inaccessibles et ce malgré leur proximité géographique⁹⁷⁵. Généralement, cette situation douloureuse est évoquée parmi d'autres difficultés d'ordre familial ou professionnel. Le Mur n'apparaît alors que comme un élément parmi d'autres dans la constellation des problèmes mentionnés par les patients.

Dans certains cas cependant, la construction du Mur représente la cause principale avancée par le patient ou par l'un de ses proches pour expliquer la dégradation de son état de santé. Un lien direct est alors établi entre le Mur et l'apparition d'un mal-être, d'un malaise, voire d'une maladie mentale. Ainsi, d'après la petite-fille de la patiente Margarete R., âgée de 73 ans et admise en psychiatrie en 1964 pour démence sénile :

« La grand-mère est particulière depuis quelques années déjà mais depuis le 13 août 1961 son état mental attire l'attention. Elle n'a pas pu se résigner de ne plus pouvoir voir ses sœurs qui vivent à Berlin-Ouest et de ne pas pouvoir se rendre sur la tombe de sa fille (noyée). »⁹⁷⁶

C'est bien une relation de cause à effet qui est établie par la petite-fille de Margarete E. pour tenter d'expliquer le changement de comportement de sa grand-mère, qui n'aurait, selon elle, pas pu supporter la rupture affective provoquée par la fermeture des frontières. On retrouve une relation de ce type dans le dossier de la patiente Ottilie E., qui effectue un séjour d'environ 3 mois en psychothérapie en 1966⁹⁷⁷. Cette femme, âgée de 50 ans, souffre de violents états d'angoisse associés à des douleurs cardiaques. Quand on se penche sur « l'histoire de sa maladie », telle qu'elle est reformulée dans son dossier, on constate qu'elle est intimement liée au degré de perméabilité des frontières de la RDA. C'est ainsi en juin 1953, à un moment où les frontières vers l'Ouest sont temporairement bloquées (en conséquence du soulèvement du 17 juin), qu'apparaissent les premiers symptômes. Si leur intensité diminue

⁹⁷⁴ Karl Leonhard (et al.), *Normale und abnorme Persönlichkeiten*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1964, p. 26.

⁹⁷⁵ On retrouve cette idée dans les écrits de l'écrivaine Brigitte Reimann, notamment quand elle évoque le départ de son frère Lutz pour l'Ouest. Brigitte Reimann, *Ich bedaure nichts. Tagebücher 1955-1963*, Berlin, Aufbau Taschenbuch, 2011 [1997], p. 140.

⁹⁷⁶ « Die Großmutter sei schon einige Jahre ganz besonders aber nach dem 13. August 1961 psychisch auffällig. Sie habe sich nicht damit abfinden können, ihre in Westberlin lebenden Schwestern nicht mehr zu sehen und das Grab ihrer Tochter (ertrunken) nicht besuchen zu können ». HPAC, F 297/64, Krankengeschichte, 5 mai 1964.

⁹⁷⁷ HPAC, F 551/66.

entre 1957 et 1961, la fermeture des frontières en août 1961 entraîne la réapparition des peurs chez Otilie E., et donc une nouvelle dégradation de son état de santé. En 1953 comme en 1961, c'est l'idée d'être coupée de sa sœur qui provoque chez cette femme de telles réactions. Comme pour nombre de citoyens de RDA, l'accès à l'Ouest détient pour elle une forte dimension affective, sa fermeture entraînant à chaque fois son basculement dans des angoisses qu'elle ne parvient à maîtriser. On retrouve cette relation de cause à effet dans le bilan rédigé par le médecin à la fin du séjour de la patiente (épicrose). Cependant, dans ce document, ce sont des formulations beaucoup plus vagues qui sont utilisées pour désigner ce qui, en 1953 comme en 1961, a suscité peurs et angoisses chez la patiente. Ainsi, d'après l'épicrose, qui est adressée au médecin traitant et qui franchit donc les limites de la clinique, si le tableau clinique se manifeste pour la première fois en 1953, c'est en raison d'un « conflit privé »⁹⁷⁸. Quant à l'année 1961, elle se caractérise par « un nouvel événement perturbant »⁹⁷⁹. Contrairement à ce qu'on peut lire dans le dossier, aucune allusion n'est faite à la relation existant entre la fermeture des frontières et l'état de santé de la patiente, dont le diagnostic fait mention d'une « évolution idéohypochondriaque chez une personnalité pointilleuse, angoissée, cyclothymique et émotive » (*ideohypochondrische Entwicklung bei übergenauer, ängstlicher, zylothymen, emotiver Persönlichkeit*). Les expériences de cette femme sont bien placées dans un cadre d'explication psychiatrique privilégiant les facteurs endogènes : on recherche ainsi, dans sa personnalité, des traits caractéristiques qui expliqueraient ses réactions. C'est bien en les insérant dans une logique démonstrative – visant à établir non seulement un diagnostic mais aussi à caractériser sa personnalité – que le discours psychiatrique donne du sens aux expériences de cette femme.

Si la construction du mur de Berlin provoque la réapparition des peurs et des angoisses chez Otilie E., elle peut également remettre brutalement en question l'équilibre psychique des individus, suscitant des réactions exacerbées. Le cas de la patiente Erna L., admise à la clinique en novembre 1961, en est un exemple particulièrement parlant⁹⁸⁰. Grâce à son dossier médical, on peut retracer une partie de la biographie de cette femme afin d'éclairer au mieux le traumatisme que la construction du Mur a pu représenter pour elle. Erna L. est née en 1905 à Berlin, dans le quartier de Neukölln qui appartiendra plus tard à la zone d'occupation américaine, puis à Berlin-Ouest. Suite au décès de son père, qui intervient alors qu'elle n'est âgée que de 7 ans, elle est élevée par sa mère, qui ne se remarie pas. Elle vit la majeure partie

⁹⁷⁸ « Das Beschwerdebild entwickelte sich erstmalig 1953 [,] als die Pat. nach einem privaten Konflikt einen vegetativen Ausnahmezustand erlitt. » HPAC, F 551/66, Epikrise, 3 janvier 1967.

⁹⁷⁹ « Nach einem erneuten aufregenden Erlebnis 1961 traten die alten Angstzustände wieder anhaltend auf, so daß die Pat. kündigte. » *Ibid.*

⁹⁸⁰ HPAC, F 682/61.

de sa vie dans un seul et unique État allemand, et c'est à l'âge de 44 ans qu'elle fait l'expérience de la division allemande. Erna L. ne semble pas avoir quitté la ville de Berlin depuis sa naissance, elle a simplement déménagé du quartier de Neukölln en 1937, lorsqu'elle s'est mariée, pour venir habiter à Mitte (qui appartiendra à Berlin-Est). Elle quitte alors le foyer familial, à l'âge de 32 ans. Ce mariage n'est finalement que de courte durée, un divorce étant prononcé en 1941. Concernant son parcours professionnel, Erna L. commence à travailler à 18 ans, étant tour à tour caissière, secrétaire, comptable, standardiste, etc. Elle cesse ses activités professionnelles en 1955, à l'âge de 50 ans, elle est alors fiancée pour la deuxième fois. Un second mariage n'a finalement pas lieu du fait du décès de son fiancé survenu en novembre 1960.

Au cours du mois de novembre 1961, Erna L. reprend une activité professionnelle, comme standardiste à l'hôpital de la Charité. Peu de temps avant de commencer ce nouveau travail, elle se rend au service ambulatoire de la clinique de la Charité (policlinique) et entame un suivi pour « dépression réactionnelle » (*reaktive Depression*). Son admission en psychiatrie intervient environ trois semaines après cette première consultation. Le 24 novembre, alors qu'elle se trouve sur son lieu de travail, le comportement d'Erna L. attire l'attention de ses collègues. Elle tente notamment de quitter son bureau – qui se trouve au rez-de-chaussée – par la fenêtre. Ses collègues la retrouvent allongée sur le sol, vêtue de son manteau, devant la fenêtre ouverte, par laquelle elle a déjà jeté son sac. Quand on lui demande ce qu'elle a voulu faire, Erna L. répond qu'elle n'a plus de chez elle, qu'elle ne sait plus où aller, évoque l'idée de sauter dans le canal. Elle est admise le jour-même en urgence à la clinique psychiatrique et neurologique, adressée par l'un des services de la Charité. Lors de son admission, elle établit un lien direct entre son comportement et la séparation d'avec sa mère, qu'elle ne peut plus voir depuis la fermeture des frontières. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier :

« Face aux médecins, elle explique ensuite que depuis le 13 août 1961 elle ne peut plus rendre visite à sa mère à Neukölln, elle a un tel mal du pays, bien qu'elle habite ici depuis 1937 déjà. Une véritable anamnèse est impossible à réaliser, parce que la patiente répond toujours avec les mêmes mots : " j'ai juste besoin de quelqu'un, à qui je peux raconter, que je ne peux plus rentrer à la maison, docteur P., ça c'était un bon médecin, je pouvais lui raconter tout ça à lui, comment ils traitent les gens aujourd'hui, nous ne pouvons plus rentrer à la maison, je veux rentrer à la maison, à Neukölln, c'est à Neukölln que je veux aller, c'est là que je suis à la maison, pas à Rosenthaler Platz [*à Berlin-Est*] ... "»⁹⁸¹.

⁹⁸¹ « Den Ärzten gegenüber äussert sie dann, sie könne seit dem 13.8.1961 ihre Mutter in Neukölln nicht mehr besuchen, habe solches Heimweh, obwohl sie schon seit 1937 hier wohne. Eine eigentliche Anamnese ist

À la lecture de ces quelques lignes, on saisit de façon concrète combien la construction du Mur bouleverse non seulement sa façon d'habiter la ville, mais plus largement une large partie de ses inscriptions sociales. Bien qu'elle n'y réside pas, Erna L. considère Neukölln comme sa maison, du fait notamment de la présence de sa mère, avec laquelle elle entretient une relation très étroite. Elle évoque ainsi le mal du pays (*Heimweh*) dont elle souffre depuis la fermeture des frontières, qui a eu lieu trois mois auparavant. Le quartier de Neukölln constitue donc un espace auquel elle accorde une forte valeur affective. Par cette médiation, elle transforme cet espace en un *lieu*. À l'été 1961, le Mur rompt brutalement la relation existentielle qu'elle entretenait avec ce quartier. Ce faisant, il interroge de manière brutale les fondements de sa *géographicité*. Face à la réaction de cette femme, le rédacteur du dossier semble quant à lui faire preuve d'un certain scepticisme, il est ainsi noté que si la patiente pleure, elle le fait « sans réelle émotion » et « sans tristesse »⁹⁸². D'après le diagnostic posé par Karl Leonhard lors de sa visite, il s'agirait d'une « réaction paranoïaque », d'un « comportement démonstratif »⁹⁸³. Or, selon le psychiatre, face à une personnalité démonstrative, « on doit particulièrement se tenir sur ses gardes, pour ne pas se laisser tromper »⁹⁸⁴. D'après lui, « les réponses que l'on reçoit dans ce cas-ci, ne sont généralement pas fiables, comme souvent les personnes [...] ne se décrivent pas, comme elles sont dans la réalité, mais comme elles voudraient bien apparaître à ce moment »⁹⁸⁵. À nouveau, c'est bien au travers d'une grille de lecture « pathologisante » qu'est interprété le comportement de la patiente, pour qui la construction du mur de Berlin constitue manifestement un profond bouleversement de ses inscriptions géographiques et sociales.

À l'image d'Erna L., pour nombre de patients de la clinique, la rupture des liens affectifs que provoque la fermeture des frontières constitue une source de tensions, de tristesse, voire de souffrance morale. Ainsi, selon son dossier, la situation conflictuelle dans laquelle se trouve Hans-Joachim S. se nourrit de deux éléments : si l'un a trait à son travail d'enseignant, qu'il déteste (« lui-même en tant qu'enseignant pense dans son for intérieur autre chose que ce qu'il enseigne, plus encore : métier qu'il déteste, dont il ne peut sortir »⁹⁸⁶),

nicht zu erheben, weil Pat immer mit den gleichen Worten antwortet : "...ich brauche nur jemandem, dem ich das erzählen kann, dass ich nicht mehr nach Hause kann, Dr P., das war ein guter Arzt, dem konnte ich das alles erzählen, wie sie heute mit den Menschen verfahren, alle können wir nicht mehr nach Hause, ich will nach Hause, nach Neukölln, nach Neukölln will ich, da bin ich zu Hause, nicht nach dem Rosenthaler Platz..." ». HPAC, F 682/61, Krankengeschichte, 24 novembre 1961.

⁹⁸² HPAC, F 682/61, Krankengeschichte, 24 novembre 1961.

⁹⁸³ HPAC, F 682/61, Krankengeschichte, 24 novembre 1961, Chef.

⁹⁸⁴ « Wenn es um den Nachweis einer demonstrativen Persönlichkeit geht, muß man besonders auf der Hut sein, daß man sich nicht täuschen läßt. » Karl Leonhard (et al.), *Normale...*, *op. cit.*, p. 22.

⁹⁸⁵ « Die Antworten, die man hier erhält, sind größtenteils unzuverlässig, da sich die Menschen, um die es hier geht, oft nicht so schildern, wie sie tatsächlich sind, sondern wie sie im Augenblick gern erscheinen möchten. » *Ibid.*, p. 22.

⁹⁸⁶ « Pat. befindet sich in starker Konfliktsituation (Mutter, an der er sehr hängt, in Westberlin, er selbst als

l'autre concerne sa mère, à laquelle il tient beaucoup et qui habite à Berlin-Ouest, un espace désormais hors d'accès⁹⁸⁷. Cet homme de 34 ans est admis en psychothérapie le 1^{er} septembre 1961 et souffre de phobie cardiaque (*Cardiophobie*). Tout comme Erna L., il a été élevé uniquement par sa mère, son père ayant succombé à une crise cardiaque alors qu'il était âgé de 10 ans. Moins de trois semaines après la fermeture des frontières, cette séparation d'avec sa mère lui semble difficile à supporter. S'il en fait part à la psychologue, cette dernière note dans son dossier qu'il donne « l'impression typique d'un enfant unique gâté »⁹⁸⁸. En ce qui concerne la patiente Lisa R., l'impossibilité de voir ses sœurs – qui habitent toutes deux à Berlin-Ouest – lui pèse également lourdement⁹⁸⁹. Cette femme d'une soixantaine d'années est admise à la clinique en juin 1964, le diagnostic fait état d'une « névrose idéohypochondriaque ». D'après le dossier, l'émigration d'une de ses sœurs pour Berlin-Ouest en novembre 1963 (l'autre y résidant déjà), l'a beaucoup déprimée, « elle se sent désormais doublement seule et ne dépasse pas le fait de ne plus pouvoir voir ses proches (sœurs) »⁹⁹⁰. Sans mari ni enfants, Lisa R. réside seule à Apolda, en Thuringe, le Rideau de fer la séparant désormais de la seule famille qui lui reste. Mais, pour le rédacteur du dossier, Lisa R. – par certains traits de sa personnalité – est également responsable de la solitude dans laquelle elle se trouve. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le paragraphe consacré à la personnalité de la patiente : « Son attitude autistique revient clairement dans sa vie. Elle souffre beaucoup de solitude, mais quand se présente l'occasion d'un contact, repousse les autres par sa nature inamicale. »⁹⁹¹. L'étiquette qui est posée sur cette femme – dont le comportement est qualifié d'autistique – permet à nouveau de donner du sens à l'expérience individuelle et douloureuse de la séparation des deux Allemagnes, en la faisant entrer dans un cadre d'explication psychiatrique.

Comme le montrent la plupart des dossiers précédemment évoqués, la fermeture des frontières vers l'Ouest se traduit souvent par l'expérience du déchirement des cercles familiaux ou amicaux. Cependant, cela ne doit pas faire oublier que, pour nombre d'individus, le Mur ébranle également la vie professionnelle. Dans les archives psychiatriques et psychothérapeutiques de la clinique de la Charité, on retrouve aussi la trace de ces Berlinois

Lehrer denkt innerlich anders als er lehrt, weiterhin : verhasster Beruf, aus dem er nicht loskommt) ». HPAC, M 588/61, Krankengeschichte, Psychisch.

⁹⁸⁷ HPAC, M 588/61.

⁹⁸⁸ « Macht den typischen Eindruck eines verwöhnten Einzelkinds. » HPAC, M 588/61, Krankengeschichte, Psychisch.

⁹⁸⁹ HPAC, F 421/64.

⁹⁹⁰ « Sie fühle sich jetzt doppelt einsam und komme nicht darüber weg, dass sie ihre beiden einzigen Angehörigen (Schwestern) nicht sehen könne. » HPAC, F 421/64, Krankengeschichte, Angaben der Patientin, Soziale Anamnese.

⁹⁹¹ « Durch ihr Leben zieht sich deutlich ihre autistische Haltung. Sie leidet sehr unter ihrer Einsamkeit, wenn sich aber die Gelegenheit zum Anschluß ergibt, stößt sie die anderen durch ihr unfreundliches Wesen zurück. » HPAC, F 421/64, Krankengeschichte, Zur Persönlichkeit.

de l'Est ou habitants du Brandebourg qui, jusqu'au 13 août 1961, passaient quotidiennement la frontière afin de se rendre à leur travail. Au lendemain de la fermeture des frontières, ceux qu'on appelait les passeurs de frontières (*Grenzgänger*), se retrouvent brutalement sans emploi et doivent s'adapter à des conditions de travail complètement différentes de celles qui étaient les leurs jusqu'alors. Environ 60 000 personnes sont concernées par ce bouleversement radical⁹⁹². Le patient Wilhelm S., qui effectue de longs séjours à la clinique depuis 1962, revient ainsi, en février 1964, sur la rupture qu'a constitué le 13 août 1961 dans sa vie :

« Il se plaint, de ne plus pouvoir pleurer malgré son état dépressif. Il donne comme raison la surcharge de travail dans son ancienne entreprise et son changement de poste le 13 août 1961. En raison de la fermeture des frontières, il a dû quitter son ancienne entreprise, dans laquelle il a travaillé pendant 34 ans comme chef-comptable et accepter un poste subalterne et moins indépendant dans une entreprise d'État [VEB]. Il n'a pas pu se reconverter, parce qu'il a déjà 60 ans. Et il a aussi dû subir beaucoup de propos hostiles en raison de l'observation des normes du plan. Au cours des 34 années qu'il a passées dans son ancienne entreprise, il n'a jamais été malade, et jamais déprimé non plus. Il croit qu'il ne recouvrira plus jamais la santé et souhaiterait rentrer chez lui. »⁹⁹³

Comme le montre l'expérience de ce patient, l'arrivée brutale dans le monde du travail est-allemand ne se fait pas sans heurts. Les *Grenzgänger* doivent s'adapter, et vite, à des conditions de travail radicalement opposées à celles qu'ils connaissaient en RFA. Ils sont généralement habitués à un rythme de travail plus soutenu, ce qui peut les faire apparaître comme des briseurs de norme. Au sein des entreprises de RDA, soumises à la planification, la norme de production est un sujet particulièrement sensible et la briser revient à augmenter la charge de travail de ses collègues. Cet état de fait explique l'hostilité des nouveaux collègues

⁹⁹² Sur les *Grenzgänger*, voir : Patrick Major, *Behind the Berlin Wall...*, *op. cit.*, p. 93-95 et p. 137-138 ; Corey Ross, « East Germans and the Berlin Wall : Popular Opinion and Social Change before and after the Border Closure of August 1961 », in *Journal of Contemporary History*, Vol. 39 (I), 2004, , p. 25-43, ici p. 31 et p. 35-36. Pour une approche plus détaillée et imprégnée de l'ambiance de la Guerre froide, voir : Jörn Schütrumpf, « Zu einigen Aspekten des Grenzgängerproblems im Berliner Raum von 1948/49 bis 1961 », in *Jahrbuch für Geschichte*, 1984, 31, pp. 333-358. Conformément au discours officiel est-allemand, la *Grenzgängerei* est ici désignée comme une manifestation du combat impérialiste visant à déstabiliser la RDA. En ce qui concerne un cas particulier, celui des jeunes Berlinoises de l'Est scolarisés à Berlin-Ouest avant la construction du Mur et leur réinsertion dans le système scolaire socialiste, voir : Emmanuel Droit, *La construction de l'homme socialiste nouveau dans les écoles de Berlin-Est : acteurs, pratiques, représentations (1949-1989)*, thèse de doctorat, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2006, p. 412-415.

⁹⁹³ « Er klagt darüber, dass er trotz seiner Verstimmung nicht mehr weinen kann. Als Ursache gibt er Überarbeitung im letzten Betrieb an und die 1961 am 13. August erfolgte Umbesetzung. Er musste auf Grund der Grenzziehung seinen alten Betrieb, in dem er 34 Jahre lang als Oberbuchhalter tätig gewesen war, verlassen und einen weniger selbständiger und untergeordneten Posten in einem volkseig.[eigenen] Betrieb annehmen. Er habe sich nicht umstellen können, weil er schon 60 Jahre alt gewesen ist. Auch habe er auf Grund der Plansolleinhaltung zuviel Hetze über sich ergehen lassen. In den 34 Jahren, in der im alten Betrieb sei, sei er nie krank gewesen, auch niemals verstimmt. Er glaubte, dass er nie mehr gesund werde und möchte gern nach Hause ». HPAC, M 318/66, Krankengeschichte, Verlauf, 4 février 1964.

de Wilhelm S. à son encounter⁹⁹⁴. La reconversion professionnelle, au sein d'un univers dont les règles lui sont inconnues, est particulièrement éprouvante pour cet individu âgé de 60 ans et qui a effectué la quasi-totalité de sa carrière professionnelle dans une seule et même entreprise. On retrouve les traces d'un bouleversement comparable dans le dossier de la patiente Dorothea N., qui passe trois semaines en psychiatrie en 1963⁹⁹⁵. Tout comme Wilhelm S., cette femme est née au début du siècle et a effectué la plus grande partie de sa carrière dans une seule et même entreprise, dans laquelle elle a travaillé comme comptable une trentaine d'années. La fermeture des frontières lui fait perdre non seulement un travail, où elle se sentait « chez elle », mais également toutes les relations amicales qu'elle avait nouées avec ses collègues, depuis de longues années. À cela s'ajoute le décès de son mari, qui intervient deux mois plus tard. Pour cette femme, l'année 1961 marque une dégradation de son état de santé. Selon le dossier, Dorothea N. a par ailleurs le souhait d'obtenir le statut de *Rentner* (statut de pensionné ou d'invalidé) afin de faire une demande légale d'émigration vers l'Ouest. En effet, dès novembre 1964, cette catégorie de la population est autorisée à rendre visite une fois par an à ses proches de l'autre côté du Rideau de fer. Les *Rentner*, retraités et personnes déclarées invalides, n'étant plus actifs professionnellement, leur éventuelle émigration – au gré d'un voyage à l'Ouest – ne viendrait pas nuire à l'économie de la RDA, bien au contraire (cette émigration annulerait en effet le versement d'une pension par l'État). La déclaration d'invalidité ou d'inaptitude au travail, délivrée par un médecin, et qui ouvre potentiellement la porte de l'Ouest, peut ainsi constituer un enjeu important dans les relations entre patients et médecins⁹⁹⁶. Si la mesure concernant la liberté de circulation des *Rentner* n'est officiellement prise qu'en novembre 1964, ce dossier montre que, dans la pratique, de telles autorisations ont dû être accordées plus tôt (le séjour de la patiente a lieu entre mars et avril 1963). Comme en témoignent ses propos, rapportés par le rédacteur du dossier, Dorothea N. ne cache pas aux médecins sa volonté de quitter la RDA : « tous ceux à qui j'en parle me disent, essaye donc, tu as un frère de l'autre côté »⁹⁹⁷. Cependant, selon l'équipe soignante, l'état de santé de la patiente ne justifie pas une telle démarche. Il lui est ainsi « expressément dit, qu'elle doit, comme beaucoup d'autres, se faire à sa situation, que seulement ensuite, elle

⁹⁹⁴ Cette situation se retrouve dans plusieurs entreprises de Berlin-Est, où il est « conseillé » aux Grenzgänger de ralentir la cadence et de prendre plus de pauses afin de ne pas briser la norme. Patrick Major, *Behind the Berlin Wall...*, *op. cit.*, p. 137-138. Dans certaines entreprises de la capitale, on tiendrait même aux Grenzgänger le propos suivant : « Nous ne faisons pas de travail capitaliste ici, mais plutôt socialiste (c'est-à-dire, lent) ». Corey Ross, *op. cit.*, p. 36.

⁹⁹⁵ HPAC, F 201/63.

⁹⁹⁶ Voir le chapitre 6 pour plus de détails à ce sujet (3.4.3. Diagnostic et accès à « l'autre côté » : la névrose de pension [*Rentenneurose*]).

⁹⁹⁷ « "jeder den ich spreche sagt mir, versuche es doch, Du hast ja Deinen Bruder drüben". » HPAC, F 201/63, Krankengeschichte, 18 mars 1963.

se sentirait bien dans un nouvel emploi etc. »⁹⁹⁸. S'accommoder de la fermeture des frontières et retourner au travail, voilà donc les priorités avancées par le discours médical.

Ainsi, comme le montrent les dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques, si le Mur entre dans les têtes, il le fait tout d'abord sous la forme d'une rupture brutale aux multiples dimensions, nombre d'individus voyant alors entièrement remis en cause leurs repères géographiques qui sont tout autant de repères sociaux et affectifs. Le déchirement des cercles familiaux ou amicaux, la perte brutale d'un emploi sont autant de conséquences à court terme de la construction du Mur et qui sont considérées par certains patients comme des facteurs ayant provoqué ou accéléré leur entrée dans la maladie. Face à ces maux, liés directement à la séparation des deux Allemagnes, le discours médical classe et catégorise, faisant des douleurs exprimées autant de signes d'un diagnostic psychiatrique. Plutôt que de prendre en compte la brutalité de l'événement, on recherche ainsi dans la « personnalité » du patient – dans sa nature même – des traits caractéristiques pouvant expliquer certaines de ses réactions.

Au final, au-delà de l'insertion de ces expériences dans un cadre d'explication psychiatrique, dans les têtes des patients, le Mur apparaît bien tout d'abord comme ce qui sépare – de la famille, des amis, d'un quartier, d'un travail. Au sein de la clinique, les patients ne sont par ailleurs pas les seuls à souffrir de la fermeture des frontières vers l'Ouest. Si elle provoque une stabilisation des effectifs, mettant un terme aux défections de personnel pour cause de « fuites de la république » (*Republikflucht*), la construction du mur de Berlin provoque également des ruptures dans les cercles familiaux et amicaux des équipes soignantes. Lors d'un entretien réalisé en 2014 à Berlin, C.H., à l'époque infirmière en psychiatrie, évoque ainsi cet épisode de sa vie : « Pour moi, le monde s'est effondré d'une certaine manière [...] j'ai pleuré pendant des jours, parce que je ne savais pas encore comment ça se passerait par la suite avec mes frères et sœurs. Je n'avais pas de parents. J'avais juste mes frères et sœurs. »⁹⁹⁹. Quant à E.S., psychologue en psychothérapie, elle souligne certes l'effet stabilisateur de la fermeture des frontières – sur le plan du personnel médical – mais revient également sur le bouleversement qu'elle a provoqué dans sa vie personnelle, ses parents se trouvant de l'autre côté du Rideau de fer (« La douleur commença, quand le Mur fut là et qu'on ne pouvait pas garder le contact avec ses proches »¹⁰⁰⁰). Le Mur, et les multiples

⁹⁹⁸ « Es wird der Patientin nachdrücklich gesagt, dass sie sich, wie viele andere, mit ihrer Situation abfinden müsse, da sie sich erst dann auf einem neuen Arbeitsplatz wohlfühlen würde usw. » HPAC, F 201/63, Krankengeschichte, 18 mars 1963.

⁹⁹⁹ « Für mich brach irgendwie eine Welt zusammen. [...] ick habe tagelang geheult, weil ick noch nicht wusste, wie geht's weiter mit meinen Geschwistern. Eltern hatt' ich nicht. Ich hatte nur die Geschwister. » Entretien avec C.H., le 26 février 2014, à Berlin.

¹⁰⁰⁰ « Das Leiden ging los, als die Mauer war und man nicht zu seinen Angehörigen den Kontakt halten konnte. »

ruptures qu'il provoque, constituent ainsi une expérience commune et partagée par l'ensemble de la « population psychiatrique »¹⁰⁰¹.

2. Le Mur, générateur de peurs et d'angoisses

Au-delà du phénomène de rupture, la fermeture brutale des frontières, qui se matérialise par la construction progressive du mur de Berlin, provoque des réactions d'angoisse et de peurs qui sont documentées dans les dossiers de patients. Comme l'ont montré plusieurs travaux d'historiens, chaque peur « est bien d'un lieu, d'un moment, d'une société »¹⁰⁰². Peurs et angoisses, notamment quand elles prennent une forme collective, sont ainsi à relier au contexte historique et social qui les voient naître. Les dossiers de patients constituent ici une source rare qui permet d'aborder des peurs, d'ordinaire passées sous silence.

En 1962, une patiente évoque ainsi le « sentiment d'être enfermée » qu'elle ressent depuis le 13 août 1961 et dont elle ne parvient à se défaire¹⁰⁰³. Edith R. est d'avis que la claustrophobie, dont elle souffre depuis plusieurs années, se serait aggravée depuis cette date. Cette femme, âgée d'une quarantaine d'années, est une Berlinoise d'adoption, d'origine américaine. Elle a grandi à New York et émigre à Berlin en 1947. Cela fait donc 15 ans qu'elle habite à Berlin, et elle se pose alors la question d'y rester. Son passeport américain lui permettrait en effet de quitter la RDA pour regagner les États-Unis. Bien qu'elle puisse toujours potentiellement passer la frontière, Edith R. ressent douloureusement la délimitation brutale de son espace de circulation. Si le Mur rentre dans sa tête, il le fait ici par la porte de l'angoisse et en tant que source de conflits intérieurs. En effet, d'après le dossier médical, le sentiment d'enfermement, déclenché par la fermeture des frontières, constitue bien l'une des difficultés auxquelles doit faire face Edith R. dans sa vie quotidienne, parallèlement aux conflits amoureux et familiaux également mentionnés par la patiente.

Les modalités de la fermeture des frontières peuvent expliquer ces réactions d'angoisse que l'on retrouve chez certains patients de la clinique. Les opérations policières et militaires, qui ont lieu dans la nuit du 12 au 13 août 1961, rappellent brutalement aux habitants de Berlin-Est qu'ils se trouvent dans une ville-front, au cœur de l'affrontement entre les deux

Entretien avec E. S., le 11 mars 2014, à Berlin.

¹⁰⁰¹ Cette expression est utilisée par l'historien Benoît Majerus pour désigner à la fois les personnes hospitalisées au sein de l'institution psychiatrique, mais également celles qui y travaillent. Benoît Majerus, *op.cit.*, p.

¹⁰⁰² Jérôme Grévy, « Conclusion : historiciser les peurs », in Frédéric Chauvaud (dir.), *L'ennemie intime. La peur : perceptions, expressions, effets*, Rennes, PUR, 2011, p. 277-280, ici p. 278-279.

¹⁰⁰³ « Sie gibt an, seit dem 13.8.61 ein Gefühl des Eingeschlossenseins nicht loszuwerden. » HPAC, F 245/62, Krankengeschichte, Angaben der Patientin, Psychischer Befund.

Blocs. La fermeture des frontières mobilise des troupes policières, qui sont appuyées par l'armée. À l'arrière, des unités de l'armée soviétique sont également présentes afin de sécuriser les opérations. Le lendemain matin, qui est un dimanche, les habitants retrouvent une ville défigurée. La plupart des rues et des réseaux de transport vers Berlin-Ouest sont coupés, des barbelés et des grillages accompagnent le tracé de la zone-frontière et traduisent dans le paysage urbain l'exacerbation des tensions géopolitiques entre les deux Allemagnes. Dans les jours suivants, le mur en dur voit progressivement le jour, une structure matérielle faite d'abord de briques qui se fera – au fil des années – de plus en plus infranchissable. La guerre semble alors toute proche et cette expérience, notamment quand elle réactive la mémoire du dernier conflit mondial, peut susciter la peur d'un retour de la guerre, dévoilant les traumatismes qu'elle a laissés dans les esprits. Les sources officielles font d'ailleurs allusion à ce que l'historien Patrick Major appelle une « psychose de la guerre » qui semble se répandre au cours de cette deuxième crise de Berlin. Elle se caractérise par la certitude qu'un conflit va bientôt éclater, et se manifeste entre autre par des crises de pleurs dans certaines usines de la ville, l'interruption précoce de vacances dans la région de Berlin, l'achat de denrées alimentaires en larges quantités, etc¹⁰⁰⁴.

Cette « peur de la guerre » apparaît également dans les dossiers de la Charité, elle se fait alors particulièrement bien documentée, comme en atteste le cas de la patiente Ruth K.¹⁰⁰⁵. Cette femme d'une trentaine d'années est admise en 1962 en psychothérapie. D'après l'anamnèse :

« Depuis août 1961, souffre de palpitations cardiaques et de lourdeurs d'estomac. Les douleurs sont apparues pour la première fois, alors que, voulant soulever quelque chose, elle se releva après s'être baissée, de fortes palpitations cardiaques apparurent et ne cessèrent plus. »¹⁰⁰⁶

À ces premières manifestations font suite des nausées et des angoisses, liées à la peur d'être atteinte d'une grave maladie cardiaque. Ruth K. est hospitalisée deux mois durant entre septembre et novembre 1961, avant de suivre un traitement ambulatoire, sans que cela ne semble calmer ses maux. Elle est adressée en avril 1962 au service de psychothérapie de la Charité. Si les premiers symptômes dont souffre la patiente se déclarent au mois d'août 1961, aucun lien ne semble être fait avec la fermeture des frontières. Un peu plus loin dans le dossier, le rédacteur juge cependant opportun de reprendre les propos suivants de la patiente :

¹⁰⁰⁴ Patrick Major, *Behind the Berlin Wall...*, op. cit., p. 126-127.

¹⁰⁰⁵ HPAC, F 245/62.

¹⁰⁰⁶ « Seit August 1961 leide sie unter Herzrasen und Völlegefühl im Leib. Die Beschwerden seien erstmalig aufgetreten, als sie etwas aufheben wollte und als sie dann wieder vom Bücken hochkam, setzte ein starkes Hochrasen ein und hörte nicht wieder auf. ». HPAC, F 239/62, Krankengeschichte, Anamnese, Jetzige Beschwerden und ihre Entwicklung.

« En août, quand j'ai vu rouler les chars, ça m'a à nouveau complètement démoralisée – j'avais eu si peur des bombardements pendant la guerre – (a les larmes aux yeux). »¹⁰⁰⁷. Les opérations militaires liées à la fermeture des frontières – faisant revenir à la surface les souvenirs angoissants des bombardements – semblent bien avoir bouleversé la patiente, qui est manifestement envahie par l'émotion à cette évocation. Cette impression est confirmée par la suite du dossier. En effet, lors d'une visite effectuée par Karl Leonhard environ une semaine après l'admission de la patiente, ce dernier lui demande ce qui aurait pu précéder sa première crise de tachycardie. Après avoir répondu « rien », Ruth K. finit par évoquer « tout au plus » l'épisode de la fermeture des frontières :

« Tout au plus le fait que les frontières aient été fermées le 13 août, elle aurait alors entendu rouler les chars et aurait entendu tous ces bruits dans la rue et elle aurait alors eu peur qu'il puisse y avoir la guerre. Elle aurait une peur bleue de la guerre, des bombes, aurait toujours été la première dans le bunker pendant la guerre, aurait aussi perdu la grand-mère lors d'un bombardement. Des relations familiales particulières n'auraient pas été supprimées par la fermeture des frontières. Elle aurait juste une soeur à Berlin-Ouest, avec laquelle elle n'aurait eu que peu de contact. »¹⁰⁰⁸

L'épisode du 13 août 1961, qui se caractérise par la présence de forces armées dans la ville, rappelle donc directement les traumatismes de la dernière guerre, ce qui se traduit chez la patiente par une réaction psychosomatique. Ruth K. fait ainsi l'expérience de la fermeture des frontières – événement de la Guerre froide – à travers les souvenirs des bombardements – qui appartiennent à son expérience de la Seconde Guerre mondiale. Entendre « rouler les chars » fait resurgir dans son esprit l'image des bombes et une « peur bleue de la guerre », qu'elle a connue alors qu'elle était encore adolescente. Si la fermeture des frontières ne signifie pas pour elle de ruptures affectives majeures, elle revivifie néanmoins le souvenir de la mort de sa grand-mère durant les bombardements de 1945. Du fait de cette mémoire encore chaude de la guerre, la construction du Mur s'avère particulièrement anxiogène. Une des caractéristiques de la peur est bien sa capacité à relier entre eux divers horizons temporels, «

¹⁰⁰⁷ « "Als ich im August die Panzer fahren sah, da war ich wieder ganz fertig – ich hatte in den Kriegstagen immer so grosse Angst vor den Bombenangriffen – " (hat Tränen in den Augen). » HPAC, F 239/62, Krankengeschichte, Anamnese, Frühere Erkrankungen.

¹⁰⁰⁸ « Pat berichtet, dass sie das erste Herzrasen nach Bücken bekommen hätte. Herr Prof will wissen, was dem vorangegangen wäre. Pat meint zunächst : "Nichts". Sagt dann aber : "Höchstens dass die Grenzen zugemacht worden waren am 13.8., sie hätte dann Panzer fahren hören und hätte allerhand auf der Strasse gehört und sie hätte dann Angst bekommen, es könne Krieg geben. Sie hätte unheimliche Angst vor Krieg, vor Bomben, wäre schon während des Krieges immer am ersten im Bunker gewesen, hätte auch die Grossmutter durch einen Angriff verloren. Besondere familiären Bindungen wären durch das Schliessen der Grenzen nicht fortgefallen. Sie hätte nur 1 Schwester in Westberlin zu wohnen, mit der sie aber wenig Kontakt gehabt hätte. ». HPAC, F 239/62, Krankengeschichte, Chefvisite, 7 mai 1962.

elle met en relation le présent aussi bien avec le passé qu'avec le futur. Nourrie de souvenirs funestes d'événements passés, la peur représente l'attente qu'un malheur semblable vienne à se reproduire inévitablement »¹⁰⁰⁹. Dans le contexte de Guerre froide, le motif de la Seconde Guerre mondiale – qui appartient à une expérience tout juste passée – fait donc logiquement son apparition dans le spectre des peurs et des angoisses. La construction du mur de Berlin est un moment particulièrement propice pour une telle résurgence. Durant la période de Guerre froide, on retrouve, dans les expériences des populations allemandes, à l'Est comme à l'Ouest, cette imbrication entre les souvenirs du dernier conflit mondial et la peur de la guerre¹⁰¹⁰.

Cette idée que la guerre pourrait revenir semble avoir été partagée par la patiente Ingeborg T., admise à la clinique deux jours après la fermeture des frontières, et dont le diagnostic d'admission fait état d'une tentative de suicide¹⁰¹¹. Au lendemain du 13 août 1961, alors qu'elle est hospitalisée à la clinique de médecine de la Charité, Ingeborg T. quitte sa chambre dans la nuit et se met à errer dans l'enceinte du complexe hospitalier. Selon le dossier, ayant eu vent de l'agitation entourant la zone-frontière, elle aurait voulu s'en approcher (la Charité se trouve à proximité immédiate de la zone-frontière puis du Mur), elle aurait soudainement eu peur pour son enfant (« Je voulais m'assurer personnellement, que ça allait vraiment aussi mal. Il faut bien que je m'occupe de mon enfant »¹⁰¹²). D'après l'épikrise, qui fait un bilan de son séjour, en tentant de se rapprocher de la frontière avec l'Ouest, Ingeborg T. avait voulu s'assurer, « "que la guerre n'arrive pas" » (les propos de la patiente sont repris entre guillemets)¹⁰¹³. Tout comme Ruth K., cette femme a fait l'expérience de la guerre durant son enfance et son adolescence. Dans le cas d'Ingeborg T., cette expérience est notamment marquée par la déportation et les violences qu'elle a subies. Quinze ans après la fin officielle de la Seconde Guerre mondiale, la fermeture des frontières en fait ainsi resurgir

¹⁰⁰⁹ « Erstens handelt Angst von der Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen. Sie ist in unterschiedlichen Zeithorizonten verortet, sie verbindet die Gegenwart sowohl mit der Vergangenheit als auch mit der Zukunft. Gespeist von unheilvollen Erinnerungen an zurückliegende Ereignisse, steht Angst für die Erwartung, dass sich ähnliches Unheil unweigerlich wiederholen werde. » Bernd Greiner, « Angst im Kalten Krieg. Bilanz und Ausblick », in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (dir.), *Angst im Kalten Krieg. Studien zum Kalten Krieg*, t. III, Hambourg, Hamburger Edition, 2009, p. 19.

¹⁰¹⁰ Voir à ce sujet l'étude de Monique Scheer sur les visions mariales en Allemagne de l'Ouest au début de la Guerre froide. La peur de la guerre – telle qu'on peut la saisir au travers des ces visions – ne présente pas un caractère nouveau et se rapproche plus des expériences du conflit passé que de celles directement liées au contexte de Guerre froide (il y est plus question de l'arrivée des Russes que d'une éventuelle attaque nucléaire). Monique Scheer « "Unter Deinen Schutz und Schirm fliehen wir." Religiöse Ausdrucksformen in der Angstkultur des Kalten Krieges », in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (dir.), *Angst im Kalten Krieg*, op. cit., p. 322-346, ici p. 335-336.

¹⁰¹¹ HPAC, F 491/61.

¹⁰¹² « "Ich wollte mich persönlich überzeugen, ob es wirklich so schlecht ist. Ich muß mich doch um mein Kind kümmern." ». HPAC, F 491/61, Krankengeschichte, Anamnese, Zur jetzigen Erkrankung.

¹⁰¹³ « Dem Suizidversuch ging voraus, daß die Pat. in der Nacht vom 14.8.61 sehr unruhig wurde, plötzlich Angst um ihr Kind hatte und sich selbst davon überzeugen wollte, "daß es nicht zum Krieg kommt". » HPAC, F 491/61, Epikrise, 5 septembre 1961.

le souvenir dans les esprits.

Si les peurs liées au Mur peuvent être associées à la mémoire du dernier conflit mondial, elles peuvent également se caractériser par la simple crainte d'en parler. Au sein de la société de RDA, le Mur devient vite un sujet hautement politique et donc tabou. Le discours officiel n'évoque pas « la construction du Mur » mais utilise des formulations plus équivoques comme « les mesures de sécurisation du 13 août 1961 » (*Sicherungsmaßnahmen vom 13. August 1961*). Pour la propagande, le Mur est avant tout un « rempart antifasciste » (*antifaschistischer Schutzwall*), qui ne vise qu'à protéger la RDA d'éventuelles attaques venues de l'Ouest. Le critiquer revient à remettre en question l'édification du socialisme et donc à apparaître comme un opposant politique. Au quotidien, le Mur constitue ainsi un sujet qu'il semble plus judicieux d'éviter. Un passage du dossier de la patiente Margot H., admise en 1964 en psychothérapie, exprime très clairement cet état de fait¹⁰¹⁴. Cette femme, âgée d'une cinquantaine d'années et dont le diagnostic fait mention d'une « personnalité démonstrative », a une peur phobique de son supérieur hiérarchique. Et quand est évoquée l'appréhension que Margot H. ressent à l'égard de son chef, on retrouve en parallèle la peur d'avoir à s'exprimer en public sur la fermeture des frontières :

« Il est essayé d'en apprendre plus sur la crainte qu'elle a de son chef de service, pour saisir d'éventuels symptômes d'une maladie endogène. Le chef est un communiste très actif, intimement convaincu et traversé par ses idéaux, qui a cru, qu'elle était – en tant que membre de la DSF¹⁰¹⁵ – une collègue également active sur le plan politique. Il a toujours essayé de l'attirer dans son cercle et de sonder son intérêt politique. Ça a été si loin qu'il a fait des démarches préliminaires pour son admission au parti. Son refus l'a beaucoup déçu. Seule sa nationalité soviétique et son activité politique auraient suffi à éveiller en elle la crainte de cet homme, elle avait été entretenue dans cet état par de nombreux détails, qui n'avaient fait que la renforcer dans sa crainte, ainsi un collègue lui a demandé en présence du chef, comment elle se positionnait vis-à-vis des mesures du 13 août 1961. Elle s'est alors imaginée que ce collègue avait été chargé par le chef de lui poser cette question pour la cuisiner. »¹⁰¹⁶

¹⁰¹⁴ HPAC, F 137/64.

¹⁰¹⁵ La DSF (*Deutsche sowjetische Freundschaft*, Amitié germano-soviétique) est une organisation de masse visant à promouvoir l'amitié entre la RDA et l'URSS.

¹⁰¹⁶ « Es wird versucht, näheres über die Furcht vor ihrem Abteilungsleiter zu erfahren, um evtl. Symptome einer endogenen Erkrankung zu erfassen. Der Chef sei ein sehr aktiver, dabei sehr überzeugter und von Idealen beherrschter Kommunist, der geglaubt habe, dass sie – als Mitglied der DSF – eine ebenso politisch aktive Kollegin sei. Er habe immer versucht, sie in seinem Kreise hinaufzuziehen und ihr politisches Interesse zu erforschen. Das sei so weit gegangen, dass er Vorverhandlungen zu ihrer Aufnahme in die Partei gemacht habe. Ihre Absage habe ihn sehr enttäuscht. Allein seine sowjetische Staatsbürgerschaft und seine politische Aktivität hätten genügt, um in ihr die Furcht vor diesem Mann zu erwecken, unterhalten wurde sie durch viele Kleinigkeiten, die sie in ihrer Furcht immer nur bestärkten, so habe zum Beispiel ein Kollege sie in Gegenwart des Chefs gefragt, wie sie zu den Maßnahmen des 13. August 1961 stehe. Sie habe sich damals eingebildet, dieser Kollege wäre vom Chef mit der Frage beauftragt gewesen, um sie auszuhorchen. » HPAC,

À nouveau, les propos tenus par la patiente sont bien enfermés dans une « logique de circularité diagnostique » puisque c'est en vue d'attester de la présence d'une maladie qu'on la questionne au sujet de la peur qu'elle ressent vis-à-vis de son chef. Cela étant, à la lecture de ce paragraphe, on saisit bien dans quelle mesure le thème de la fermeture des frontières peut se faire sensible, notamment quand il est abordé en public. La question posée à cette femme au sujet des « mesures du 13 août 1961 » lui semble ainsi suspecte et accentue encore son angoisse, ce d'autant plus qu'elle ne partage manifestement pas les mêmes opinions politiques que son supérieur. On retrouve cette association entre la parole sur le Mur et la peur de la répression dans les propos d'une patiente admise en 1963 à la clinique. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le dossier de Gerda E., à la date du 31 octobre 1963 :

« (Fait quelque chose de mal au travail ?) Oui, pas au travail. On va venir me chercher. (?) Lors de mon premier interrogatoire ici j'ai toujours parlé du Mur. Ai [une] sœur et des connaissances de l'autre côté. (?) Donc d'abord il y avait la peur de la maladie, après est venu le mur. »¹⁰¹⁷

Selon les règles qui régissent la retranscription des entretiens, les questions du médecin sont mises entre parenthèses, devant s'effacer en quelque sorte devant la parole du patient. Un peu plus loin, le motif du Mur réapparaît dans la retranscription des dires de Gerda E. : « Je crois toujours que je vais être fusillée. (?) Parce que j'ai parlé du mur. »¹⁰¹⁸. Quant au rapport rédigé par le médecin à la fin du séjour, on peut y lire la phrase suivante : « La peur de la maladie mortelle, qu'elle dominait auparavant, a été remplacée par la peur d'une persécution policière du fait de propos politiques tenus lors de la réalisation de son anamnèse »¹⁰¹⁹. Quand on se penche sur la retranscription de son anamnèse, on ne retrouve pas de propos évoquant explicitement le Mur, la patiente fait par contre état de proches habitant en Allemagne de l'Ouest. Soit certains de ses propos n'ont pas été retranscrits en totalité dans le dossier médical, soit Gerda E. associe l'évocation de l'Ouest à la présence du Mur. Quoiqu'il en soit, dans son esprit, les propos qu'elle a tenus sur le Mur – qu'ils soient explicites ou implicites – doivent avoir pour conséquence son arrestation par la police, suivie d'une condamnation à mort. À nouveau, le Mur est associé à la peur d'en parler et provoque une réaction que la

F 137/64, Krankengeschichte, 17 avril 1964.

¹⁰¹⁷ « (Etwas falsch gemacht an der Arbeit ?) Ja, an der Arbeit nicht. Ich werde abgeholt. (?) Bei meinem ersten Protokoll hier habe ich immer von der Mauer gesprochen. Habe Schwester und Bekannte drüben. (?) Also zuerst war die Angst vor der Krankheit, dann kam die Mauer. » HPAC, F 45/67, Krankengeschichte, Nachexploration, 31 octobre 1963.

¹⁰¹⁸ « Ich glaube immer, ich werde erschossen. (?) Weil ich von der Mauer gesprochen habe. » HPAC, F 45/67, Krankengeschichte, Nachexploration, 31 octobre 1963.

¹⁰¹⁹ « Die Angst vor den tödlichen Krankheit, die sie vorher beherrschte, wurde abgelöst von der Angst vor polizeilicher Verfolgung wegen politischer Äußerungen bei Erhebung ihrer Anamnese ». *Ibid.*, Epikrise, 6 janvier 1964.

patiente ne peut maîtriser. Durant les années qui suivent cette première hospitalisation, Gerda E. va être hospitalisée à plusieurs reprises à la clinique, le diagnostic faisant état d'une « dépression auto-torturante » (*selbstquälerische Depression*). Selon Karl Leonhard, cette forme de dépression se caractérise justement par le fait que ce soit l'expression même d'idées dépressives qui plonge le malade dans l'agitation et les tourments¹⁰²⁰. La cinquième admission de Gerda E. a lieu en janvier 1967. Quelques mois plus tard, en mai, le médecin adresse un courrier aux autorités afin que soit accordée aux plus proches parents de la patiente, résidant à Berlin-Ouest, une autorisation pour se rendre à Berlin-Est. Il justifie cette demande en soulignant l'importance que ce contact direct pourrait avoir pour le processus de guérison de la patiente¹⁰²¹. Depuis décembre 1963, des accords passés entre le Sénat de Berlin-Ouest et les autorités de RDA ont en effet abouti à la délivrance de visas temporaires pour les Berlinoises de l'Ouest, ce qui permet à ces derniers de rendre visite à leurs familles de l'autre côté du Rideau de fer. N'ayant obtenu aucune réponse positive, le médecin réitère sa demande quelques semaines plus tard. Il s'agit de faire franchir le Mur à la sœur de la patiente. L'argumentation se fait plus précise, le médecin soulignant ce qui fait, selon lui, la spécificité de la maladie psychique :

« La situation d'un malade sur le plan psychique est extrêmement différente de celle d'un malade sur le plan organique. De telles situations pesantes comprenant un manque de contact avec les proches ont des conséquences beaucoup plus graves pour cette maladie, que ce n'est le cas autrement. »¹⁰²²

D'après ce courrier, si la vie de la patiente n'est pas directement menacée, il subsiste la « possibilité qu'en guise de réaction, la maladie se prolonge, accompagnée de tourments considérables »¹⁰²³. Un lien est donc établi entre l'absence de contact direct avec Berlin-Ouest – première conséquence de la construction du Mur – et une dégradation de l'état de santé de la patiente. Le médecin termine son courrier en priant son interlocuteur de « se mettre à la place d'un malade dépressif aux lourds états d'âmes, qui ne voit plus aucune issue à l'ensemble de sa situation »¹⁰²⁴. Cette démarche ne semble cependant suivie d'aucun effet. Une troisième

¹⁰²⁰ Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, op. cit., p. 47.

¹⁰²¹ « Für die weitere psychische Gesundheit unserer Pat. ist es u. E. sehr wesentlich, wenn ihr der Kontakt zu ihren nächsten Angehörigen möglich gemacht wird. » HPAC, F 45/67, Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Behörde, 16 mai 1967.

¹⁰²² « Die Situation eines psychisch Kranken ist eine ganz andere als die eines organisch Kranken. Solche psychischen Belastungen mit fehlendem Kontakt zu den Angehörigen wirken sich unter der Krankheit wesentlich erschwerender aus, als das sonst der Fall ist. ». HPAC, F 45/67, Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Behörde, 5 juillet 1967.

¹⁰²³ « Es besteht keine unmittelbare Lebensgefahr, aber es besteht die Möglichkeit einer reaktiv ausgelösten, erheblichen qualvollen Krankheitsverlängerung. » *Ibid.*

¹⁰²⁴ « Ich möchte Sie bitten, zu versuchen, sich in die schwere Gemütsverfassung eines depressiv Kranken

demande, rédigée cette fois-ci par un médecin-chef de la clinique, est déposée en décembre 1967, afin que la sœur de la patiente puisse se rendre à la clinique pour les fêtes de Noël. Cela fait alors presque un an que Gerda E. est hospitalisée. S'il évoque à nouveau la « lourde névropathie » (*schweren Nervenleiden*) dont souffre la patiente, le médecin précise également que cette dernière a été atteinte *dans son corps* (elle a souffert de graves troubles du métabolisme durant les mois précédents, qui ont notamment causé des lésions au foie). Cependant, quand on se penche sur le dossier, il est difficile de dire si cette demande, qui fait de Ruth K. une malade à double titre – sur le plan psychique comme physique – a finalement été acceptée. Quoiqu'il en soit, toutes ces démarches montrent bien que, pour les médecins de la clinique, on peut établir une relation entre l'état de santé d'une patiente et l'absence de contact direct avec des proches résidant à l'Ouest. La visite éventuelle de la sœur de Ruth K., de Berlin-Ouest à Berlin-Est, est présentée comme un élément pouvant favoriser le processus de guérison de la patiente. Ce faisant, bien que de manière indirecte, les médecins soulignent alors les conséquences néfastes de la fermeture des frontières sur la santé des citoyens de RDA.

À la lecture des dossiers de patients, on perçoit bien selon quelles modalités concrètes, le Mur, son évocation, les circonstances de sa construction, peuvent susciter des réactions d'angoisse et de peur, faisant basculer certains individus dans la sphère du pathologique. Les opérations policières et militaires qui entourent la fermeture des frontières vers l'Ouest réactivent ainsi les souvenirs traumatiques de la Seconde Guerre mondiale. Les émotions qui sont alors ressenties par les patients viennent puiser dans leurs expériences passées, dans un enchevêtrement constant des temporalités. Par ailleurs, les sentiments de peur liés au Mur sont également à relier à la crainte d'en parler, le Mur symbolisant non seulement la restriction de la liberté de circulation, mais également l'absence de liberté d'expression. Malgré cette censure qui pèse sur la population de RDA, l'expression « maladie du Mur » se diffuse à l'est du Rideau de fer, peu de temps après la fermeture des frontières. Faisant du Mur un élément pathogène, cette expression entre en parfaite contradiction avec le message diffusé par la propagande officielle, qui fait du Mur un rempart contre les menaces venues de l'Ouest. En s'appuyant sur des sources d'époque, il s'agit désormais d'interroger le passage de ce néologisme dans le vocabulaire courant puis médical.

hineinzuversetzen, der aus seiner ganzen Lebenssituation keinen Ausweg mehr sieht [...]. » *Ibid.*

3. La « maladie du Mur » (*Mauerkrankheit*)

3.1 Registre de Guerre froide, vocabulaire courant et médical

Dans le discours qu'il prononce en avril 1962, devant une assemblée du parti, Paul Verner – membre du Comité Central du SED – évoque l'utilisation de l'expression « maladie du Mur » par les médias ouest-allemands. D'après lui, cela participe d'une campagne de « diffamation stupide » menée à l'encontre de la RDA. Il réplique avec ironie, que si la « maladie du Mur » existait, « alors Berlin-Ouest serait déjà tombée depuis longtemps, puisque ce n'est pas la capitale de la RDA mais la ville-front de Berlin-Ouest qui a été emmurée »¹⁰²⁵. La réponse apportée par ce haut-fonctionnaire du parti aux médias ouest-allemands s'inscrit dans une logique de Guerre froide, il reprend le message diffusé par la propagande officielle, qui fait du Mur un rempart contre les attaques issues du camp impérialiste. Le Mur est désigné comme un moyen d'endiguer les menaces venues de l'Ouest, afin de protéger la RDA des visées guerrières des impérialistes. En érigeant un tel rempart, la RDA aurait ainsi sauvé la paix. Selon cette logique, et comme le dit Paul Verner, c'est bien Berlin-Ouest qui a été « emmurée », afin de contenir les menaces que cet îlot pouvait représenter pour l'équilibre de la RDA. À l'inverse, l'expression même de « maladie du Mur » – qui, loin d'en faire un remède, fait du Mur une source de maux – vient contredire la propagande des autorités communistes.

Or, dans les dossiers de patients des années 1960, on retrouve bien l'emploi de ce néologisme, au moins à deux reprises. Non pas sous la forme d'un diagnostic – cela aurait été perçu comme une provocation envers le régime – mais de manière plus allusive, dans la retranscription des dires du patient. Ce terme, qui est tout sauf neutre dans le contexte de la RDA, y est d'ailleurs toujours noté entre guillemets, ce qui permet au rédacteur de s'en distancier. On le retrouve notamment dans le dossier du patient Helmut T.¹⁰²⁶. Cet ingénieur d'une cinquantaine d'années est adressé à la Charité par la clinique de neurologie de l'hôpital de Friedrichshain, à Berlin-Est, et admis en psychothérapie en juin 1967. Il se plaint d'insomnies et de douleurs dans les jambes, sans qu'une cause physiologique n'ait pu être détectée. Au sujet de sa situation familiale, voici ce qu'on peut lire dans le dossier :

« Pat[ient] s'est marié en 1937 (vendeuse, - 3 ans¹⁰²⁷). Naissance du fils en 1938 ; mort par

¹⁰²⁵ « Wenn das Krankheitsgeschehen eine Mauerkrankheit wäre, dann müßte ja Westberlin schon lange davon befallen sein; denn nicht die Hauptstadt der DDR sondern die Frontstadtpolitik Westberlins wurde eingemauert. » « Unser Berlin heute und morgen. Aus der Rede des Genossen Paul Verner vor dem Parteiaktiv der SED von Groß-Berlin », *Berliner Zeitung*, 8 avril 1962, p. 4.

¹⁰²⁶ HPAC, M 444/67.

¹⁰²⁷ La mention « -3ans » signifie que l'épouse du patient est âgée de trois ans de moins que lui.

noyade en 1952, tombé dans l'eau glacée en jouant. Naissance d'une fille en 1941, métier : facturière pour des machines de bureau, est aujourd'hui fiancée à Berlin-Ouest, après avoir fichu le camp peu de temps avant le Mur pour se marier. Divorce entre-temps. Lui a eu un très bon mariage. Sa femme était toutefois toujours renfermée et pas très tendre, à la fin elle avait eu la "maladie du Mur" ». Elle s'était empoisonnée au gaz d'éclairage. Elle a aussi certainement souffert du fait qu'il soit constamment malade. »¹⁰²⁸

Les guillemets qui entourent l'expression « maladie du Mur » laissent penser qu'elle a été directement utilisée par le patient pour désigner le mal-être de sa femme, décédée en octobre 1966 des suites de cet empoisonnement. Comme le suggère l'emploi du terme *Mauerkrankheit*, le désespoir de cette femme est très certainement à mettre en relation avec la séparation d'avec sa fille, qui a quitté illégalement la RDA en 1961, peu avant la fermeture des frontières, et réside désormais à Berlin-Ouest. Cette dernière ne peut bénéficier des mesures autorisant les Berlinoises de l'Ouest à franchir le Rideau de fer pour rendre visite à leurs proches, sans risquer d'être rattrapée par les autorités de RDA et condamnée à de la prison. Le Mur sépare ainsi définitivement la fille de sa mère. D'après l'épique, le patient ne s'épanche pas sur le sujet, ne donnant manifestement que peu d'informations sur les circonstances ayant entouré le suicide de sa femme¹⁰²⁹. Cette mention, qui date de juin 1966, atteste bien de l'utilisation, dans le langage courant, d'un terme reliant très explicitement le Mur à un état considéré comme relevant de la sphère du pathologique. On la retrouve dans un autre dossier, datant de 1967. Si la « maladie du Mur » est à nouveau évoquée par un patient, ce dernier exerce la profession de médecin. Admis en psychiatrie en décembre 1967, Anton L. dirige un hôpital à une centaine de kilomètres au sud de Berlin. Le diagnostic fait état d'une « mélancolie pure » (*reine Melancholie*). Selon Karl Leonhard, cette maladie se caractériserait par « un abattement, un ralentissement de l'activité psychique et psychomotrice »¹⁰³⁰. Insomnies, angoisses, épuisement, manque d'intérêt, tels sont les maux évoqués par Anton L. lors de l'anamnèse. Il fait également mention des difficultés qu'il rencontre dans son activité professionnelle et notamment de sa surcharge de travail, en relation avec le manque d'internes. Cette situation s'explique par le déficit de personnel médical en RDA, les médecins

¹⁰²⁸ « Pat[ient] heiratete 1937 (Verkäuferin, - 3 Jahre). 1938 Sohn geboren ; 1952 Tod durch Ertrinken, beim Spielen ins Eis eingebrochen. 1941 Tochter geboren, Beruf Büromaschinenfakturstin, sei heute in Westberlin verlobt, nachdem sie kurz vor der Mauer abgehauen sei, um zu heiraten. Diese Ehe sei inzwischen verschieden. Er habe eine sehr gute Ehe geführt. Seine Frau war allerdings immer verschlossen u[nd] nicht sehr zärtlich, hatte zum Schluß die "Mauerkrankheit". Sie vergiftete sich mit Leuchtgas. Sie habe auch sicher unter seinen ständigen Krankheiten gelitten. ». HPAC, M 444/67, Krankengeschichte, Anamnese, « Zur familiären Situation ».

¹⁰²⁹ HPAC, M 444/67, Epikrise, 12 mai 1967.

¹⁰³⁰ « Die reine Melancholie andererseits zeichnet sich durch gedrückte Stimmung, Denkhemmung und psychomotorische Hemmung aus. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, op. cit., p. 45.

étant particulièrement représentés parmi les candidats au départ jusqu'à la fermeture des frontières en 1961. À ce sujet, on apprend dans le dossier qu'en 1958/59, « à l'époque de la fuite massive de la république », Anton L. a fait face en ayant recours à un tranquillisant (*Librium*) et un antidépresseur (*Marsilid*). En effet, la radicalisation de la répression à l'encontre des personnes ayant passé illégalement la frontière ou projetant de le faire (*Passgesetz* de décembre 1957) ainsi que l'accentuation de la pression idéologique au sein des universités (à partir de février 1958) provoquent des vagues de départs vers l'Ouest, au sein desquelles le groupe professionnel des médecins détient une part significative. Si ce mouvement est stoppé par la fermeture des frontières en 1961, la pénurie de médecins se fait encore sentir au cours des années 1960, comme en témoigne la situation d'Anton L., qui, en 1967, dit avoir été de garde tous les week-ends depuis dix ans. D'après l'anamnèse, il se serait plaint de sa situation auprès des autorités centrales, sans succès. Il évoque également les conflits qui l'opposent aux « membres du Conseil et aux fonctionnaires du SED » depuis de nombreuses années. Une semaine après son admission, à la date du 19 décembre 1967, est inscrite la chose suivante dans son dossier :

« Aime parler de sujets politiques : "En RDA il y a au moins 10 millions de citoyens qui souffrent de la maladie du Mur. Pour ça, on donnerait certes du Bellusecal [*médicament barbiturique*] mais bien sûr ça ne peut pas aider". »¹⁰³¹

Cette mention intervient juste après un paragraphe qui fait état de la tendance « revendicatrice » du patient au sein du service, et qui s'illustre par les plaintes qu'il adresse quotidiennement au médecin. À nouveau, l'expression « maladie du Mur » est insérée dans des guillemets qui indiquent que le rédacteur du dossier cite directement le patient, prenant ainsi de la distance vis-à-vis d'un sujet qu'il qualifie lui-même de « politique ». L'estimation particulièrement haute qu'il avance – le chiffre de 10 millions correspond à plus de la moitié de la population de RDA, qui compte alors environ 17 millions d'habitants – souligne l'idée selon laquelle cette « maladie » serait fortement répandue au sein de la population locale. Anton L. évoque également l'impuissance des médecins, dont l'aide se limite d'après lui à délivrer des calmants. Dans la bouche de ce médecin, l'expression « maladie du Mur » semble bien prendre la forme d'un diagnostic, c'est-à-dire d'une catégorie classificatoire déterminée à partir de la présence de symptômes.

¹⁰³¹ « Spricht gern über politische Themen : „In der DDR seien mindestens 10 Millionen Bürger an der Mauerkrankheit erkrankt. Dafür gäbe man zwar Bellusecal, aber das kann natürlich nicht helfen“. » HPAC, M 656/67, Krankengeschichte, Verlauf, 19 décembre 1967.

3.2 La maladie du mur de Berlin, de Dietfried Müller-Hegemann

3.2.1 Parcours scientifique et politique d'un psychiatre

Anton L. n'est pas le seul médecin à souligner l'importance des réactions pathologiques liées à la construction du Mur. En 1973, Dietfried Müller-Hegemann, psychiatre ayant longtemps exercé en RDA, publie dans une maison d'édition ouest-allemande un ouvrage au titre évocateur : *La maladie du mur de Berlin. Sur la sociogénèse des troubles psychiques*¹⁰³². L'auteur a gagné illégalement l'Ouest deux ans auparavant et peut apparaître comme un déçu du régime communiste. Si nous avons déjà croisé son chemin au cours des chapitres précédents, il convient de revenir plus en détail sur son parcours, où se mêle science et politique.

Militant de la première heure, Dietfried Müller-Hegemann entre au KPD en 1931 et dirige des actions de résistance antifasciste sous le Troisième Reich, faisant ainsi l'expérience du combat politique dans la clandestinité, notamment au sein du milieu étudiant berlinois. Durant la guerre, il sert en tant que médecin et travaille principalement dans des services de psychiatrie. Fait prisonnier en 1945, il connaît la captivité dans une prison soviétique, avant d'exercer en tant que médecin hospitalier en Union soviétique. Il est définitivement libéré en octobre 1948, année au cours de laquelle il adhère au SED. Si, dans l'après-guerre, il est proche du courant psychanalytique, Dietfried Müller-Hegemann se fait vite l'un des plus ardents défenseurs des conceptions pavloviennes, promues par les autorités de RDA¹⁰³³. Après avoir exercé au sein de la clinique de la Charité et avoir déposé son habilitation, il est rapidement nommé en 1952 au poste de directeur intérimaire de la clinique psychiatrique et neurologique de Leipzig. Il occupe en parallèle des fonctions à responsabilité auprès du ministère de la Santé, où il dirige dès 1954 le département « Science » (*Leiter der Hauptabteilung Wissenschaft*). Dietfried Müller-Hegemann est alors particulièrement proche des sphères du pouvoir, ce qui bénéficie pleinement à sa carrière. Ainsi, en 1957, du fait de la pression exercée par le secrétariat d'État à l'enseignement supérieur, et contre l'avis du conseil de la faculté de médecine, il obtient la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'Université Karl-Marx de Leipzig (ainsi que le poste de directeur de la clinique universitaire qui lui est associé)¹⁰³⁴. Cette nomination intervient à un moment où l'autonomie des facultés de médecine se voit remise en cause, notamment en ce qui concerne leur recrutement : entre 1957 et 1959,

¹⁰³² Dietfried Müller-Hegemann, *Die Berliner Mauerkrankheit. Zur Soziogenese psychischer Störungen*, Nicolai, Herford, 1973.

¹⁰³³ Voir le chapitre 1 (1.3. La campagne de « pavlovisation »).

¹⁰³⁴ BArch, Personalakte Dietfried Müller-Hegemann, DR 3-B/15124.

le secrétariat d'État à l'enseignement supérieur peut ainsi faire valoir la nomination de 20 camarades du SED à des postes de professeurs de médecine (on n'en comptait que 9 pour la décennie précédente)¹⁰³⁵. L'Université Humboldt constitue ici un contre-exemple, puisque c'est également à cette époque (la même année, en 1957) que Karl Leonhard, bien que dépourvu de la carte du parti, obtient la chaire de psychiatrie et de neurologie de Berlin.

À Leipzig, dès 1953, Dietfried Müller-Hegemann met sur pied un service de psychothérapie au sein de la clinique qu'il dirige. Il publie en 1957 le premier manuel de psychothérapie de RDA, où il expose la méthode de la « psychothérapie rationnelle » (*rationale Psychotherapie*), qui s'oppose à toute orientation psychanalytique, avec pour but de soigner « l'être humain en entier, dans toutes ses relations à l'environnement »¹⁰³⁶. Dans le cadre de cette méthode, qui se veut « rationnelle » et fondée sur des principes scientifiques, la nosologie détient une place importante ; quant au traitement en lui-même, il s'appuie principalement sur des exercices pratiques (les techniques de relaxation y jouent un rôle important, comme celle de l'« autorelaxation concentrative » [*autogenes Training*]). Parallèlement à la présentation de ce qui fait la « psychothérapie rationnelle », Dietfried Müller-Hegemann souligne déjà dans cet ouvrage le rôle central que peuvent jouer les facteurs exogènes dans l'apparition des névroses, en s'appuyant notamment sur le cas des « névroses de guerre ». S'il insiste sur la complexité et le caractère contradictoire des « parcours psychiques » (*psychischen Abläufe*), le psychiatre manifeste un intérêt certain pour le rôle joué par l'environnement dans la genèse des troubles psychiques.

Au cours des années 1960, Dietfried Müller-Hegemann joue un rôle de premier plan dans le paysage psychiatrique de RDA. Quant à la relation qu'entretient avec le parti ce communiste de la première génération, elle semble se faire de plus en plus distante. En témoigne un rapport de la *Kaderabteilung* (service du personnel), en date de septembre 1962, selon lequel Dietfried Müller-Hegemann ne favoriserait pas le travail du parti au sein de sa clinique, mais freinerait au contraire tous les efforts visant à y instaurer une « vie conforme à la ligne du parti » (*ein parteiliches Leben*)¹⁰³⁷. En 1963, le secrétaire de parti de la faculté de médecine fait état de conflits impliquant Dietfried Müller-Hegemann, qui opprimerait tout comportement « partisan » de la part des employés de sa clinique¹⁰³⁸. Au cours de l'année 1963, il est suspendu de ses fonctions de directeur et fait l'objet d'une enquête judiciaire en

¹⁰³⁵ Ralph Jessen, *Akademische Elite...*, *op. cit.*, p. 98-99.

¹⁰³⁶ « Eine methodisch betriebene rationale Psychotherapie kommt dem Bestreben jedes echten Arztes entgegen, nicht allein einzelne Organe, sondern den ganzen Menschen mit all seinen Beziehungen zur Umwelt zu behandeln und prophylaktisch zu betreuen. » Dietfried Müller-Hegemann, *Psychotherapie...*, *op. cit.*, p. 15.

¹⁰³⁷ BArch, Personalakte Dietfried Müller-Hegemann, DR 3-B/15124, Anlage zum Dienstreisebericht vom 19.9.1962, p. 160.

¹⁰³⁸ BArch, Personalakte Dietfried Müller-Hegemann, DR 3-B/15124, p. 163.

relation avec de graves intoxications médicamenteuses ayant eu lieu dans le service de psychothérapie. Finalement, au terme d'une enquête de plusieurs mois, aucune charge n'est retenue contre Dietfried Müller-Hegemann, qui est réinvesti dans ses fonctions. Il écope néanmoins d'un blâme sévère (*strenge Rüge*) de la part du SED. Peu de temps après, Dietfried Müller-Hegemann démissionne de son poste pour prendre la direction d'un hôpital psychiatrique berlinois, sans affiliation universitaire. Cette décision, qui constitue une rupture dans la carrière de ce psychiatre, témoigne certainement des traces laissées par les conflits des années précédentes à Leipzig. En 1964, il prend ainsi la tête de l'hôpital Wuhlgarten de Berlin-Est (qui devient l'hôpital Wilhelm Griesinger en 1968), poste qu'il occupera jusqu'à son départ pour l'Ouest en 1971.

Au cours de ces années d'activité à Berlin-Est, il approfondit l'intérêt qu'il portait déjà au rôle joué par les facteurs exogènes dans la genèse des troubles psychiques et mentaux. Il publie ainsi en 1967, dans la revue *Social Psychiatry*, un article intitulé « Névroses et psychoses sociogènes » (*Soziogene Neurosen und Psychosen*)¹⁰³⁹. Dans cet article, il revient sur la relation existant entre « l'environnement », « le milieu social » ou ce qu'il nomme les « macroformations sociales » d'un côté, et l'apparition de troubles psychiques et mentaux, de l'autre. Comme il l'écrit, particulièrement en temps de guerre ou de crise, les « macroformations sociales », qu'elles soient de nature politique, économique ou confessionnelle, peuvent :

« par des effets terroristes, en déracinant ou en contrariant les destins, avoir les conséquences les plus lourdes pour nombre d'individus. Dans la mesure où des névroses et des psychoses se développent dans de telles circonstances, se pose la question de savoir quelles constellations spécifiques du milieu social ont pu jouer un rôle actif dans ce processus et si une prédisposition constitutionnelle ou d'autres facteurs y ont été associés. »¹⁰⁴⁰

Contrairement au courant majoritaire de la psychiatrie allemande, qui s'intéresse plutôt au caractère endogène des troubles psychiques et mentaux, Dietfried Müller-Hegemann souligne le fait que l'environnement extérieur – qu'il s'agisse par exemple d'une crise économique ou d'une guerre – puisse constituer le facteur principal dans la genèse d'une névrose ou d'une psychose, et ce sans que les individus concernés ne présentent de

¹⁰³⁹ Dietfried Müller-Hegemann, « Soziogene Neurosen und Psychosen », in *Social Psychiatry*, Vol. 2, n°2, 1967, p. 81-85.

¹⁰⁴⁰ « Hier interessieren lediglich die sozialen Makroformationen (politischer, wirtschaftlicher, konfessioneller und ähnlicher Art), die besonders in Kriegs- und Krisenzeiten durch terroristische, entwurzelnde oder schicksalhaft konträre Einwirkungen schwerste Belastungen für zahlreiche Individuen herbeiführen können. Soweit sich unter solchen Lebensverhältnissen Neurosen und Psychosen entwickeln, ergibt sich die Frage, welche spezifischen Konstellationen des sozialen Milieus dabei wirksam gewesen sind und ob eine konstitutionnelle Bereitschaft oder sonstige Faktoren mitbeteiligt waren. » *Ibid.*, p. 81.

prédispositions particulières. Le psychiatre s'empare d'une question qui traverse de longue date le champ psychiatrique : la maladie mentale nécessite-t-elle une « prédisposition », un terrain, une hérédité particulière, ou bien alors peut-elle être le fruit de circonstances extérieures au sujet ? Dietfried Müller-Hegemann penche clairement pour la deuxième hypothèse. Pour étayer son argumentation, il présente cinq cas de patients, ayant développé de tels maux, suite à des traumatismes ou à des situations conflictuelles, en relation directe avec le contexte extérieur (expériences de la répression sous le Troisième Reich, des persécutions antisémites, de l'occupation de la Pologne par l'Allemagne, de la fuite et du déracinement, de conditions de vie extrêmement difficiles durant la Seconde Guerre mondiale, etc.). Pour un seul de ces cas, le facteur déclencheur n'est pas à mettre en relation avec l'époque du Troisième Reich ou celle de la Seconde Guerre mondiale, mais avec des circonstances beaucoup plus récentes, qui sont celles de la Guerre froide et de la séparation des deux Allemagnes. En effet, en ce qui concerne la patiente E.S., souffrant d'un blocage psychogène de la mâchoire (*psychogene Kiefersperre*) et présentant des traits dépressifs, la dégradation de son état de santé serait directement liée aux « mesures de sécurisation de la frontière de la RDA », qui l'empêchent de rejoindre son mari se trouvant en RFA. Pour cette femme, qui manifeste également des tendances suicidaires, la seule et unique thérapie consiste bien à lui permettre de franchir le Rideau de fer, d'Est en Ouest. C'est d'ailleurs le sens des démarches entreprises par la clinique, avec succès. En présentant ce cas dans une revue au public international, le psychiatre met ainsi publiquement en avant les effets pathogènes de la construction du mur de Berlin sur les individus.

Cette position est d'autant plus intéressante à souligner que c'est lui-même qui est monté au créneau, au lendemain de la fermeture des frontières, à l'université de Leipzig, pour défendre la nouvelle ligne à adopter face à ses collègues médecins. D'après ses dires, la frontière étant désormais close, la tâche des camarades membres de l'*Intelligenz* consisterait bien à rééduquer « ces concitoyens quelque peu gâtés »¹⁰⁴¹. Quelques années plus tard, après avoir essuyé plusieurs différends avec le parti et avoir fait l'expérience des conséquences directes de la fermeture des frontières dans le cadre de son activité professionnelle, la position de Dietfried Müller-Hegemann semble toute autre, comme en témoigne l'ouvrage qu'il publie après son départ de la RDA, en 1971. Ce départ intervient peu de temps après la conférence de février 1971, offensive menée par le SED visant à pallier les lacunes idéologiques de la psychiatrie, de la psychothérapie et de la psychologie, et au cours de laquelle Dietfried

¹⁰⁴¹ Patrick Major, *Beyond the wall...*, *op. cit.*, p. 133. L'auteur cite les propos de Dietfried Müller-Hegemann, en s'appuyant sur un rapport contenu dans les archives de district du SED de Leipzig (Bezirksparteiarchiv der SED Leipzig).

Müller-Hegemann, ainsi que Karl Leonhard, en tant que rédacteurs de l'unique revue spécialisée de RDA, font l'objet de violentes critiques¹⁰⁴². D'après le rapport d'un collaborateur informel, médecin en poste à l'hôpital dirigé par Dietfried Müller-Hegemann, ce dernier réagit mal à ces attaques, exprimant son incompréhension la plus totale face à ces reproches de nature idéologique¹⁰⁴³. Trois mois plus tard, au gré d'un voyage professionnel autorisé (il bénéficie du statut de *Reisekader*), Dietfried Müller-Hegemann quitte définitivement la RDA. D'après une lettre qu'il adresse à un collègue de l'hôpital, l'une des principales raisons l'ayant poussé à franchir le pas concerne les difficultés qu'il rencontre dans ses projets de publications scientifiques en RDA (en relation avec une censure croissante)¹⁰⁴⁴. Son livre, *Die Berliner Mauerkrankheit*, paraît deux ans plus tard, en 1973. Sa teneur doit ainsi être considérée à la lumière du parcours de son auteur, et de son rapport, du plus proche au plus conflictuel, avec les autorités de RDA.

3.2.2 *Die Berliner Mauerkrankheit*

Dès les premières lignes de ce livre, Dietfried Müller-Hegemann précise quel en est le public visé : il s'adresse ainsi « aux spécialistes, en particulier aux psychiatres et autres médecins, psychologues, sociologues, comme aux personnes intéressées de tous les cercles de la population »¹⁰⁴⁵.

Cette ouverture à un vaste lectorat explique « la forme compréhensible par tous » qui, d'après l'auteur, n'est pas incompatible avec le contenu scientifique de l'ouvrage. La maison d'édition (*Nicolai*) qui le publie n'est par ailleurs pas spécialisée dans la littérature médicale, mais plutôt dans les témoignages historiques ou les sujets de société, et s'adresse généralement à un large public. Si l'expression « maladie du Mur » est présentée comme une expression populaire, apparue dans le vocabulaire de la population berlinoise, elle est utilisée par le psychiatre pour désigner « un syndrome, pour lequel les conditions de vie après la construction du Mur doivent être considérées comme la cause principale »¹⁰⁴⁶. Selon Dietfried Müller-Hegemann, « une minorité significative de la population de Berlin-Est et de la RDA souffre de la maladie du Mur »¹⁰⁴⁷. Cette dernière se traduirait non seulement par des

¹⁰⁴² Voir le chapitre 1 (3.2. Psychiatrie et idéologie).

¹⁰⁴³ BStU, MfS AIM 1847/41, IM-Akte « Grabowski », Band 4, p. 168-172, « Tonbandabschrift », 18 mars 1971.

¹⁰⁴⁴ Sonja Süß, *op. cit.*, p. 326.

¹⁰⁴⁵ « Die vorliegende Schrift wendet sich an Fachleute, insbesondere an Nervenärzte und andere Ärzte, Psychologen, Soziologen, wie auch an interessierte Personen aus allen Bevölkerungskreisen. » Dietfried Müller-Hegemann, *Die Berliner Mauerkrankheit...*, *op. cit.* (*Vorbemerkungen*).

¹⁰⁴⁶ « Kommentierend ist daher von einem Syndrom zu sprechen, für das die Lebenssituation nach dem Mauerbau als Hauptursache angesehen werden muß. » *Ibid.*, p. 9.

¹⁰⁴⁷ « Der Schluß ist erlaubt, daß eine erhebliche Minorität der Bewohner Ost-Berlins und der DDR an der Mauerkrankheit leidet [...]. » *Ibid.*, p. 123.

manifestations psychiques mais également par des troubles organiques, causés par le Mur ou plus largement par la « situation-Mur ». Parmi les symptômes pouvant être associés à la « maladie du Mur », les dépressions ou états dépressifs seraient les plus courants. C'est une définition plutôt large sur laquelle s'appuie ce médecin, qui inscrit son propos dans le courant de la psychiatrie sociale¹⁰⁴⁸, un domaine d'investigation qui suscite particulièrement, et de longue date, son intérêt.

Le cœur de l'ouvrage est constitué par la présentation d'une trentaine de cas de patients, censés illustrer ce qui fait la « maladie du Mur », et qui ont été discrètement récoltés par le psychiatre au cours de ses années d'activité à Leipzig comme à Berlin-Est. Selon une logique classificatoire propre au discours psychiatrique, ces cas sont répartis dans plusieurs catégories. Chacune de ces catégories – ou presque – désigne un « type » d'individus souffrant de la « maladie du Mur », au sens où l'entend l'auteur : on trouve par exemple « la femme isolée dans la deuxième moitié de sa vie », « le jeune », « le travailleur intellectuel », « l'adversaire convaincu », « le persécuté du régime nazi », « le fidèle du parti », etc. Chacune de ces catégories s'appuie sur la présentation d'un ou de plusieurs cas. On y retrouve des réactions comparables à celles exposées dans les dossiers de patients de la Charité, en relation notamment avec les séparations familiales ou amicales causées par le Mur. Cependant, pour un certain nombre de cas, ce n'est pas tant le Mur en lui-même, en tant que barrière ou obstacle à la liberté de circulation, qui est désigné comme le principal facteur ayant entraîné la maladie, mais plus généralement la radicalisation de la politique menée par les autorités de RDA, depuis la fermeture des frontières vers l'Ouest. La « maladie du Mur », telle qu'elle est présentée ici, ne se réduirait donc pas aux réactions pathologiques provoquées directement par la construction du mur de Berlin, mais couvrirait l'ensemble des maux suscités par l'augmentation de la pression idéologique, depuis le tournant constitué par le 13 août 1961. Ainsi, s'il reprend une expression populaire pour en faire un diagnostic, Dietfried Müller-Hegemann l'investit d'un sens nettement plus large.

Par ailleurs, dans la présentation des cas, l'auteur prend quelques libertés, qui, s'il les justifie, n'auraient vraisemblablement pas lieu d'être dans un ouvrage à vocation purement scientifique. Ainsi, le cas n° 12, qui vient clore la partie consacrée aux collaborateurs de la *Stasi*, n'a pas pour objectif de revenir sur un cas individuel de « maladie du Mur », mais plutôt de faire état de certaines manifestations du caractère malade de la société. Il a trait non pas à un patient mais à un soignant de la clinique. Parce que travaillant pour la *Stasi*, ce dernier aurait bénéficié de la clémence des autorités bien qu'étant coupable de violences physiques

¹⁰⁴⁸ *Ibid.*, p. 10.

envers un patient. On s'écarte alors nettement des ambitions scientifiques revendiquées par l'auteur dans l'introduction de l'ouvrage. De manière générale, si, par la forme qui est la sienne – une présentation de cas selon une logique classificatoire – ce livre se rapproche d'un manuel de psychiatrie, son contenu – et notamment le ton employé par l'auteur – l'en éloigne fortement. Cet écart s'explique par la double ambition poursuivie par son auteur : tout en souhaitant attirer l'attention des professionnels – qu'ils soient médecins, psychologues ou sociologues – sur le rôle joué par les facteurs exogènes dans la genèse des maladies mentales, l'auteur en appelle également à la prise de conscience des responsables politiques de RDA, qui devraient, sinon changer le cours de leur politique, du moins rendre le Mur plus perméable, afin d'éviter l'apparition de ce syndrome¹⁰⁴⁹. C'est donc une double ambition – de nature scientifique et politique – qui traverse cet ouvrage, publié en 1973, deux ans après le départ de Dietfried Müller-Hegemann pour l'Ouest, et peu de temps après un séjour qu'il effectue aux États-Unis, à l'Université de Pennsylvanie. Cependant, au-delà des considérations d'ordre politique, le livre de ce psychiatre reflète bien l'une des tendances globales de la psychiatrie des années 1970, qui s'interroge sur l'influence que peut avoir la société – ou l'environnement – dans l'apparition des troubles psychiques et mentaux. En ce sens, la réflexion menée par Dietfried Müller-Hegemann sur la « maladie du Mur » s'inscrit bien dans les questionnements scientifiques de son époque et s'oppose à une interprétation classique, défendue notamment par Karl Leonhard, qui met plutôt l'accent sur les facteurs endogènes des maladies mentales.

D'après cet ouvrage, la thérapie à adopter face à un tel tableau clinique ne diffère pas de celle pratiquée habituellement en psychiatrie (prescription de médicaments psychotropes, prise en charge psychothérapeutique avec réalisation d'entretiens, etc.), l'objectif étant de permettre au patient d'atteindre « une compréhension claire de sa situation, c'est-à-dire de sa personnalité dans le cadre de conditions de vie déterminées »¹⁰⁵⁰. En ce qui concerne le rôle du thérapeute, Dietfried Müller-Hegemann se fait très clair :

« Qu'importe la nature de l'État au sein duquel le patient et son thérapeute vivent, il ne peut jamais être du ressort de ce dernier d'agir en vue d'obtenir une adaptation passive, "conformiste". Plus on parvient, sur la base de la personnalité et de l'intelligence existantes, à développer une conscience de soi et de sa situation de vie ainsi qu'une capacité de jugement autonome, plus l'adaptation a de chances de réussir. En aucun cas, la mission du thérapeute ne peut être de faire des patients des partisans ou des opposants d'un régime politique. Le choix

¹⁰⁴⁹ Dietfried Müller-Hegemann, *Die Berliner Mauerkrankheit...*, *op.cit.*, p. 128-129.

¹⁰⁵⁰ « Im übrigen ist das Ziel gesetzt, dem Patienten zu einem klaren Verständnis seiner Lage, d.h. seiner Persönlichkeit innerhalb bestimmter Lebensverhältnisse zu verhelfen. » *Ibid.*, p. 126.

de la manière et du degré d'adaptation doit être laissé au patient au cours de la psychothérapie. Après que les troubles se sont calmés ou ont été dépassés et que la personnalité s'est stabilisée, il décide s'il rejette le régime, s'il parvient à la plus grande distance intérieure vis-à-vis du régime, tout en apprenant diverses stratégies vitales afin de se faciliter la tâche, s'il conclut des compromis quelconques ou s'il accepte le régime. »¹⁰⁵¹

Que le patient souffre de « la maladie du Mur » ou non, c'est à lui que doit revenir le choix du rapport qu'il entretiendra avec le régime politique, le thérapeute étant là non pas pour l'influencer dans un sens ou dans un autre, mais pour l'aider à prendre pleinement conscience de lui-même et de ce qui fait sa situation. Ce passage, au sein duquel l'auteur rappelle quel doit être le rôle du thérapeute dans la construction de la relation entre le patient et l'État, montre bien le caractère sensible – parce que hautement politique – que revêt toute discussion relative au Mur et à ses conséquences sur la vie des individus.

3.2.3 Une réception différenciée de part et d'autre du Rideau de fer

Pour saisir la manière dont les réflexions de Dietfried Müller-Hegemann sur la « maladie du Mur » ont été reçues de part et d'autre du Rideau de fer, on peut s'appuyer sur diverses sources, parmi lesquelles figurent des rapports issus du ministère de la Sécurité d'État. Si l'ouvrage de ce psychiatre paraît en 1973, il a déjà eu l'occasion d'exposer sa vision de la « maladie du Mur » quelques années auparavant, de manière indirecte en 1967, dans l'article paru dans la revue *Social Psychiatry*, et d'une manière beaucoup plus offensive, à la fin de l'année 1971, dans le cadre du cinquième congrès mondial de psychiatrie, à Mexico. Ce congrès a lieu quelques mois après le départ de Dietfried Müller-Hegemann pour l'Ouest, et lui donne l'occasion de présenter un exposé sur le sujet, devant une assemblée internationale. Une délégation de RDA est également présente, dont fait partie Karl Seidel, directeur de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité, qui travaille également pour le ministère de la Sécurité d'État en tant que collaborateur officieux (il s'agit de l'IM « Fritz Steiner »)¹⁰⁵². Voici ce qu'on peut lire à ce sujet dans le rapport remis par Karl Seidel en décembre 1971 :

¹⁰⁵¹ « Gleich, in welchem Staatswesen der Patient und sein Therapeut leben, kann es niemals Sache des letzteren sein, auf eine passive, eine « konformistische » Anpassung hinzuwirken. Je mehr es gelingt, auf der Grundlage der vorhandenen Persönlichkeit und Intelligenz eine Bewußtheit seiner Selbst und seiner Lebenssituation und ein selbstständiges Urteilsvermögen zu entwickeln, um so eher wird die Anpassung gelingen. Keinesfalls kann es Aufgabe des Therapeuten sein, Patienten zu Anhängern oder zu Gegnern eines politischen Regimes zu erziehen. Welche Art und welches Maß der Anpassung gewählt wird, muß im Laufe der Psychotherapie dem Patienten überlassen werden. Er entscheidet, nachdem die Störungen gebessert oder überwunden sind und die Persönlichkeit stabilisiert ist, ob er das Regime ablehnt, ob er die größte innere Distanz zu dem Regime findet, aber mannigfaltige Lebenstechniken erlernt, um sich dies zu erleichtern, ob er irgendwelche Kompromisse schließt oder ob er das Regime akzeptiert. » *Ibid.*, p. 126-127.

¹⁰⁵² Voir le chapitre 2 (6.3. La *Stasi* en haut de la hiérarchie [1971-1987]).

« Dans son exposé, il [Müller-Hegemann] parla plusieurs fois de l'Allemagne de l'Est, et c'était une tentative insipide de diffamer le système de santé de la RDA. À cette occasion, il parla entre autre de ses anciens patients, qu'il lui avait fallu abandonner à l'ombre du Mur et qui mènent une existence isolée. Il essaya de terminer en évoquant une psychose réactionnelle, et de faire de la propagande. Il n'a cependant trouvé aucun écho, d'autant plus que son exposé ne valait rien sur le plan professionnel. Pour la délégation de RDA, la question de savoir s'il fallait quitter la salle ou non était insignifiante dans ce vaste cadre, c'est la raison pour laquelle ils sont restés dans la salle de conférence également durant l'exposé. Un départ ostentatoire serait passé absolument inaperçu du fait d'un va-et-vient presque constant (congrès de masse). »¹⁰⁵³

Selon toute logique, le thème du Mur et de ses conséquences néfastes sur la santé de la population ne peuvent qu'être balayées d'un revers de la main par le chef de la délégation est-allemande, membre du SED depuis 1947 et qui s'adresse ici à la police politique. Et ce n'est que pour la discréditer et s'en distancier que Karl Seidel évoque la communication de son ancien collègue, perçue comme l'ultime provocation d'un traître passé à l'ennemi. Du fait de sa « fuite » à l'Ouest, Dietfried Müller-Hegemann (qui aurait par ailleurs dû diriger la délégation de RDA), est bien devenu un traître, un statut qui est tout à fait confirmé, aux yeux des autorités est-allemandes, par la teneur des propos qui sont les siens à Mexico. Deux ans plus tard, suite à la parution du livre *Die Berliner Mauerkrankheit*, le psychiatre attire à nouveau l'attention des services de la police politique. Selon un document en date d'août 1973, son livre serait :

« une représentation complètement déformée de certains aspects d'un processus de transformation révolutionnaire d'envergure mondiale, d'un processus, qui, dans de nombreuses guerres, dans des souffrances sans nom, prépare la fin de l'avilissement de l'homme, mais également d'un processus qui, du fait de la résistance acharnée des riches d'autrefois et des puissances hostiles des forces capitalistes encore existantes, n'est pas exempt de difficultés humaines partielles. »¹⁰⁵⁴

¹⁰⁵³ « In seinem Vortrag sprach er mehrmals von Ostdeutschland und es war ein abgeschmackter Versuch, das Gesundheitswesen der DDR zu verunglimpfen. Dabei sprach er u.a. von seinen ehemaligen Patienten, die er im Schatten der Mauer zurücklassen mußte und ein einsames Dasein führen. Er versuchte, auf eine reaktive Psychose auszugehen und Stimmung zu machen. Er hat jedoch keine Resonanz gefunden, zumal sein Vortrag fachlich nichts taugte. Für die DDR-Delegation war es in diesem großen Rahmen unerheblich, ob sie den Saal verlassen oder nicht, deshalb sind sie auch während des Vortrages im Konferenzsaal verblieben. Ein demonstratives Verlassen wäre überhaupt nicht aufgefallen, weil fast ein ständiges Kommen und Gehen war (Massenkongreß). » BStU, MfS AIM 13788 / 83, Band II. Treffvermerk, 9 décembre 1971 (date de la rencontre), p. 11-20, ici p. 17 (pagination de la BStU). Ce rapport est également cité par Sonja Süß : Sonja Süß, *op.cit.*, p. 587.

¹⁰⁵⁴ « [...] eine völlig verze[r]rte Darstellung von bestimmten Seiten eines weltweiten revolutionären Umwälzungsprozesses, eines Prozesses, der endlich in vielen Kriegen, im namenlosen Leid, der Entwürdigung des Menschen ein Ende bereitet, allerdings auch eines Prozesses, der wegen des erbitterten Widerstands der ehemals Reiche und der feindseligen Machenschaften der noch vorhandenen imperialistischen Kräfte nicht frei ist von par[t]iellen menschlichen Schwierigkeiten ». BStU, MfS AP

Ainsi, quand on les replace dans un cadre plus vaste, celui du processus de transformation révolutionnaire, qui poursuit l'objectif ô combien ambitieux de mettre fin à l'aliénation de l'homme par l'homme, les difficultés rencontrés par les individus ne peuvent apparaître que comme des données négligeables. Dans cette logique, pour l'auteur de ce rapport, Dietfried Müller-Hegemann « ne peut avoir eu de solides convictions marxistes-léninistes, s'il s'est mis à la disposition d'un livre si nuisible »¹⁰⁵⁵. S'il n'accepte pas les dommages collatéraux suscités par la transformation sociale qui mène vers le communisme, s'il ne comprend pas que l'intérêt individuel doit être sacrifié sur l'autel d'une cause qui le dépasse, Müller-Hegemann ne peut être un véritable marxiste. Et, selon la vision binaire qui est celle de la *Stasi*, s'il ne soutient pas la cause communiste, il ne peut que la combattre, ce qui en fait donc un traître. Dans cette perspective, un rapport, daté d'août 1974, estime que Dietfried Müller-Hegemann s'est rendu coupable de « provocation hostile à la sûreté de l'État », « puisque, poursuivant le but d'inciter à la révolte et de nuire à l'État et à l'ordre de la société socialistes, il en discrimine systématiquement les conditions politiques, étatiques ainsi que les autres conditions sociales »¹⁰⁵⁶. Les réflexions menées par ce psychiatre au sujet des conséquences pathogènes de la construction du mur de Berlin sont interprétées, selon une grille d'analyse essentiellement politique, comme autant d'attaques visant à déstabiliser l'État socialiste.

En ce qui concerne la réception de son ouvrage par ses pairs, on constate une différence de part et d'autre du Rideau de fer. Selon toute évidence, le livre de Dietfried Müller-Hegemann n'est que très peu diffusé en RDA, ce qui s'explique assez aisément par le caractère hautement polémique du sujet traité. Au cours des années suivant sa parution, on ne trouve ainsi aucune recension y ayant trait dans l'unique revue spécialisée de RDA¹⁰⁵⁷. Aucune trace non plus d'une quelconque allusion à cet ouvrage dans les grands titres de la presse est-allemande, au cours des mois et des années qui suivent sa parution en mai 1973. *A contrario*, dès avril 1973 – soit avant même qu'il ne paraisse –, le livre fait l'objet d'un article invitant à

33192/92, Bemerkung zu dem Buch « Die Berliner Mauerkrankheit », Hauptabteilung XX/1, 23 juillet 1973, p. 96-99.

¹⁰⁵⁵ « [...] kann nie feste marxistische-leninistische Grundüberzeugung gehabt haben, wenn er sich zu einem solchen schädlichen Buch zur Verfügung gestellt hat. » *Ibid.*

¹⁰⁵⁶ «Zusammenfassend ist einzuschätzen, daß mit dem Verfassen und Herausgeben der vorliegenden Studie durch MH die Tatbestandsmerkmale der staatsfeindlichen Hetze im schweren Fall gemäß § 106 Abs. 1 Ziff. 1 Abs. 2 StGB erfüllt wurden, da er mit dem Ziel der Aufwiegelung und der Schädigung der sozialistischen Staats- und Gesellschaftsordnung deren politische staatliche und andere gesellschaftliche Verhältnisse planmäßig diskriminiert, da er mit dem Ziel der Aufwiegelung und der Schädigung der sozialistischen Staats- und Gesellschaftsordnung deren politische staatliche und andere gesellschaftliche Verhältnisse planmäßig diskriminiert.» BStU, MfS AP 33192/92, Einschätzungsbericht zum operativen Material der HA XX/1 über Dietfried Müller-Hegemann, 12 août 1974.

¹⁰⁵⁷ Il s'agit de la revue *Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie*. Entre 1973 et 1979, aucune recension sur le livre de D. Müller-Hegemann n'y est publiée.

sa lecture, dans le principal hebdomadaire de RFA, *Der Spiegel*¹⁰⁵⁸. On retrouve dans ce texte l'empreinte de la Guerre froide. Ainsi, s'il évoque la position de Dietfried Müller-Hegemann, qui, se disant « socialiste depuis ses 18 ans », refuse de réduire la RDA au Mur, l'auteur est bien d'avis que son livre constitue une preuve du contraire. Dans cet article, la RDA est ainsi désignée comme un « État-Mur » (*Mauerstaat*), le journaliste soulignant que l'unique thérapie efficace contre la « maladie du Mur » consiste bien à quitter le territoire est-allemand. Deux ans plus tard, en septembre 1975, l'ouvrage de Dietfried Müller-Hegemann bénéficie également d'une courte recension dans la principale revue médicale de RFA, *Deutsches Ärzteblatt*¹⁰⁵⁹. D'après son auteur, il s'agit d'un « livre bouleversant » qui mérite pleinement l'attention de ses collègues. Enfin, en 1978, la revue de psychologie critique *Psychologie und Gesellschaftskritik* consacre un article de plusieurs pages à cet ouvrage¹⁰⁶⁰. Ce texte, qui s'inscrit dans une orientation critique vis-à-vis de la psychiatrie traditionnelle, met notamment en parallèle les travaux du psychiatre est-allemand avec ceux du psychiatre Frantz Fanon, qui portent sur les effets pathogènes de la colonisation sur la population colonisée. Tous deux feraient ainsi montre de l'apparition de troubles psychiques et mentaux chez les populations opprimées (par l'État socialiste en RDA, par les colonisateurs en Algérie). Si la psychiatrie est comparée à une prison, si l'attribution du diagnostic, par la stigmatisation qu'elle provoque, est comparée à un enfermement, pour les auteurs de cet article, la psychiatrisation en RDA peut s'avérer bénéfique, dans la mesure où en étant déclarés comme malades, certains individus – par ailleurs sains d'esprit – n'auraient plus à répondre de leurs actes, échappant ainsi à la répression. Dans une perspective de critique sociale, les auteurs tentent à plusieurs reprises d'élargir leur propos à la situation de l'autre côté du Rideau de fer, en RFA, où les conditions sociales sont également perçues comme porteuses d'oppression, et donc comme de potentiels facteurs de maladies. La critique de l'ouvrage de Dietfried Müller-Hegemann, cinq ans après sa parution, se fait ici globalement positive, bien qu'il lui soit tout de même reproché de ne pas aller assez loin dans la thérapie qu'il propose, le psychiatre devant plutôt guider ses patients sur la voie de la résistance à l'oppression.

Ces trois articles, qui s'inscrivent dans des logiques et des contextes de publication très différents – du magazine de société à la revue de psychologie critique, en passant par le principal journal médical de RFA – attestent de l'écho que suscitent les travaux de Dietfried Müller-Hegemann sur la « maladie du Mur ». Cet écho reste cependant plutôt limité dans le temps – la décennie des années 1970 –, et dans l'espace – puisqu'il ne semble pas franchir le

¹⁰⁵⁸ « Kiefernkleme geheilt », *Der Spiegel*, 1973, n°16, p. 103.

¹⁰⁵⁹ « Deutsches Ärzteblatt », n° 39, 25 septembre 1975, p. XII.

¹⁰⁶⁰ Ulfried Geuter, Hans Schlirf, Rose Schlirf, « "Die Berliner Mauerkrankheit". Überlegungen zu einem Buch von Dietfried Müller-Hegemann », *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 2, 1978, p. 288-296.

Rideau de fer. Ce n'est qu'après la chute du mur de Berlin que l'ouvrage du psychiatre, décédé en juillet 1989, fait l'objet d'une petite couverture médiatique à l'est de l'ancienne frontière germano-allemande¹⁰⁶¹.

4. Au-delà du Mur, la réunification ?

Si, comme en attestent les dossiers de patients de la Charité (tout comme plusieurs cas exposés dans l'ouvrage de Dietfried Müller-Hegemann), le Mur « entre dans les têtes », en tant qu'incarnation de la division allemande, on y retrouve également son motif contraire, à savoir celui de la réunification, de l'unité retrouvée, et ce notamment quand les dires du patient se font délirants. Gustav W. déclare ainsi avoir un plan infaillible pour réunifier l'Allemagne à l'aide de son ami Willy Brandt¹⁰⁶² ; Elisabeth N., ou « sainte Elisabeth », aurait été appelée à accomplir de grandes missions, dont l'unification de l'Est et de l'Ouest¹⁰⁶³. Quant à Gertrud T., qui dit être la sœur de Jésus Christ, elle souhaite passer à la télévision pour expliquer commencer supprimer le Mur¹⁰⁶⁴. Dans les propos de ces patients, qui s'éloignent de la réalité pour en bâtir une autre, on retrouve ainsi l'idée d'une Allemagne à nouveau unie, au terme d'un processus auquel le/la patient(e) prend une part plus ou moins active. À l'image du « délire restaurateur » de Martin, haricotier beauceron du XIX^e siècle français, sur lequel se sont penchés l'historien Philippe Boutry et le psychanalyste Jacques Nassif¹⁰⁶⁵, peut-on parler ici de « délires réunificateurs » ? Dans quelle mesure les délires de ces patients s'inscrivent-ils dans la réalité historique de la RDA des années 1960, tout en reconstruisant une autre ? Que nous disent ces expériences du contexte historique et social dans lequel elles prennent forme ? Quel regard le discours médical porte-t-il sur ces expériences exacerbées ? Autant de questions auxquelles la dernière partie de ce chapitre tentera d'apporter des éléments de réponse, à partir de l'analyse d'une dizaine de dossiers de patients. En proposant une lecture contextualisée des délires des patients, nous tenterons ici de démontrer que cette source – aussi déroutante soit-elle – peut constituer une source recevable pour l'historien¹⁰⁶⁶. Le délire

¹⁰⁶¹ Claudia Eberhard-Metzger, « "Die Spaltung der Stadt war eine Katastrophe". Wie der Bau der Berliner Mauer aus Menschen seelische Wracks gemacht hat », *Neue Zeit [zum Wochenende]*, 7 septembre 1990, p. III.

¹⁰⁶² HPAC, M 842/63.

¹⁰⁶³ HPAC, F 238/66.

¹⁰⁶⁴ HPAC, F 569/64.

¹⁰⁶⁵ Philippe Boutry, Jacques Nassif, *Martin l'Archange*, Paris, Gallimard, 1985.

¹⁰⁶⁶ À ce sujet, voir : Laurence Guignard, Hervé Guillemain, « L'Histoire en délire. Usages des écrits délirants dans la pratique historique », article à paraître. Voir également l'interprétation qui est faite par Hervé Guillemain et Stéphane Tison des « délires de guerre » des soldats de la Première Guerre mondiale : Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op. cit.*, p. 201-219. Pour une autre approche, qui se concentre principalement sur le point de vue médical sur le délire (et non sur les dires des patients), voir : Laure Murat, *L'Homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*, Paris, Gallimard, 2011.

« travers[ant] la censure en raison de sa nature pathologique », l'historien a alors accès à « une parole non dite en d'autres archives »¹⁰⁶⁷ et c'est bien ce qui rend cette source hors du commun particulièrement intéressante.

Le 30 avril 1959, Gustav W., conducteur de tramway à la retraite, est admis en psychiatrie à la clinique de la Charité¹⁰⁶⁸. Il s'agit de sa troisième hospitalisation, les deux premières ayant eu lieu en 1950 et en 1956. L'attitude de Gustav W., qui est âgé de 70 ans en 1959, incite sa femme à le conduire à la clinique : il serait si agité qu'on ne pourrait plus le maîtriser à la maison, il se prendrait pour le futur maire de Berlin, aurait tenu des discours dans le tramway portant sur l'unité de l'Allemagne, etc. Si Gustav W. refuse tout d'abord d'être hospitalisé, il revient de son plein gré quelques heures plus tard, son admission ayant finalement lieu à minuit le 30 avril 1959. Il est indiqué que le patient se trouve alors dans un état d'esprit à caractère maniaque. Quelques jours plus tard, le médecin-chef se livre à un examen global de l'état de santé du patient dans le cadre d'un entretien individuel de plus de deux heures. Le rapport de ce médecin s'articule autour de plusieurs catégories à partir desquelles il livre son analyse : on suit alors une logique visant à percer à jour l'individu, partant de la description de son aspect extérieur (*Äusseres*) pour aller vers ce qui fait son intériorité (*Intelligenz*)¹⁰⁶⁹. Gustav W. se présente au médecin torse nu, la jambe gauche de son pantalon retroussée. Quand on lui demande de s'habiller, il répond que ça n'est pas nécessaire, qu'il est un jeune homme, poursuivant par une blague grivoise. Assis un peu maladroitement sur une chaise, le patient gesticule de temps en temps avec les mains, coupe la parole du médecin, et « fait des mouvements d'expression d'un caractère peu différencié »¹⁰⁷⁰. D'une attitude décrite comme globalement enjouée, le patient rit durant cet entretien, fait des plaisanteries (souvent à caractère sexuel), et s'il se met également à pleurer, cela n'est que de courte durée. D'après le médecin, trois motifs se retrouvent dans ses dires : des allusions à caractère sexuel, la conviction qu'il est le véritable représentant du SPD¹⁰⁷¹ à Berlin-Est et qu'il a déjà été secrètement élu maire d'un quartier de la ville (Lichtenberg), et enfin l'idée selon laquelle il serait porteur d'un « plan pour l'Allemagne » (*Deutschlandplan*), qu'il aurait déjà présenté à son ami Willy Brandt et qu'il devrait défendre à la conférence de Genève ayant lieu le lendemain¹⁰⁷². Les propos de Gustav W. s'inscrivent bien dans la réalité historique : il fait à la fois intervenir Willy Brandt, maire de Berlin-Ouest depuis 1957, et s'invite lui-même

¹⁰⁶⁷ Laurence Guignard, Hervé Guillemain, *op. cit.*

¹⁰⁶⁸ HPAC, M 842/63.

¹⁰⁶⁹ HPAC, M 842/63, Krankengeschichte, Exploration, 10 mai 1959 (Gestik).

¹⁰⁷⁰ «[...] macht Ausdrucksbewegungen von gering differenziertem Charakter. » *Ibid.*

¹⁰⁷¹ SPD : *Sozialdemokratische Partei Deutschlands*, parti social-démocrate allemand.

¹⁰⁷² HPAC, M 842/63, Krankengeschichte, Exploration, 10 mai 1959 (Antrieb und Willen).

à une conférence qui réunit effectivement à Genève les ministres soviétique, américain, britannique et français des Affaires étrangères, du 11 mai au 20 juin 1959. On se trouve alors en pleine crise de Berlin, depuis l'ultimatum lancé aux Occidentaux par Khrouchtchev en novembre 1958 pour transformer Berlin-Ouest en une ville libre démilitarisée. À l'ordre du jour de la conférence de Genève se trouve bien la question du statut de Berlin-Ouest, sur laquelle achopperont par ailleurs les négociations. Cette seconde crise de Berlin – qui aboutit à la construction du Mur en 1961 – est ainsi intimement vécue par le patient, qui se voit y jouer un rôle tout à fait déterminant. La mention du maire de Berlin-Ouest, dont il se dit être un ami proche, atteste par ailleurs d'une certaine sympathie suscitée par Willy Brandt au sein de la population de RDA, dès le début de son mandat, et qui se confirmera dans les années suivantes. Ainsi, s'il s'oppose à l'ultimatum soviétique, Willy Brandt est bien loin d'être perçu par ce patient comme un agent de l'impérialisme américain, attisant les braises de la Guerre froide, à l'image du message diffusé par la propagande officielle de l'époque, et qui est relayée par la presse est-allemande¹⁰⁷³.

Lors de l'entretien, Gustav W. dit ne connaître qu'une seule Allemagne, quant au contenu de son propos, il est résumé en ces termes par le médecin : « sauvetage du peuple allemand, unification par des élections libres, sauvetage de Berlin par son "ami spécial Willy Brandt" »¹⁰⁷⁴. On retrouve la trace de ces idées dans un écrit de sa main, « mis au dossier » en raison de son caractère délirant¹⁰⁷⁵ et dont le médecin livre une analyse dans la *Krankengeschichte*. Dans cette lettre, Gustav W. se dit « prêt à parler à Genève sur le thème de la réunification », reste qu'il « est malheureusement toujours incarcéré à la Charité »¹⁰⁷⁶. Plus que le contenu, c'est bien la forme de cet écrit qui intéresse le médecin : il note ainsi l'omission de mots, la grammaire déficiente, et le passage de lettres minuscules aux lettres capitales, selon une logique qu'il qualifie d'incompréhensible¹⁰⁷⁷. Un autre écrit, en date du 9 mai 1959, a également été versé au dossier. S'il est signé par Gustav W., il semble avoir été rédigé par une autre personne, vraisemblablement par un autre patient (l'écriture y est beaucoup plus assurée que dans l'écrit précédent). En voici le contenu :

¹⁰⁷³ À ce sujet, voir Christoph Kleßmann, « Kalter Krieg oder nationaler Hoffnungsträger ? Offizielle Wahrnehmung und gesellschaftliche Wirkung Willy Brandts in der DDR seit den sechziger Jahren », in Bernd Rother (dir.), *Willy Brandt. Neue Fragen, neue Erkenntnisse*, Berlin, Dietz, Willy-Brandt-Studien, tome 5, 2011, p. 34-53. Comme en attestent les sources, au cours des années 1970, Willy Brandt, désormais Chancelier, continue à bénéficier d'une image positive au sein de la population de RDA, notamment parmi les plus jeunes. Voir : Emmanuel Droit, *Vers un homme nouveau ?...*, *op. cit.*, p. 248.

¹⁰⁷⁴ « Die Aufmerksamkeit schweift immer wieder ab auf seine Inhalte : Errettung des deutschen Volkes, Vereinigung durch freie Wahlen, Errettung Berlin durch seinen "Spezialfreund Willy Brandt". » HPAC, M 842/63, *Krankengeschichte*, Exploration, 10 mai 1959.

¹⁰⁷⁵ Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op. cit.*, p. 203.

¹⁰⁷⁶ HPAC, M 842/63, lettre non datée.

¹⁰⁷⁷ HPAC, M 842/63, *Krankengeschichte*, Exploration, 10 mai 1959.

« Par la présente, et pour le compte de monsieur W., Gustav, né le 24 octobre 89, à Dammburg, le représentant actuel de la fraction SPD de Berlin-Est, ami le plus proche du maire de Berlin-Ouest monsieur Willy Brandt, à côté de son épouse Rud et de toutes ses secrétaires, unique porte-parole du SPD à Genève le 11 mai 59 sur la réunification et futur maire du district de Friedrichshain avec sa fille comme secrétaire, incluant l'appartement à 8 pièces, en accord avec le souhait de tous les patients de cette chambre, l'accès à cette pièce est interdit à monsieur Piepel S., aux prédispositions homosexuelles. »¹⁰⁷⁸

Cette lettre est surmontée de la mention « Attention à lire par tous ! » et est signée de la main de Gustav W.. Si l'on suit l'hypothèse selon laquelle cette lettre aurait été rédigée par un patient partageant la chambre de Gustav W., on peut dire que ce dernier s'appuie sur l'autorité que lui donne son délire, afin de prendre de l'ascendant sur ses camarades de chambrée. À nouveau, on retrouve le thème de la réunification, qui semble être au cœur des préoccupations du patient. Il est intéressant de constater que cela ne date pas d'hier. En 1950, lors de sa première admission, il est noté que le patient dit combattre pour la liberté de Berlin et celle de l'Allemagne. Six ans plus tard, lors de sa seconde admission en psychiatrie, ses proches rapportent au médecin qu'il aurait voulu mobiliser la presse et la radio pour réunifier Berlin. Interrogé sur ses projets, lui-même tient les propos suivants : « Notre mission est d'inviter chaque Berlinoise à restaurer l'unité de notre ville à l'aide d'armes intellectuelles. »¹⁰⁷⁹. Dans l'esprit de ce patient, né en 1889 et qui a donc vécu la majeure partie de sa vie dans un seul et unique État allemand, la division de Berlin – et plus largement celle de l'Allemagne – constitue bien un mal qu'il lui faut combattre. En 1959, la persistance de ce motif ne semble pas intéresser le médecin qui lit le délire du patient à l'aune d'une grille d'interprétation classique, héritée du XIX^e siècle et qui en fait « le fruit d'une défaillance de l'esprit »¹⁰⁸⁰. D'après le dossier, le patient présenterait vraisemblablement une « intelligence lacunaire ». Le médecin poursuit son analyse ainsi :

« Les idées paranoïaques pourraient éventuellement reposer non pas tant sur des idées que le patient se fait [*Ideenbildung*] que sur un manque d'idées et être uniquement l'expression de leur étroitesse. Le peu d'idées présentes est ensuite grossi dans le cadre de la psychose et présenté

¹⁰⁷⁸ « Hiermit im Auftrage des Herrn W., Gustav, geb. am 24.10.89 in Dammburg, des gleichzeitigen Vertreters der Ostberliner SPD-Fraktion, engster befreundeter des Westberliner Oberbürgermeister Herrn Willy Brandt, nebst seiner Gattin Rud, und aller seiner Sekretärinnen, einziger Sprecher der SPD in Genf am 11.5.59 zur Wiedervereinigung und angehender Bürgermeister des Bezirks Friedrichshain mit seiner Tochter als Sekretärin, einschließlich der 8-Zimmerwohnung, entsprechend dem Wunsch aller Patienten dieses Raumes, wird dem homosexuellen veranlagten Herrn Piepel S., der Zutritt dieses Raumes verboten. » HPAC 842/63, lettre datée du 9 mai 1959.

¹⁰⁷⁹ « Unsere Aufgabe ist es, jeden Berliner aufzufordern, mit geistigen Waffen die Einheit unserer Stadt wieder herzustellen. » HPAC, M 842/63, Krankengeschichte (1950), Zwischenanamnese, Exploration.

¹⁰⁸⁰ Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *op.cit.*, p. 217.

sans retenue. »¹⁰⁸¹

Le délire est bien ici perçu comme comme la preuve d'une faiblesse intellectuelle ; quant à son contenu, il n'est que peu thématé par le rédacteur du dossier qui privilégie plutôt l'analyse de sa forme. Le diagnostic fait état d'une « manie pure périodique » (*periodische reine Manie*), et Gustav W. se voit prescrire une cure de neuroleptique, ce qui a notamment pour effet de le réduire au silence¹⁰⁸².

Gustav W. n'est pas le seul patient de la clinique à tenir des propos à caractère délirant sur le thème de la réunification allemande, et ce dès avant la construction du mur de Berlin. À plusieurs égards, ses dires peuvent ainsi être rapprochés de ceux tenus par Karl-Heinz E., de près de cinquante ans son cadet. Au fil des séjours de ce jeune homme en psychiatrie, en 1956, 1959 et 1960, on retrouve à chaque fois le thème de l'unité allemande¹⁰⁸³. En 1956, Karl-Heinz E., alors âgé de 17 ans, dit s'être rendu à l'ambassade américaine où l'attendrait une place de chauffeur. Comme il le dit au médecin, « On ne peut pas toujours vivre dans un sale appartement et ne gagner que peu d'argent. Je veux aussi pouvoir m'asseoir une fois dans une chouette voiture et passer la frontière. »¹⁰⁸⁴. D'après ses dires, il se serait déjà rendu à l'ambassade américaine où il aurait très bien mangé, et où on lui aurait dit qu'il pouvait prendre contact avec tous les services, quand il le voulait. Dans l'omnibus qui le ramenait à la frontière, il aurait également rencontré une Berlinoise de l'Ouest avec laquelle il projeterait d'emménager. Le thème de l'unité allemande transparaît directement dans ses propos, comme on peut le lire dans le dossier :

« Ce soir, je retourne directement à l'ambassade américaine. Sinon je vais peut-être perdre la place... Je crois, que les Amis [*Américains*] veulent récompenser notre maison d'édition [*il travaille comme coursier dans une maison d'édition de Berlin-Est*] et la reconnaître et encadrer avec de l'argent, tout va bien se passer... Si seulement j'étais à nouveau déjà dehors. L'unité suit ensuite rapidement, nous devons faire des progrès et devenir vite un État unitaire et démocratique. Peut-être qu'on va aussi me donner alors l'occasion de téléphoner à Moscou et de parler avec le conseil des ministres... »¹⁰⁸⁵

¹⁰⁸¹ « Die paranoischen Ideen könnten evtl. nicht so sehr auf Ideenbildung, als auf einem Mangel an Ideen berühren und lediglich Ausdruck der Enge sein. Die wenigen vorhandenen Ideen werden dann im Rahmen der Psychose vergrößert und hemmungslos dargebracht. » HPAC, M 842/63, Krankengeschichte, Exploration, 10 mai 1959.

¹⁰⁸² «Gegen Ende seines hiesigen Aufenthaltes wurde der Pat ausgesprochen ruhig, bescheiden, sass zumeist stumm auf seinem Bett oder Stuhl und war fest beschämt, wenn man an sein damaliges Bild erinnerte. » HPAC, M 842/63, Epikrise, 31 août 1959.

¹⁰⁸³ HPAC, M 872/64.

¹⁰⁸⁴ « Man kann ja nicht immer nur in einer schlechten Wohnung leben und wenig verdienen. Ich will auch einmal in einem prima Wagen sitzen und über die Grenze fahren können. » HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Exploration, 25 juin 1956.

¹⁰⁸⁵ « Gleich heute abend gehe ich wieder zur Amibotschaft. Sonst verliere ich vielleicht die Stelle...Ich glaube,

D'après le médecin, dans ses propos, le patient « ne tient absolument pas compte des obstacles de la réalité, relie entre eux des contenus totalement hétérogènes, où se font parfois jour les traces d'une pensée décousue »¹⁰⁸⁶. Au terme d'un séjour de 6 mois, où le patient est mis sous neuroleptiques et est traité par insulinothérapie et électrochocs¹⁰⁸⁷, le diagnostic final fait état d'une schizophrénie. Trois ans plus tard, en 1959, Karl-Heinz E. est à nouveau admis en psychiatrie. On se trouve alors quelques mois après l'ultimatum lancé par Khrouchtchev. Dans ce contexte de tensions entre les deux Blocs, la division de la ville semble plus que jamais préoccuper le jeune homme : ainsi, d'après sa mère, peu de temps avant son admission, il se serait tourné vers de nombreuses personnes et institutions dans le but de rendre à Berlin son unité. Il serait notamment retourné « chez les Américains ». Dans le dossier, le médecin reprend certains des propos du patient, où le thème de l'unité fait son apparition. Il est intéressant de noter le rôle qui est à nouveau accordé à Willy Brandt dans ce processus, on retrouve alors l'un des éléments avancés par Gustav W. à la même époque. À nouveau, le maire de Berlin-Ouest apparaît sous des traits plutôt positifs, ceux d'« un homme fin » à qui devrait revenir la charge de diriger un Berlin unifié¹⁰⁸⁸. La persistance du motif de l'unité dans les dires du patient, au fil des années, constitue un autre point commun que partagent ces deux dossiers. Ainsi, en 1960, lors d'un troisième séjour en psychiatrie, le jeune homme explique avoir « un plan pour la réunification de l'Allemagne »¹⁰⁸⁹. Tout comme lors de son second séjour, le diagnostic fait état d'une « psychose d'angoisse et de bonheur » (*Angst-Glücks-Psychose*) et non plus d'une schizophrénie. D'après la classification développée par Karl Leonhard, cette forme de psychose se caractérise par l'alternance de phases d'angoisse et de phases de bonheur, qui peuvent atteindre des degrés extrêmes. Lors de phases de bonheur (*Glücksphasen*), à côté des motifs d'inspiration ou d'illumination :

« les idées [du malade] ont aussi régulièrement comme contenu la réalisation de son propre bonheur ou de celui des autres. [...] À la pointe de l'émotion, ils attendent souvent indirectement un grand événement [...] »¹⁰⁹⁰.

die Amis wollen unseren Verlag auszeichnen und ihn anerkennen und mit Geld betreuen, das geht alles in Ordnung.... Wenn ich nur erst wieder draußen wäre. Die Einheit kommt dann schnell nach, wir müssen ja Fortschritte machen und rasch ein einheitlicher und demokratischer Staat werden. Vielleicht gibt man mir nun auch Gelegenheit, nach Moskau zu telefonieren und mit dem Ministerrat zu sprechen... » HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Exploration, 25 juin 1956.

¹⁰⁸⁶ « Dabei setzt er sich über alle Hemmungen der Realität hinweg, verbindet völlig heterogene Inhalte miteinander, wobei sich mitunter Spuren von zerfahrenem Denken andeuten. » HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Exploration, Psychisches Verhalten, 25 juin 1956.

¹⁰⁸⁷ Le premier séjour de Karl-Heinz E. a lieu en 1956, c'est-à-dire avant le directorat de Karl Leonhard, période durant laquelle l'utilisation du « choc cardiazol » est préférée au traitement par électrochocs.

¹⁰⁸⁸ HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Psychischer Befund, Denken, 14 février 1959.

¹⁰⁸⁹ « Gestern erklärte er, daß er jetzt einen Plan [für] zur Wiedervereinigung Deutschlands habe. » HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Verlauf, 10 août 1960.

¹⁰⁹⁰ « Regelmäßig haben die Ideen zugleich eine Selbstbeglückung und Beglückung anderer zum Inhalt. [...] Auf

La réunification allemande semble bien ici correspondre à « ce grand événement » tant attendu par le patient. C'est également un diagnostic d'*Angst-Glücks-Psychose* que l'on retrouve dans le dossier de la patiente Elfriede T., lors des deux séjours qu'elle effectue en 1960 et en 1963¹⁰⁹¹. En 1963, cette femme évoque le comportement bizarre qu'elle a pu avoir lors d'un séjour précédent en psychiatrie :

« Elle aurait à l'époque exprimé des choses si bizarres, s'était mis dans la tête qu'il y avait des microphones partout, [...], a frappé son mari, s'est agenouillée à l'hôtel devant une chaise, pour que l'unité soit à nouveau établie, a pensé qu'elle avait été empoisonnée, que des ondes et des émissions hostiles agiraient sur elle. »¹⁰⁹²

Dans la liste des choses relevant du « bizarre », on retrouve ainsi la « prière » pour que soit restaurée l'unité de l'Allemagne, qui a lieu en 1963, un an et demi environ après la construction du mur de Berlin. En 1960 déjà, Elfriede T. faisait part d'une pensée qu'elle avait eue, après avoir vu une émission de télévision montrant Khrouchtchev acclamé par les Français à Paris. D'après son dossier :

« Et alors elle a pensé, puisque les Français n'avaient jamais provoqué une guerre, et l'ovationnaient tellement, elle a supposé que s'il venait aussi ici, il apporterait aussi l'entente. Pat. dit ensuite, que c'était vraiment une confusion de l'esprit. Elle se dit qu'elle n'est alors pas normale, si elle a pensé quelque chose comme ça. »¹⁰⁹³

Elfriede T. fait ici allusion à la visite de Khrouchtchev en France qui a eu lieu, sur l'invitation du général de Gaulle, du 23 mars au 3 avril 1960, et qui s'inscrit dans la politique de coexistence pacifique menée par l'URSS depuis 1956. Bien conscient du bénéfice qu'il peut tirer de ce nouveau média qu'est la télévision, Khrouchtchev sait orchestrer avec habileté ses apparitions sur le petit écran. Les images le montrent ainsi arpenter le pays, d'un air radieux, suscitant l'enthousiasme de la population française. Comme le montre l'exemple de la patiente Elfriede T., ces images sont également diffusées en RDA et peuvent susciter l'espoir

der Höhe des Affekts erwarten sie oft unmittelbar ein großes Ereignis [...]. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, op. cit., p. 35.

¹⁰⁹¹ HPAC, F 372/63.

¹⁰⁹² « Sie hätte damals solche komische Dingen geäußert, habe sich eingebildet, überall seien Mikrophone, [...], habe ihren Mann geschlagen, habe vor einem Stuhl im Hotel gekniet, damit die Einheit wieder hergestellt werde, gedacht, sie sei vergiftet worden, Strahlen u. feindliche Sender würden auf sie einwirken. » HPAC, F 372/63, Krankengeschichte, Wiederaufnahme (28 mai 1963) Angaben der Patientin, Eigenanamnese.

¹⁰⁹³ « Einmal habe sie eine Fernsehsendung mit Chruschow gesehen und habe gesehen, wie die Franzosen ihm in Paris zugejubelt haben und nun dachte sie, weil die Franzosen doch nie einen Krieg verursacht hätten, und sie ihm nun so zujubelten, nahm sie an, dass er auch wenn er nach hier kommen würde, Einigkeit schaffen würde. Pat sagt dann, dass das doch wohl eine ziemliche Geistesverwirrung war. Sie sage sich, dass sie doch dann nicht normal sei, wenn sie so etwas gedacht hat. ». HPAC, F 372/63, Krankengeschichte, Exploration der Pat., 30 août 1960.

d'une détente prochaine dans les relations Est-Ouest. Reste que pour cette dernière, un tel espoir semble bien relever du domaine du bizarre ou de l'anormal.

Si Khrouchtchev fait son apparition comme porteur de paix dans les dires d'Elfriede T., il prend également ce visage dans ceux de la patiente Margarete E., qui effectue un séjour de 6 semaines environ en psychiatrie entre décembre 1961 et janvier 1962¹⁰⁹⁴. Cette femme, âgée de 47 ans, et qui travaille à la compagnie de chemins de fer (*Reichsbahn*) est arrêtée par la police des transports, alors qu'elle se rend en train d'Erfurt à Berlin, avec pour projet d'aller jusqu'à Moscou, sans visa. Elle est ensuite adressée à la clinique de la Charité. Quand lui est posée la question de la raison de son voyage à Moscou, voici ce qu'elle répond :

« (Voulu aller à Moscou ?) "Je voulais aller à Moscou. Les amis m'auraient bien aidée. Je serais allée voir le grand Khrouchtchev et je lui aurais raconté comment c'est. J'aurais parlé de l'unité de l'Allemagne, et aussi de la question de Berlin-Ouest. Il devrait établir la paix dans le monde entier, que le commerce et le changement fleurissent à nouveau, chacun selon ses besoins... que chacun puisse voyager." »¹⁰⁹⁵

À nouveau, Khrouchtchev joue un rôle fondamental dans l'esprit de cette patiente, qui pense qu'il aurait également pu l'aider à retrouver son mari tombé à la guerre en 1943. Cette place significative accordée à l'homme politique soviétique s'explique par le rôle majeur qu'il joue dans la seconde crise de Berlin, qui s'est achevée en août 1961. S'il lance un ultimatum aux Occidentaux en novembre 1958, Nikhita Khrouchtchev présente bien ce geste comme une offensive pour la paix mondiale. La fin du « régime d'occupation » à Berlin-Ouest serait la condition nécessaire pour garantir une paix durable en Europe. Et c'est bien en tant que chantre de la paix qu'apparaît Khrouchtchev dans les médias est-allemands, notamment lors de sa visite en RDA en mars 1959, soit deux mois avant la conférence de Genève. Ce message semble avoir été entendu par Margarete E., qui, quelques mois après l'épilogue de la seconde crise de Berlin, accorde à Khrouchtchev la stature d'un homme providentiel, capable non seulement d'assurer la paix mais également de faire revenir son mari d'entre les morts. En ce qui concerne l'interprétation qui est faite par le médecin, ce dernier s'intéresse manifestement bien plus à la façon dont la patiente raconte son histoire qu'à son contenu. Voici notamment ce qu'il note dans le dossier : « Si l'on considérait la pat. indépendamment du contenu de ses

¹⁰⁹⁴ HPAC, F 723/61.

¹⁰⁹⁵ « (Nach Moskau fahren wollen ?) „Ich wollte nach Moskau fahren. Die Freunde hätten mir schon geholfen. Ich wäre zum großen Chrustschow gefahren und hätte ihm alles erzählt, wie es ist. Über die Einheit Deutschlands, auch über die Frage Westberlin hätte ich gesprochen. Er sollte Frieden in der ganzen Welt machen, dass der Handel und Wandel wieder blühen sollte, jeder nach seinen Bedürfnissen...dass jeder reisen könnte.“ » HPAC, F 723/61, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Patientin, Zur jetzigen Erkrankung, 16 décembre 1961.

paroles, elle passerait – en tout cas d'après son attitude extérieure – inaperçue. »¹⁰⁹⁶. Le diagnostic final établi au terme du séjour fait état d'une paraphrénie affective (*affektvolle Paraphrenie*).

L'association entre la figure de Khrouchtchev et le retour souhaité de l'unité allemande se retrouve aussi dans les propos du patient Karl N., né au début du siècle, qui est admis pour la quatrième fois en psychiatrie en 1959 (le diagnostic posé faisant alors état d'une *Angst-Glücks-Psychose*)¹⁰⁹⁷. Voici la manière dont ses dires sont repris dans le dossier, à la date du 22 août 1959 :

« À la question de savoir comment il va, il hurle d'une voix forte : "je suis heureux de pouvoir passer mes vacances à la Charité et en général que le soleil brille, le ciel dehors est si beau. Quand j'étais si petit (pat. fait un mouvement correspondant de la main) là c'était aussi comme ça (pat. recommence à sangloter) si je dois dire quelque chose, alors il faut que le Khrouchtchev et l'Eisenhower fassent enfin une bonne fois pour toutes l'unité et plus ici l'Ouest et l'Est et l'Est et l'Ouest et nous n'avons pas même une banane pour les petits enfants". (pat recommence à sangloter). »¹⁰⁹⁸

L'évocation de l'unité allemande suscite manifestement l'émotion du patient, qui se tourne non seulement vers Khrouchtchev mais aussi vers Eisenhower, alors président des États-Unis d'Amérique. Il est intéressant de noter que, comme dans plusieurs des cas précédemment évoqués, ce motif réapparaît dans les dires du patient, au cours d'admissions ultérieures. En témoigne notamment le passage du dossier de Karl N., en date de février 1964, soit près de cinq ans plus tard (le médecin demande vraisemblablement alors au patient s'il se sent appelé à accomplir de grandes choses) :

« (Appel) On continue, j'y viens. Maintenant c'est toute l'histoire avec les laissez-passer, si j'avais quelque chose à dire, le Mur ne serait pas là, il n'y aurait pas de laissez-passer. J'irais voir Khrouchtchev et Ulbricht, je dirais : tous les soldats, de l'Est comme de l'Ouest, Russes, Américains, Angl.[ais] ou Français rentrent tous chez eux et prennent leurs affaires avec, et si le peuple allemand se désarme chaque mois pas à pas, et je vérifie aussi que les choses ne sont

¹⁰⁹⁶ « Betrachtet man die Patn. unabhängig vom Inhalt ihrer Worte, so würde man sie – jedenfalls nach dem äusseren Gebaren – für unauffällig halten. » HPAC, F 723/61, Anamnese nach Angaben der Patientin, Psychisch, 16 décembre 1961.

¹⁰⁹⁷ HPAC, M 153/64.

¹⁰⁹⁸ « Auf die Frage wie es ihm gehe brülle er mit lauter Stimme : „ich bin glücklich, dass ich in der Charité meinen Urlaub verbringen kann und überhaupt, dass die Sonne scheint, der Himmel draussen ist so schön. Als ich so klein war (Pat macht eine entsprechende Handbewegung) da war es auch so (Pat beginnt wieder zu schluchzen) wenn ich was sagen soll, dann muss der Chrustschow und der Eisenhower endlich einmal die Einheit schaffen und nicht mehr hier West und Ost und Ost und West und wir nicht mal eine Banane für die kleinen Kinder haben“ (Pat beginnt wieder zu schluchzen). » HPAC, M 153/64, Krankengeschichte, 22 août 1959.

pas cachées. Oui, chacun a le droit à la vie, qu'il soit noir, chinois ou blanc, nous sommes bien tous les enfants de dieu ». ¹⁰⁹⁹

Si le patient fait allusion aux laissez-passer (*Passierscheine*), c'est que les premiers accords à ce sujet viennent d'être signés quelques mois auparavant (en décembre 1963) entre les autorités de RDA et le Sénat de Berlin-Ouest, permettant aux Berlinoises de l'Ouest de séjourner temporairement de l'autre côté du Mur. Mais comme le dit Karl N., s'il avait quelque chose à dire, le Mur ne serait pas là, et il n'y aurait pas de laissez-passer. Tout comme la division allemande, Khrouchtchev reste bien présent dans l'esprit du patient, qui souhaite voir toutes les troupes d'occupation, y compris soviétiques, quitter le sol allemand, et « le peuple allemand » – réuni dans cette expression – procéder à son désarmement.

Si, quand ils évoquent la réunification allemande, les patients font intervenir des hommes politiques de l'époque, de l'Ouest comme de l'Est, de Willy Brandt à Nikita Khrouchtchev, ils peuvent également s'attribuer le rôle principal dans ce processus. C'est notamment le cas quand le délire se fait mystique, le patient étant alors « appelé » à accomplir cette grande mission. Gertrud T., qui est admise pour la troisième fois en psychiatrie en 1964, alors qu'elle est âgée d'une cinquantaine d'années, en est un exemple particulièrement parlant. D'après le bilan de son séjour :

« Elle exprima nombre d'idées de grandeur et d'idées d'appel. Elle pensait ainsi être la sœur de Jésus, et devoir mieux faire ce que son frère avait mal fait. Dans le cadre de sa mission, elle voulait réparer la 2^e Guerre mondiale et empêcher la 3^e. Dans ce but, elle exigeait souvent d'entrer en contact avec la télévision pour pouvoir parler à toute la planète. Elle croyait aussi avoir trouvé le chemin pour la réunification de l'Allemagne. » ¹¹⁰⁰

La *Krankengeschichte* livre des éléments plus précis sur le contenu des idées de la patiente. Voici ainsi la teneur des propos qui sont les siens, le jour de sa réadmission à la clinique (le 24 août 1964) :

« Elle a une voix intérieure dans la poitrine, avec laquelle elle peut s'entretenir, c'est Jésus

¹⁰⁹⁹ « (Berufung) Nun weiter, ich komme darauf. Jetzt ist die ganze Sache mit den Passierscheinen, wenn ich was zu sagen hätte, wäre die Mauer nicht da, gäbe es keine Passierscheine. Ich würde zu Chrustchew und Ulbricht gehen, ich würde sagen : sämtliche Soldaten, ob Ost ob West, Russen, Amerikaner, Engl. oder Franzosen gehen alle zurück in ihre Heimat und nehmen ihre Sachen mit, und wenn das deutsche Volk, schrittweise jeden Monat abrüstet, und ich gucke auch nach, dass die Dinge nicht versteckt werden. Ja, jeder hat das Recht zum Leben, ob Schwarze, Chinese oder Weise, wir sind doch alle Kinder Gottes." » HPAC, M 153/64, Krankengeschichte, Wiederaufnahme, 26 février 1964.

¹¹⁰⁰ « Sie brachte eine Fülle von Grössen- und Berufungsideen vor. So meinte sie, die Schwester Jesu zu sein und das besser machen zu müssen, was ihr Bruder falsch gemacht habe. In seinem Auftrage wollte sie den 2. Weltkrieg wiedergutmachen und den 3. verhindern. Zu diesem Zweck verlangte sie öfter, mit dem Fernsehen in Verbindung zu treten und von dort aus zu aller Welt zu sprechen. Sie glaubte auch, den Weg für die Wiedervereinigung Deutschlands gefunden zu haben. » HPAC, F 569/64, Epikrise, 31 octobre 1964.

Christ. Elle veut intervenir politiquement, beaucoup de trous devraient être faits dans le Mur, pour que "le frère puisse revenir vers le frère et la sœur vers la sœur". Elle empêcherait la troisième guerre mondiale.¹¹⁰¹

Dans les dires de la patiente, qui prennent un caractère délirant, le Mur constitue non seulement un obstacle pour le bonheur des familles, mais également une menace potentielle pour la paix mondiale, ce qui entre en contradiction totale avec le message diffusé par les autorités. Le Mur suscite manifestement un intérêt certain de la part de cette femme qui, quelques jours après sa réadmission, va jusqu'à inventer une petite mise en scène à ce sujet, comme en témoigne ce passage de son dossier, daté du 27 août 1964 :

« Patiente vient pour l'entretien dans la salle de consultation. Elle apporte un morceau de savon. (Pourquoi apporté du savon ?) " Je veux vous présenter quelque chose avec ça. Ceci est le mur de Berlin (montre le savon). C'est le monde (pouce), et c'est le cher dieu (majeur) et sur le mur danse Gertrud T. (index). De la gymnastique, elle en a fait de plus en plus. [...] Donc maintenant je vous montre mon superbe exemplaire du Mur... La Gertrud T. se tourne vers le monde avec beaucoup de chansons, parce qu'elle a une belle voix. Malheureusement elle est déjà quelque peu rouillée... L'Humanité voudra bien me le pardonner, et la 1^e et la 2^e guerres mondiales aussi, elle voudra bien me les pardonner... [...] " »¹¹⁰²

Dans les mains de cette patiente, le mur de Berlin se fait ainsi morceau de savon, un morceau de savon avec lequel elle joue, jusqu'à ce qu'elle puisse dire « Le mur est tombé »¹¹⁰³. Quelques jours plus tard, Gertrud T. dit vouloir passer à la télévision, « pour annoncer, comment le Mur peut être détruit »¹¹⁰⁴. Dans l'esprit de la patiente, la télévision, qui en est encore à ses débuts, joue ainsi déjà le rôle de principal vecteur d'informations.

Si Gertrud T. est appelée – en tant que sœur de Jésus – à accomplir la réunification allemande, Elisabeth N. devrait le faire, quant à elle, en tant que « sainte Elisabeth »¹¹⁰⁵. En

¹¹⁰¹ « Sie habe eine innere Stimme in der Brust, mit der sie sich unterhalten könne, dies sei Jesus Christus. Sie wolle sich politisch einschalten, viele Löcher sollten in die Mauer gemacht werden, so dass „Bruder wieder zu Bruder und Schwester wieder zu Schwester kann“. Sie würde den dritten Weltkrieg verhindern. » HPAC, F 569/64, Krankengeschichte, 24 août 1964.

¹¹⁰² « Patientin kommt zur Aussprache ins Untersuchungszimmer. Sie bringt sich 1 Stück Seife mit. (Warum Seife mitgebracht ?) "Damit will ich Ihnen was vorführen. Das hier ist die Berliner Mauer (zeigt auf die Seife). Das ist die Welt (Daumen), und das ist der liebe Gott (Mittelfinger) und auf der Mauer tanzt die Gertrud T. (Zeigefinger). Gymnastik hat sie schon immer mehr gemacht. [...] So nun zeige ich Ihnen mein Prachtstück von Mauer... Die Gertrud T. wendet sich an die Welt mit viel Liedern, weil sie eine schöne Stimme hat. Leider ist sie schon etwas defekt. Das möchte die Menschheit mir verzeihen und den 1. und 2. Weltkrieg möchte sie mir auch verzeihen... [...]» HPAC, F 569/64, Krankengeschichte, 27 août 1964.

¹¹⁰³ « "[...] Die Mauer ist umgefallen (Pat. spielt mit der Seife)." » HPAC, F 569/64, Krankengeschichte, 27 août 1964, Sprichwörter.

¹¹⁰⁴ « Will zum Fernsehen, um zu verkünden, wie die Mauer beseitigt werden kann. » HPAC, F 569/64, Krankengeschichte, 5 septembre 1964.

¹¹⁰⁵ HPAC, F 238/66.

1966, lors d'une réadmission en psychiatrie, cette dernière explique avoir beaucoup prié pour l'unité de l'Allemagne, dans les jours précédents son retour à la clinique. Elisabeth N. dit également entendre une voix, qui l'appelle et avoir lu dans le journal que la tentative de réunifier les deux Allemagnes avait réussi. D'après le dossier, « en raison des idées euphorisantes (*Beglückungsideen*) avancées par la patiente (sainte Elisabeth, unification de l'Allemagne de l'Est et de l'Allemagne de l'Ouest) »¹¹⁰⁶, le directeur de la clinique, Karl Leonhard, pose le diagnostic d'une *Angst-Glücks-Psychose*. Il est intéressant de noter ici que le retour de l'unité allemande apparaît, dans le regard du psychiatre, comme une idée suscitant le bonheur chez la patiente. La patiente Ingeborg R., quant à elle, aurait également reçu la mission de réunifier l'Allemagne, mais refuse de dévoiler son plan¹¹⁰⁷. Contrairement à Elisabeth N., elle n'entend pas de voix mais des « mots d'encouragement » lui auraient été transmis « par influence télépathique » à partir de la radio¹¹⁰⁸. Dans les propos des patients, les médias, qu'il s'agisse de la télévision, de la radio ou des journaux, jouent ainsi un rôle important dans le processus de réunification allemande, qu'ils entrent en contact avec les « appelés » ou qu'ils officialisent et propagent la bonne nouvelle.

Si l'on suit la thèse, défendue par certains professionnels de la psychiatrie, selon laquelle le délire pourrait constituer une tentative de guérison, créant une réalité où le sujet peut vivre, on peut trouver une certaine logique à ces « délires réunificateurs »¹¹⁰⁹. S'inscrivant peu ou prou dans la réalité historique de leur temps, ils rapprochent les deux Allemagnes, font tomber le Mur, et ce bien avant l'heure, suscitant par là-même le bonheur de leurs auteurs. D'après la psychanalyste Colette Soler, le délire psychotique peut être défini comme « un procès de significantisation, aussi réduit soit-il, par lequel le sujet parvient à élaborer et à fixer une forme de jouissance acceptable pour lui »¹¹¹⁰. Par la psychose, le sujet se détournerait ainsi de la réalité, afin d'en reconstruire une autre. Les expériences sur lesquelles nous nous sommes penchés dans les pages précédentes invitent à prendre en considération une telle hypothèse : rêver l'unité allemande retrouvée ou la chute du Mur, se faire l'apôtre ou l'acteur principal de la réunification des deux Allemagnes, a peut-être permis à ces individus d'apaiser leurs angoisses, en leur procurant une jouissance immédiate bien que temporaire. Dans une

¹¹⁰⁶ « Prof. Leonhard stellt auf Grund der von der Pat. angegebenen Beglückungsideen (heilige Elisabeth, Vereinigung von Ost- und Westdeutschland) die Diagnose einer Angst-Glück-Psychose. » HPAC, F 238/66. Krankengeschichte, 25 avril 1966, Chefvisite.

¹¹⁰⁷ HPAC, F 847/64.

¹¹⁰⁸ « Ohne Aufforderung berichtet sie, daß sie zwar keine Stimmen höre, daß sie aber durch "telepathischen Einfluß" aufmunternde Worte aus dem Radio gehört habe. » HPAC, F 847/64, Krankengeschichte, Aufnahmebefund, 12 novembre 1964.

¹¹⁰⁹ Voir à ce sujet, Jean-Claude Maleval, *La logique du délire*, Rennes, PUR, 2011.

¹¹¹⁰ Colette Soler, *Le sujet psychotique dans la psychanalyse*, in *Psychose et création*, Paris, GRAPP, 1990, p. 28. Cité par Jean-Claude Maleval, *op. cit.*, p. 23

certaine mesure, les « délires réunificateurs » peuvent potentiellement traduire, pour ces individus, le caractère insupportable de la division allemande, ainsi que l'attente d'une unité enfin restaurée. Ils confirment les résultats obtenus à partir d'autres sources, selon lesquels, au sein de la population de RDA, « l'horizon de la réunification n'est jamais complètement abandonné »¹¹¹¹. Le délire apparaît alors comme un moyen d'échapper à la réalité, en mobilisant toutes sortes de « ressources créatrices »¹¹¹², parfois insoupçonnées, ce qui permet par exemple à Gertrud T. de faire tomber le Mur, avec vingt-cinq années d'avance.

C'est également la perspective selon laquelle on peut aborder l'expérience de la patiente Irma F., qui viendra clore ce chapitre¹¹¹³. Plus que la chute du Mur en elle-même ou la réunification des deux Allemagnes, cette femme, qui passe environ deux mois en psychiatrie au cours du printemps 1965, rêve les retrouvailles avec sa fille, dont elle est séparée par le Rideau de fer depuis plusieurs années. Irma F. est ainsi persuadée que sa fille de 24 ans, qui habite à l'Ouest, se trouve en RDA. Elle dit avoir vu des photos de cette dernière à la gare, ce qu'elle interprète comme un signe de sa présence à l'Est. Voici notamment ce qu'on peut lire dans son dossier :

« Puis elle vit soudainement les photos de sa fille. Elle les regarde bien attentivement, et ça devait signifier que sa fille était ici, et qu'il fallait qu'elle la cherche. Elle a reçu de la force et de la volonté et a su désormais, qu'il fallait qu'elle suive toujours son chemin. Elle devait voir ces photos, parce qu'on voulait les réunir, elle et sa fille, et elle devait aussi recevoir une forte volonté à travers ces photos. Ce n'était pas n'importe qui qui a pu faire tout ça. Ça ne peut que venir de notre gouvernement. Walter Ulbricht et tout le gouvernement auraient monté un plan, qui pourrait toutes les réunir. La fille est ici chez nous, sinon on ne lui aurait pas montré les photos. Elle est allée très près et a aussi vu les photos ; elles auraient été accrochées à un mur plus long dans le bâtiment de la gare. C'est sûrement vrai. Tout vient de notre RDA, c'est tout un conseil, une commission, pour que tout aille bien et soit en ordre. Elle ne sait pas, ce que c'est tout ça, mais ça avait été décidé à la télévision. [...] »¹¹¹⁴

¹¹¹¹ C'est l'analyse livrée par l'historien Emmanuel Droit à partir des sources scolaires. Emmanuel Droit, *Vers un homme nouveau ?...*, *op. cit.*, p. 248-251.

¹¹¹² Jean-Claude Maleval, *op. cit.*, p. 10.

¹¹¹³ HPAC, F 238/65.

¹¹¹⁴ « Dann sah sie auf einmal die Bilder der Tochter. Sie sah sie ganz fest an, und das hatte zu bedeuten, daß die Tochter hier ist, und daß sie sie suchen müsse. Sie habe Kraft und Willen bekommen und jetzt gewußt, daß sie immer ihren geraden Weg gehen muß. Die Bilder sollte sie sehen, weil man sie mit ihrer Tochter wieder zusammenführen wollte, und sie sollte auch durch diese Bilder einen starken Willen bekommen. Irgendein Kleiner habe das alles gar nicht machen können. Das kann nur von unserer Regierung ausgehen. Walter Ulbricht und die ganze Regierung hätten einen Plan gemacht, die sie alle zusammenbringen könnten. Die Tochter sei hier bei uns, sonst hätte man die Bilder ihr nicht gezeigt. Sie sei dicht herangegangen und habe auch die Bilder gesehen; sie hätten an einer längeren Wand im Bahnhofsgebäude gehangen. Das stimme sicher. Das Ganze gehe von unserer DDR aus, sei ein ganzer Beirat, eine Kommission, damit alles gut und ordentlich ginge. Sie wisse nicht, was das alles sei, aber im Fernsehen, da wurde das beschlossen. [...] » HPAC, F 238/65, Krankengeschichte, Exploration d.[er] Pat..

Cette idée, selon laquelle sa fille se trouve désormais du même côté du Rideau de fer, Irma F. n'en démord pas. Elle écrit une lettre à Walter Ulbricht afin qu'il lui vienne en aide, cet écrit étant « mis au dossier » par le médecin. Quelques jours après son admission, elle voit des lumières au-dehors, la représentant elle et sa fille, ainsi qu'une étoile. Autant de signes de futures retrouvailles. Elle entend aussi une grosse caisse et des sons de cloches, pense qu'il s'est passé « quelque chose de très important », « que tous les peuples s'unissent », que c'est peut-être la paix qu'on annonce¹¹¹⁵. Quant au médecin avec lequel elle s'entretient, il doit s'agir de son gendre, le Hermann de Karin, à qui elle écrit une lettre. Dans cet écrit, elle explique à sa fille sa certitude qu'elle se trouve toute proche d'elle, c'est sa « raison » qui le lui dit, elle à qui sa chère fille manque tant. Elle lui demande de venir lui rendre visite à la clinique, et termine cette lettre en ces termes : « Je me réjouis déjà de tout mon cœur à l'idée de pouvoir te prendre pour toujours dans mes bras »¹¹¹⁶. La lettre est également versée au dossier par le médecin, cette « mise au dossier » soulignant le caractère délirant des propos de la patiente. Le médecin écrit bien dans le dossier que « les pensées délirantes (*Wahngedanken*) ne tournent qu'autour du complexe fille »¹¹¹⁷. Au fil de son séjour, parallèlement à l'administration de neuroleptiques, Irma F. prend progressivement de la distance par rapport à ces pensées délirantes. À la date du 4 mai 1965, soit plus d'un mois après son admission, sont repris directement dans le dossier les propos suivants de la patiente : « J'ai voulu rendre crédibles beaucoup de choses "que j'ai souhaitées" »¹¹¹⁸. À travers cette phrase, rapportée par le rédacteur dans le dossier, on perçoit à la fois le désespoir de cette mère séparée de sa fille par le Rideau de fer, mais également et surtout la façon dont Irma F. donne du sens aux pensées qu'elle a eues : souhaitant plus que tout revoir sa fille, elle l'a tout simplement fait venir à elle par la pensée, comblant par son délire un manque qui lui est insupportable.

Comme en témoignent les sources, c'est bien de manière brutale que le Mur entre dans les têtes, séparant la population de RDA de celle de l'Ouest, mais également et peut-être surtout, l'éloignant de l'État. À travers le Mur, le pouvoir communiste produit de la peur, de l'angoisse, ainsi que de l'isolement. Les dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques

¹¹¹⁵ « Gestern habe sie am Fenster ein Pauken und Glockenläuten vernommen. " Das war draußen ganz deutlich; vielleicht leuten [läuten] sie den Frieden ein. Ich dachte, es ist etwas ganz Großes passiert, daß alle Völker sich vereinigen, oder es ist nur ein Marterspiel. Die Stimme hat es zu mir gesagt, und der DDR-Beirat hat alles beschlossen." » HPAC, F 238/65, Krankengeschichte, 29 mars 1965.

¹¹¹⁶ « Ich freue mich schon von ganzem Herzen darauf, wenn ich Dich nun für immer in meine Arme nehmen kann. » HPAC, F 238/65, lettre non datée.

¹¹¹⁷ « Die Wahngedanken kreisen nur um en Tochter-Komplex. » HPAC, F 238/65, Krankengeschichte, 6 avril 1965.

¹¹¹⁸ « Ich habe mir vieles glaubhaft machen wollen, "was ich gewünscht habe" ». HPAC, F 238/65, Krankengeschichte, 4 mai 1965.

attestent bien du basculement dans la solitude – voire dans une certaine forme de marginalité sociale – qui touche certains patients de la *Nervenlinik*, suite à la fermeture du dernier point de passage vers l'Ouest. Finalement, si la maladie peut être définie comme ce qui « isole »¹¹¹⁹, la « maladie du Mur » le fait alors doublement, isolant à la fois les individus qui en souffrent, mais également le pouvoir communiste dont le déficit de légitimité se fait alors criant.

Quant au regard posé sur les « malades du Mur », il diffère selon le poids accordé aux facteurs exogènes – au rôle de l'événement – dans la genèse des troubles psychiques et mentaux. À la conception classique, qui accorde une large place aux facteurs endogènes (comme la « personnalité » du patient), et qui est celle défendue notamment par Karl Leonhard, s'oppose l'approche proposée par Dietfried Müller-Hegemann, qui s'inscrit dans l'essor que connaît alors la psychiatrie sociale. Si l'interprétation qui est faite du mal dont souffre le patient diffère fortement, les archives de la Charité, tout comme l'ouvrage publié en 1973, attestent bien d'une certaine liberté de ton dont peut bénéficier le patient de psychiatrie ou de psychothérapie dans la RDA des années 1960, que ce soit à Berlin-Est ou à Leipzig. Cela étant, comme on peut le constater à la lecture des dossiers de la Charité, c'est bien parce leurs mots restent enfermés dans une logique de « circularité diagnostique » que les patients peuvent aborder des sujets sensibles comme la douleur ressentie suite aux « mesures de sécurisation du 13 août ». Et c'est ce qui explique les traces laissées par la parole des patients dans les dossiers.

Ces traces donnent à l'historien l'accès à une parole qui se fait rare ou difficilement audible dans le contexte de la RDA des années 1960. Quand on se penche sur leur contenu, les « délires réunificateurs » peuvent ainsi être interprétés comme des stratégies de dépassement de la division allemande. Quant aux peurs associées au mur de Berlin, qui franchissent rarement le seuil de la parole, elles peuvent faire resurgir des émotions liées au dernier conflit mondial, les expériences de la Guerre froide venant réactiver celles de la Seconde Guerre mondiale. Si elle a affleuré au fil des pages précédentes, l'empreinte laissée par ces conflits dans les esprits – et dans les corps – des patients de la *Nervenlinik*, constitue le fil directeur du dernier chapitre de cette étude.

¹¹¹⁹ Henry E. Sigerist, *Introduction à la médecine*, Paris, Payot, 1932, p. 86. Cité par Georges Canguilhem, in Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, p. 72.

CHAPITRE 6 :

Sortie de guerre et Guerre froide « vues d'en bas »

Au cœur de ce dernier chapitre se trouve la question des traces laissées par les conflits, de la Seconde Guerre mondiale à la Guerre froide, dans les dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques des années 1960. Il s'agit de faire des patients et des patientes les principaux acteurs de cette version « vue d'en bas », en reconstituant des expériences individuelles et singulières de la sortie de guerre et du conflit entre les deux blocs. Quand on se penche sur « l'expérience la plus élémentaire »¹¹²⁰, à savoir celle de l'individu, qui se caractérise par « l'écheveau complexe des relations, la multiplicité des espaces et des temps dans lesquelles [elle] s'incrit »¹¹²¹, on atteint un certain degré de complexité dans l'analyse : les temporalités s'enchevêtrent, les échelles s'entrecroisent, et les représentations de l'Autre se font différenciées. C'est bien autour de ces croisements – inhérents à la société est-allemande des années 1960 – que s'articulera ce chapitre.

Ainsi, tels qu'on peut les reconstituer à partir du matériau archivistique, les traumatismes de la Seconde Guerre mondiale persistent longtemps après la fin du conflit, se superposant aux enjeux de la Guerre froide. C'est ce qu'illustrent notamment les expériences des femmes violées par les soldats de l'Armée Rouge, entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début de la période de paix, des expériences dont les dossiers des années 1960 portent la trace. La sortie de guerre apparaît bien comme un processus complexe au caractère dynamique, qu'on ne peut circonscrire aux bornes chronologiques du conflit¹¹²². L'approche micro-historique permet alors de s'interroger sur la persistance de la guerre au plus intime de l'acteur, mais également sur le caractère discontinu et enchevêtré des temporalités, telles qu'on peut les retracer à l'échelle de l'individu.

Si la Seconde Guerre mondiale et les traumatismes qui lui sont liés laissent des traces dans les dossiers des années 1960, la Guerre froide s'invite également dans le quotidien des patients, et notamment au travers du croisement d'échelles, qui fait se rencontrer parcours

¹¹²⁰ Jacques Revel, « Micro-analyse et construction du social », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Seuil, 1996, p. 15-36, ici p. 30.

¹¹²¹ Jacques Revel, « L'histoire du ras du sol », in Giovanni Levi, *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989, p. XII.

¹¹²² Bruno Cabanes, Guillaume Piketty, « Sortir de la guerre : jalons pour une histoire en chantier », [Histoire@Politiques](#), 2007, n°3.

personnels et logiques géopolitiques, de la petite à la grande Histoire. Cette Guerre froide « au ras du sol », telle qu'elle est vécue par les patients et les patientes de la clinique, fait en outre appel à de multiples représentations de l'Autre – à savoir l'Ouest – qui illustrent la manière dont peut être intériorisée, utilisée, voire rejetée l'image de l'ennemi. Cette version « vue d'en bas » diffère des approches traditionnelles du conflit entre les deux blocs, où l'analyse à l'échelle macro est le plus souvent privilégiée¹¹²³. La question des origines de la Guerre froide, celle des responsabilités portées par chacune des parties, celle des causes de sa fin ont eu longtemps la faveur des historiens, qui se sont tout d'abord majoritairement penchés sur ses aspects géopolitiques et militaires¹¹²⁴. Qu'ils aient traité la politique extérieure menée par chacune des superpuissances, aux modalités de fonctionnement à l'intérieur de chacun des blocs, ou aux stratégies menées pour mobiliser les esprits, la plupart des axes de recherche concernant la Guerre froide donnent de ce conflit une version « vue d'en haut », qui ne laisse finalement que peu de place aux individus, à leurs expériences, à leurs ressentis. Or, comme en témoignent les dossiers de patients, en RDA, bien qu'elle n'ait pas directement soumis les soldats ou les civils à sa violence physique, la Guerre froide n'en a pas moins laissé des traces dans les esprits des individus, des traces qui peuvent se traduire jusque dans leur chair. Se pose alors la question de l'inscription du phénomène guerrier dans les esprits et dans les corps, malgré l'absence d'affrontements d'hommes en armes.

1. Enchevêtrement des conflits et des temporalités : expériences de femmes violées par les soldats de l'Armée Rouge entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début de la période de paix

Cet axe de recherche, qui permet de revenir sur le processus de sortie de guerre, et de souligner les modalités selon lesquelles les enjeux de la Guerre froide rencontrent les traumatismes du dernier conflit mondial, s'est imposé à la lecture des dossiers psychiatriques

¹¹²³ Pour une des rares approches de la Guerre froide « par le bas », à partir du prisme du local et des représentations des acteurs, voir : Philippe Buton, Olivier Büttner, Michel Hastings (dir.), *La Guerre froide vue d'en bas*, Paris, CNRS Éditions, 2014.

¹¹²⁴ Sur l'historiographie de la Guerre froide, voir notamment : Pierre Grosser, *Les temps de la Guerre froide : Réflexions sur l'histoire de la guerre froide et sur les causes de sa fin*, Bruxelles, Complexe, 1995 ; Pierre Grosser, « Écrire l'histoire de la Guerre froide après la fin de la Guerre froide : quelques éléments de réflexion et de bilan bibliographique », in *Communisme*, n° 80/81/82, 2004/2005, p. 43-76. Pierre Grosser, « Histoire de la guerre froide ou histoire des vainqueurs ? », in *Critique internationale*, 12, juillet 2001, p. 69-80 ; Georges-Henri Soutou, *La guerre de cinquante ans : Les relations Est-Ouest, 1943-1990*, Paris, Fayard, 2001 ; Justine Faure, « De la Grande Alliance à l'affrontement armé Est-Ouest (1944-1950) : origines de la Guerre froide et débats historiographiques », *Histoire@Politique*, n°3, 2007. En ce qui concerne plus particulièrement l'historiographie anglo-saxonne : Melvyn Leffler, David Painter, (dir.), *Origins of the Cold War : an international history*, Londres, New York, Routledge, 1994 ; Melvyn Leffler, Odd Arne Westad, *The Cambridge History of the Cold War*, Vol.1, Cambridge, New York, Melbourne, Cambridge University Press, 2010 ; Melvyn Leffler, « The Cold War: What Do « We Now Know »? », *American Historical Review*, n°2, avril 1999, p. 501-524.

et psychothérapeutiques. Une nouvelle fois, ce sont des sources elles-mêmes qu'est venue l'impulsion qui s'est ensuite transformée en piste de recherche cohérente.

Si le thème des violences sexuelles commises par les soldats de l'Armée Rouge se fait particulièrement difficile à aborder au sein de la société est-allemande, l'espace de la clinique psychiatrique peut constituer à nouveau une exception notable. Dans le cadre des entretiens réalisés avec le médecin ou le psychologue, les viols peuvent ainsi être évoqués par les femmes qui en ont été les victimes plusieurs années auparavant. On retrouve la trace de cette prise de parole, consignée par la main du thérapeute, au sein des dossiers médicaux de ces patientes. Ces sources rares permettent ainsi de se pencher sur le récit que font ces femmes de ces viols en temps de guerre, sur les conséquences à long terme de ce traumatisme, et sur le regard qui est posé sur elle dans la RDA des années 1960. Dans cette perspective, les dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques illustrent à quel point l'histoire de ces viols s'inscrit dans « un entremêlement complexe entre le corps, le regard [et] la morale »¹¹²⁵, auquel vient se superposer un enchevêtrement des temporalités, qui mêle les expériences de la Seconde Guerre mondiale à celles de la Guerre froide.

1.1 Éléments de contextualisation

Entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début de la période de paix, ce sont près de deux millions de femmes allemandes qui sont violées par les soldats soviétiques¹¹²⁶. La libération de Berlin par l'Armée Rouge au printemps 1945 fait ici figure d'événement paroxystique, s'accompagnant d'une véritable explosion de violences sexuelles à l'encontre des femmes allemandes¹¹²⁷. Si des viols ont également été commis par les Alliés dans les zones d'occupation occidentales, c'est un déchaînement de violence d'une toute autre ampleur qui est alors perpétré par les soldats soviétiques. Les causes en sont multiples et complexes, s'inscrivant dans un contexte historique bien particulier¹¹²⁸. Au désir de vengeance suscité par

¹¹²⁵ Geroges Vigarello, *Histoire du viol. XVI^e – XX^e siècle*, Paris, Seuil, « L'univers historique », 1998, p. 8.

¹¹²⁶ Norman M. Naimark, *The Russians in Germany. A History of the Soviet Occupation Zone, 1945-1949*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1995, p. 133 ; Barbara Johr, « Die Ereignisse in Zahlen » in Helke Sander, Barbara Johr (dir.), *BeFreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigungen, Kinder*, Francfort sur le Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1995, p. 46-73.

¹¹²⁷ Voir à ce sujet : Anonyma, *Eine Frau in Berlin. Tagebuchaufzeichnungen vom 20 April bis 22 Juni 1945* (1959), Francfort sur le Main, Eichborn Verlag, 2003. Pour la traduction française : Françoise Wuilmart, *Une femme à Berlin. Journal 20 avril 1945-22 juin 1945*, Paris, Gallimard, « Folio », 2006. Il s'agit du journal intime d'une Berlinoise, tenu entre le 22 avril et le 22 juin 1945, au moment de la « libération » de Berlin par l'Armée Rouge. Les viols commis par les soldats soviétiques tiennent une place importante dans ce récit, l'auteur ayant été elle-même victime de telles agressions. La jeune femme évoque ainsi une « épidémie de viols » qui sévit lors de l'arrivée des Soviétiques dans la ville, les femmes étant réduites à l'état de « proies ». Anonyma, *op. cit.*, p. 130. On estime que plus de 110 000 femmes ont été violées à Berlin entre le printemps et l'automne 1945 (voir Barbara Johr, *op.cit.*, p. 54).

¹¹²⁸ Voir Norman M. Naimark, *op.cit.*, p. 105-116.

la violence de la « guerre d'anéantissement » allemande en Union soviétique se superpose une haine des Allemands qui se voit avivée par la machine de propagande. Le viol en temps de guerre détient cette particularité qu'« il vise les hommes au-delà des corps des femmes », étant avant tout « atteinte à la filiation »¹¹²⁹. C'est bien toute la nation allemande qui doit être humiliée par ces viols massifs, qui expriment la radicalité de la violence guerrière¹¹³⁰. Par ailleurs, la dureté des conditions de vie de ces soldats, l'extrême prudence qui caractérise alors la société soviétique en matière de sexualité, la consommation massive d'alcool sont autant d'éléments supplémentaires qui peuvent être avancés afin d'expliquer l'ampleur prise par ces viols.

Bien qu'ils soient condamnés par la législation militaire soviétique¹¹³¹, ces crimes n'ont été que très rarement poursuivis par les autorités d'occupation, laissant généralement les agresseurs dans l'impunité la plus totale. Quant aux victimes, si leur prise de parole est encore possible dans un premier temps, elle se heurte à de nombreux obstacles durant la sortie de guerre. Avec le retour des prisonniers de guerre et la « remasculinisation » de la société allemande, ce sujet devient rapidement trop sensible pour être abordé directement, source d'humiliation pour les hommes et de peur pour les femmes redoutant les réactions de leurs conjoints¹¹³². Au sein de la zone d'occupation soviétique puis de la RDA, cette mise sous silence se fait d'autant plus forte du fait du nouveau contexte politique, où l'amitié germano-soviétique constitue un credo de la propagande officielle, ne souffrant aucune contradiction¹¹³³. Dès lors, les viols commis par les soldats soviétiques ne sont plus évoqués qu'à mots couverts, et uniquement dans le cadre privé¹¹³⁴. S'il est toujours difficile aux victimes de dire le viol, dans ce cas précis, la particularité du contexte politique rend cette prise de parole d'autant plus délicate pour ces femmes. Au poids de la honte qui pèse bien souvent sur les épaules des victimes, s'ajoute ainsi l'interdiction d'émettre toute critique à

¹¹²⁹ Stéphane Audoin-Rouzeau, *Combattre. Une anthropologie historique de la guerre moderne (XIXe – XXIe siècle)*, Paris, Seuil, « Les Livres du nouveau monde », 2008, p. 313.

¹¹³⁰ *Ibid.*

¹¹³¹ Marianna G. Muravyeva, « Le viol dans la législation militaire russe », in Raphaëlle Branche, Fabrice Virgili (et. al.), *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Payot », 2013 [2011], p. 31-53.

¹¹³² Atina Grossmann, « A question of silence. The rape of german women by occupation soldiers », *October*, vol. 72, printemps 1995, p. 61.

¹¹³³ Christian Th. Müller, « "O Sowjetmensch !" Beziehungen von sowjetischen Streitkräften und DDR-Gesellschaft zwischen Ritual und Alltag », in Christian Th. Müller, Patrice G. Poutrus (dir.), *Ankunft – Alltag – Ausreise. Migration und interkulturelle Begegnung in der DDR-Gesellschaft*, Cologne, Böhlau Verlag, 2005, p. 17-134, ici p. 34-45 ; Jan C. Behrends, « Sowjetische "Freunde" und fremde "Russen". Deutsch-Sowjetische Freundschaft zwischen Ideologie und Alltag (1949-1990) », in Jan C. Berends, Thomas Lindenberger, Patrice G. Poutrus (dir.), *Fremde und Fremdsein in der DDR : zu historischen Ursachen der Fremdenfeindlichkeit in Ostdeutschland*, Berlin, Metropol, 2003, p. 75-98.

¹¹³⁴ Christian Th. Müller, *op. cit.*, p. 26 ; Atina Grossman, *op.cit.*, p. 61-62 ; Norman M. Naimark, « Russes et Allemands : viols de guerre et mémoires postsoviétiques », in Raphaëlle Branche, Fabrice Virgili (et. al.), *op.cit.*, p. 269-295, ici p. 276.

l'encontre du « Grand frère soviétique ».

Du fait de cette chape de silence, peu nombreuses sont les sources au sein desquelles des femmes de RDA évoquent directement, et en dehors du cadre privé, les violences sexuelles dont elles ont été l'objet. C'est la découverte de telles archives qui se trouve à l'origine de cette étude, basée sur un corpus de 28 dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques. Ces dossiers concernent des femmes, âgées de 30 à 56 ans, ayant séjourné au sein des services de la clinique entre 1958 et 1968, les viols qu'elle évoquent ayant eu lieu dix à vingt auparavant. Si elles sont issues pour la plupart de Berlin et de ses environs (à hauteur de 57%), certaines d'entre elles habitent à plus de 100 voire 200 kilomètres de la capitale est-allemande. Au sein du fonds étudié, ces dossiers représentent une part minime¹¹³⁵, cette faiblesse numérique démontrant certainement la difficulté éprouvée par les victimes à dire la violence dont elles ont été l'objet. Les dossiers de cette étude constituent ainsi des pièces rares et singulières, dans la mesure où ils attestent de la prise de parole – aussi retenue soit-elle – de femmes violées entre la fin de la guerre et le début de l'occupation de l'Allemagne. Ils contiennent des diagnostics qui recourent l'éventail des maux diagnostiqués à cette époque à la clinique, et qui vont de la névrose (en ce qui concerne notamment les patientes accueillies en psychothérapie) à la schizophrénie, en passant par la mélancolie, la dépression, la neurasthénie ou la phobie. Au-delà de leurs différences, ces femmes ont comme point commun d'évoquer, de manière plus ou moins détaillée, les viols dont elles ont été victimes dans le contexte de la libération de l'Allemagne puis de son occupation par l'Armée Rouge. Bien qu'il puisse être difficile de déterminer l'identité de l'interlocuteur pour chaque dossier, on peut estimer qu'environ la moitié de ces patientes évoquent ce sujet douloureux face à une femme (alors que la plupart des thérapeutes de la clinique sont des hommes, qu'ils soient médecins ou psychologues). Cet élément laisse supposer que la parole sur le viol se libère plus facilement face à une interlocutrice. Par ailleurs, pour près des deux tiers de ces patientes, c'est lors d'un séjour en psychothérapie qu'elles se confient à ce sujet. Dans ces services, où la plupart des diagnostics font état de névroses, les entretiens thérapeutiques, qui sont souvent menés par des psychologues et non par des médecins, semblent se faire plus approfondis qu'en psychiatrie, et donc plus propices à l'évocation de ce sujet sensible et douloureux¹¹³⁶. D'après les dossiers, le viol est généralement abordé durant l'anamnèse, première phase de l'entretien médical durant laquelle le patient revient sur son passé et sur l'histoire de sa maladie.

¹¹³⁵ Selon les années, la part des dossiers où ce motif apparaît représente entre 0,2 et 2,2% des dossiers consultés.

¹¹³⁶ Dans le cas de la patiente Margarethe T., le thème du viol n'apparaît dans le dossier qu'après son transfert d'un service de psychiatrie à un service de psychothérapie, où elle est prise en charge par un psychologue. HPAC, F 440/60, Krankengeschichte, Sexuelle Entwicklung (9 mai 1960).

1.2 Parler des viols : l'irruption du souvenir

Quels récits de viols sont contenus dans les dossiers ? Comment ces femmes évoquent-elles ce traumatisme ? Comment les médecins et psychologues appréhendent-ils cette parole sensible ? Voici les questions qui guideront le premier moment de cette analyse, consacré à l'irruption de ce souvenir douloureux et à la retranscription de cette parole dans le dossier médical.

Dans la plupart des dossiers, le thème du viol apparaît lors de l'anamnèse. Et c'est au moment où est abordée la sexualité de la patiente qu'est bien souvent évoqué ce sujet douloureux. Ainsi, voici ce qu'on peut lire dans le dossier d'Emmy T., qui fait un séjour d'environ six semaines en psychothérapie à l'automne 1962 :

« Développement sexuel : ménarche¹¹³⁷ à 17 ans, de manière régulière avec douleurs pendant les règles 28/2-4 j[ou]rs. Dernières règles le 28/08/62. Premier RS [Rapport sexuel] à 18 ans. A été violée 7 X [fois] après la guerre lors de l'invasion des soldats russes, avait à l'époque des idées de suicide. Également parce que les menstrues cessèrent pendant un mois. »¹¹³⁸

Comme nombre de femmes allemandes agressées à cette époque, Emmy T. a été victime de plusieurs viols¹¹³⁹. Dans les dossiers, le nombre des agressions est souligné soit par la fréquence des viols (« violée 20 fois en un jour »¹¹⁴⁰, « À 13 ans la pat.[iente] a été violée 10 x [fois] par des membres de la zone soviétique »¹¹⁴¹, « En 1945/46 la pat.[iente] a été violée plusieurs fois durant les troubles de la guerre »¹¹⁴², « des viols à n'en plus compter »¹¹⁴³, etc.), soit par le nombre des agresseurs (« a été violée à 14 ans par plusieurs soldats soviét. [iques] »¹¹⁴⁴, « Lors de l'entrée des Russes, a été violée par 2 soldats. »¹¹⁴⁵, « À l'époque violée

¹¹³⁷ La ménarche est la première période de menstruations.

¹¹³⁸ « Sexuelle Entwicklung: Menarche mit 17 Jahren, regelmässig mit Regelbeschwerden 28/2-4Tg. Letzte Regel am 28.8.62. Erster GV [Geschlechtsverkehr] mit 18 Jahren. Sei nach dem Kriege beim Einzug der russischen Soldaten 7 X vergewaltigt worden, hatte damals Selbstmordgedanken. Auch deshalb, weil die Menses über einen Monat aussetzte. », HPAC, F 574/62, Krankengeschichte, Sexuelle Entwicklung.

¹¹³⁹ Dans son journal intime, l'auteur anonyme évoque également le caractère massif et répété des viols dont elle et nombre de femmes allemandes ont été les victimes lors de la libération de Berlin. Anonyma, *op.cit.*, voir notamment p. 152. Selon l'étude menée par Heike Sander et Barbara Johr, plus de 40% des femmes violées à Berlin auraient été victimes de plusieurs viols. Voir Barbara Johr, *op. cit.*, p. 55.

¹¹⁴⁰ « (an einem Tage 20 mal vergewaltigt worden [...]) », HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, Frühere Erkrankungen.

¹¹⁴¹ « Mit 13 J.[ahren] wurde die Pat.[ientin] 10 x von Angehörigen der Sowjetzone vergewaltigt. », HPAC, F 577/68, Krankengeschichte, 21 novembre [1968].

¹¹⁴² « 1945/46 sei Pat.[ientin] in den Kriegswirren mehrfach vergewaltigt worden. », HPAC, F 301/61, Krankengeschichte, Zur Erkrankung.

¹¹⁴³ « Es lag ein Jahr großer Aufregungen wegen nicht mehr zu zählender Vergewaltigungen hinter ihr. », HPAC, F 626/66, Krankengeschichte, Zur neurotischen Entwicklung.

¹¹⁴⁴ « Menarche mit 12 Jahren, mit 14 Jahren wurde sie von mehreren sowjet.[ischen] Soldaten vergewaltigt. », HPAC, F 440/60, Krankengeschichte, Sexuelle Entwicklung [9 mai 1960].

¹¹⁴⁵ « Beim Einzug der Russen wurde sie von 2 Soldaten vergewaltigt. », HPAC, F 340/65, Krankengeschichte, 26 avril 1965 (Exploration Dr. E.).

par 22 soldats sovi[éti]ques] les uns à la suite des autres, utilisation de violence brutale. »¹¹⁴⁶). Dans le cas de Karoline G., qui souffre d'angoisse et fait un séjour en psychiatrie en 1960, les agressions se sont déroulées durant une période de 14 jours, durant laquelle elle et plusieurs autres femmes furent transférées par les troupes soviétiques dans un autre village, où elle fut « constamment violée »¹¹⁴⁷. Comme l'écrit l'historien Norman M. Naimark, ces femmes partagent « une expérience pour la plupart inconnue à l'Ouest [de l'Allemagne], celle de la menace constante et de la réalité du viol, durant une période prolongée »¹¹⁴⁸. Cette expérience est partagée par de nombreuses femmes, et constitue un traumatisme collectif. On peut ainsi lire dans le dossier de Frieda E. que « d'autres femmes de l'immeuble furent prises de cette manière, de sorte qu'elle ne fut pas la seule à devoir passer par là »¹¹⁴⁹.

La plupart des violences sexuelles dont ces femmes ont été les victimes ont été massives et impliquent de multiples agresseurs, à l'identité floue. Ils sont généralement désignés par les expressions suivantes : « soldats soviétiques », « soldats d'occupation », « Russes », « membres de la zone soviétique », « membres de l'Armée Rouge ». Dans les cas où aucune information ne transparaît au sujet de la nationalité du ou des agresseur(s), la localisation temporelle et géographique des faits laissent supposer qu'il s'agit très certainement de soldats de l'Armée Rouge. En ce qui concerne deux dossiers, les viols ont eu lieu au sein de territoires passés sous autorité polonaise (Haute-Silésie et Reichsgau Wartheland). Il s'agit de viols répétés dans les deux cas, sans que l'on ne puisse déterminer précisément si les agresseurs – désignés comme étant des Polonais par l'une des patientes – appartiennent ou non à l'armée¹¹⁵⁰.

Pour plusieurs de ces femmes, le récit des viols s'inscrit dans celui d'une époque troublée. Le viol vient s'ajouter aux multiples traumatismes vécus durant cette période chaotique, comme la disparition de proches ou la perte du foyer, du fait de l'avancée de la ligne de front ou de l'expulsion des territoires orientaux (*Vertreibung*)¹¹⁵¹. Voici par exemple

¹¹⁴⁶ « Damals von 22 sowj.[etischen] Soldaten hintereinander vergewaltigt worden, Anwendung brutaler Gewalt. », HPAC, F 554/65, Krankengeschichte, Soziale Entwicklung.

¹¹⁴⁷ « Pat.[ientin] wurde mit mehreren Frauen auf einem Lastwagen in ein anderes Dorf gefahren und wurde dort ständig vergewaltigt. Die Zeit dieser Vergewaltigung dauerte 14 Tage. », HPAC, F 754/60, Krankengeschichte, Ehe.

¹¹⁴⁸ « It is important to establish the fact that women in the Eastern zone – both refugees from further east and inhabitants of the towns, villages, and cities of the Soviet zone – shared an experience for the most part unknown in the West, the ubiquitous threat and the reality of rape, over a prolonged period of time. » Norman M. Naimark, *The Russians...*, *op. cit.*, p. 107.

¹¹⁴⁹ « Es wurden noch mehrere Frauen vom Haus in der Weise vorgenommen, so dass die Pat.[ientin] nicht die einzige war, die das durchzumachen hatte. », HPAC, F 722a/63, Krankengeschichte, 20 juillet 1963.

¹¹⁵⁰ En ce qui concerne l'une de ces femmes (HPAC, F 301/61), les viols ont lieu en Haute-Silésie, territoire qui se trouve alors sous occupation polonaise. Les femmes allemandes y sont souvent victimes d'agressions sexuelles commises par des soldats polonais, mus par « un désir de rétribution ». Norman M. Naimark, *The Russians...*, *op. cit.*, p. 75-76.

¹¹⁵¹ Atina Grossman, *op. cit.*, p. 53.

ce que l'on peut lire dans le dossier de Traute N., qui fait un séjour de trois semaines en psychothérapie en 1965 :

« En 1945/46, elle a traversé beaucoup de choses difficiles, aurait vécu dans un camp, devait beaucoup se cacher, est aussi tombée gravement malade après plusieurs viols et a été considérablement affaiblie. »¹¹⁵²

La violence sexuelle dont ces femmes ont été l'objet s'inscrit dans un ensemble de traumatismes qui sont à relier à la période de la fin de la guerre, une période où comme le dit la patiente Ingeborg R., accueillie en 1965 en psychothérapie pour phobie cardiaque, « ils ne possédaient plus que les vêtements qu'ils avaient sur eux »¹¹⁵³. Après avoir perdu sa maison en avril 1945, cette femme, alors âgée de 21 ans, est violée par 22 soldats soviétiques.

Bien qu'elle ait lieu dix à vingt ans après l'accomplissement des faits, l'évocation de ces viols ne se fait pas sans difficulté, bien au contraire. Cette parole surgit dans la douleur, comme en témoignent certaines annotations du rédacteur du dossier (par exemple : « La pat. [iente] ne raconte maintenant plus qu'en pleurant. »¹¹⁵⁴, ou alors « Pat.[iente] se met tout de suite à pleurer, dès que la question du viol est posée. »¹¹⁵⁵). Cette difficulté à dire le viol ne touche pas seulement les victimes mais également leurs proches. Ainsi, quand lui sont posées des questions concernant les événements de l'année 1945 et notamment le viol de la patiente Erika S., une de ses amies évite le sujet, ce qui est clairement indiqué dans le dossier¹¹⁵⁶. La chape de silence qui s'abat sur les victimes de viols se propage ainsi à l'ensemble de leur environnement familial et social. Cette propension à vouloir la taire illustre toute la spécificité de la violence sexuelle, qui fait peser sur les victimes un sentiment de honte et d'avilissement¹¹⁵⁷.

Par ailleurs, plusieurs indices laissent penser que le caractère traumatisant du viol n'est pas entièrement reconnu par l'équipe médicale et thérapeutique. De manière générale, les viols dont ces femmes ont été les victimes, ne détiennent pas une place centrale dans les dossiers de ces patientes, et ce malgré l'extrême brutalité des faits. Bien souvent, le récit des violences

¹¹⁵² « 1945/46 habe sie viel Schweres durchgemacht, hätte im Lager gelebt, mußte sich viel verstecken, sei nach mehreren Vergewaltigungen auch schwer erkrankt u. erheblich geschwächt gewesen. », HPAC, F 174/65, Krankengeschichte, Entwicklung [1^{er} mars 1965].

¹¹⁵³ « Im April 1945 durch Kriegshandlungen das eigene Haus verloren. Sie "besaßen nur die Kleider auf dem Leib". Damals von 22 sowj.[etischen Soldaten] vergewaltigt worden, Anwendung brutaler Gewalt. (Die Pat. [ientin] berichtet jetzt nur unter Tränen davon). », HPAC, F 554/65, Krankengeschichte, Soziale Entwicklung.

¹¹⁵⁴ *Ibid.*

¹¹⁵⁵ « Pat.[ientin] weint sofort, als die Frage nach der Vergewaltigung gestellt wird. (?) Ich denke immer noch daran. », HPAC, F 402/61, Krankengeschichte, 6 juillet 1961 (Exploration).

¹¹⁵⁶ HPAC, F 484/65, Krankengeschichte, 11 août 1965.

¹¹⁵⁷ Georges Vigarello, *op. cit.*, p. 33.

sexuelles – qui se fait la plupart du temps laconique – laisse place à un silence assourdissant à ce sujet dans la suite du dossier¹¹⁵⁸. Le traumatisme que constitue le viol ne semble être que rarement considéré comme un potentiel facteur explicatif des troubles dont souffre la patiente, ou comme une piste permettant de mieux saisir sa personnalité. Au-delà de la diversité des diagnostics posés, la plupart des dossiers ont ainsi pour point commun de n'accorder qu'une place minimale au séisme psychique que peut constituer une telle agression.

L'analyse des épicles contenues dans ces dossiers permet de confirmer cette hypothèse. Rédigée à la sortie du patient, l'épicle est le bilan qui fait le lien entre la clinique et le médecin traitant. Dans l'épicle, le médecin ou le psychologue revient rapidement sur les symptômes présentés par le patient à son admission, sur le diagnostic posé ainsi que sur le traitement suivi durant le séjour. Les éléments les plus importants, permettant de comprendre la personnalité ainsi que le trouble ou la maladie du patient, doivent y être présentés. Or, sur les 28 dossiers qui constituent le corpus de cette étude, seuls 4 d'entre eux contiennent une épicle faisant explicitement mention du ou des viol(s) subi(s) par la patiente¹¹⁵⁹. Dans un cinquième dossier, l'allusion aux agressions sexuelles se fait de manière indirecte : l'épicle, rédigée par une psychologue, fait ainsi état de « déceptions sexuelles » qui auraient eu des conséquences sur l'état de santé de la patiente¹¹⁶⁰. Quand on ouvre le dossier, on se rend compte que ces « déceptions sexuelles » ne sont autre que les viols dont elle a été victime à la fin avril 1945. S'il est difficile à ces femmes de dire les viols, on perçoit bien ici dans quelle mesure les médecins ou psychologues qui leur font face peuvent eux-mêmes éprouver des difficultés à mentionner ces violences sexuelles, ainsi qu'à en mesurer la portée.

En ce qui concerne la très grande majorité des épicles, c'est donc le silence qui est de mise, le rédacteur n'ayant pas jugé opportun de faire mention des viols souvent répétés subis par la patiente. Le dossier de la patiente Charlotte H. est tout à fait révélateur de cette mise sous silence¹¹⁶¹. Cette femme, âgée d'une quarantaine d'années, fait un séjour de cinq mois et demi au sein du service de psychothérapie de la clinique. Elle souffre de troubles de la marche d'origine psychogène. Durant l'anamnèse est évoqué son rejet de tout ce qui touche à la

¹¹⁵⁸ En ce qui concerne le dossier d'Elsa S., la manière dont sont évoquées les violences sexuelles contraste particulièrement avec le degré d'horreur qu'elle recèle. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le paragraphe concernant les antécédents médicaux de la patiente : « Cholécytite deux fois (1945) (violée 20 fois en un jour, ça aurait tapé sur la vésicule biliaire). » [« 2 mal Cholecystitis (1945) (an einem Tage 20 mal vergewaltigt wurde, das sei auf die Galle geschlagen).] Si les viols massifs subis par la patiente sont évoqués dans le dossier, c'est uniquement afin d'expliquer la maladie dont elle a souffert en 1945. Par la suite, il n'en est plus question. Malgré l'extrême violence subie par la patiente, ce n'est manifestement pas un thème sur lequel revient le médecin en charge de son cas. HPAC, F 280/62, Krankengeschichte, Frühere Erkrankungen.

¹¹⁵⁹ HPAC, F 301/61 ; HPAC, F 402/61 ; HPAC, F 25/67 ; HPAC, F 745/62.

¹¹⁶⁰ « Aus der Anamnese geht ferner hervor, dass sie schon in früheren Jahren nach sexuellen Enttäuschungen ähnliche Insuffizienzgefühle hatte [...] », HPAC, F 484/65, Epikrise, 17 novembre 1964.

¹¹⁶¹ HPAC, F 433/64.

sexualité et aux hommes en général. Dans le dossier, on peut lire que ce « rejet non naturel repose en grande partie sur des expériences désagréables qu'elle a eues avec les forces d'occupation dans les semaines suivant la débâcle »¹¹⁶². Par cette formulation, le rédacteur du dossier fait allusion aux nombreux viols subis par Charlotte H. à cette époque, alors qu'elle avait une vingtaine d'années. La patiente en fait en effet le récit au cours de l'anamnèse. Pourtant, dans l'épiscrise, qui fait le bilan du séjour, cette relation de cause à effet est complètement laissée de côté. S'il y est évoqué « un rejet prude de toute relation avec l'autre sexe », cela est mis sur le compte du caractère « infantile » de la patiente, les viols de 1945 n'étant absolument pas mis en avant en tant que potentiels éléments d'explication¹¹⁶³. Une fois encore, le rapport qui clôt le séjour de la patiente reste muet sur cette expérience traumatisante.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette mise sous silence. De manière générale, dans l'Allemagne de l'après-guerre, à l'est comme à l'ouest du Rideau de fer, les viols de guerre restent un sujet tabou qu'on n'aborde que difficilement en dehors de la sphère privée. En RDA, le contexte politique alourdit encore la chape de plomb qui pèse sur les femmes victimes des soldats de l'Armée Rouge. Le fait que l'épiscrise constitue un document qui doit être lu à l'extérieur de la clinique explique peut-être cette propension à taire les viols. À cela s'ajoute chez certains médecins une perception patriarcale de la sexualité féminine, qui dénie à la femme un statut de sujet sexuel et minimise de ce fait la gravité d'un viol. En 1964, dans un ouvrage consacré aux « instincts dans la sexualité humaine », Karl Leonhard, écrit ainsi les lignes suivantes :

« Peut-être aussi que certaines des femmes, qui rêvent d'être violées par un homme puissant, n'ont pas seulement un instinct de subordination accentué, mais également une inclination – au sens d'instinct originel – pour la soumission lors du combat. »¹¹⁶⁴

Le viol est ici associé au motif d'un supposé fantasme féminin. D'après Karl Leonhard, l'envie d'être vaincue se trouve au cœur de la sexualité féminine, alors que c'est au contraire celle de vaincre qui meut le sujet masculin¹¹⁶⁵. Par ailleurs, pour ce professeur de psychiatrie,

¹¹⁶² « Diese unnatürliche Ablehnung beruht zum großen Teil auf unschönen Erlebnissen, die sie in den Wochen nach dem Zusammenbruch mit den Besatzungsmächten hatte. », HPAC, F 433/64, Krankengeschichte, Zur sexuellen Entwicklung.

¹¹⁶³ « Sehr deutlich war die infantile Wesensart : Eine relativ späte Menarche mit 16 Jahre, eine unüberwindliche Scheu und Abneigung vor den biologischen Vorgängen des Menschen und früde Ablehnung jeglichen Umgangs mit dem anderen Geschlecht. », HPAC, F 433/64, Epikrise, 23 juillet 1964.

¹¹⁶⁴ « Vielleicht haben auch manche Frauen, die davon träumen, von einem starken Mann vergewaltigt zu werden, nicht nur einen ausgesprochenen Unterstellungsinstinkt, sondern im Sinne des Urinstinktes noch eine Neigung, gerade im Kampf unterworfen zu werden. », Karl Leonhard, *Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1964, p. 84.

¹¹⁶⁵ Ainsi, selon Karl Leonhard, « l'homme se réjouit particulièrement quand il a vaincu une résistance féminine,

détenteur de la chaire la plus importante de RDA, la sexualité féminine se caractérise par une tendance à la passivité¹¹⁶⁶; quant à la frigidité, elle constitue l'expression d'une sexualité féminine normale¹¹⁶⁷. La sexualité féminine est ici appréhendée selon un schéma patriarcal et dominateur, qui fait bien de la femme un simple objet du désir masculin. Dans cette perspective, si, dans ses travaux, Karl Leonhard se penche sur les auteurs de viols et de crimes sexuels¹¹⁶⁸, il ne semble pas s'intéresser aux conséquences psychologiques de ces actes sur leurs victimes. De manière générale, à cette époque et en lien avec une conception masculine de la sexualité féminine, le champ psychiatrique n'accorde que peu d'importance aux victimes des viols. Sur ce point, comme pour bien d'autres, la RDA ne fait pas figure d'exception dans le paysage psychiatrique européen¹¹⁶⁹. Cette situation explique en partie la mise sous silence constatée dans la plupart des épicles étudiées. Si ces femmes peuvent parler de ce qu'elles ont subi, leur prise en charge au sein de la clinique ne semble pas prendre en compte le caractère hautement traumatisant de cette expérience passée. Pourtant, et comme en témoignent les dossiers étudiés, le viol « perdure comme une atteinte à [l'] intégrité et à [l'] intimité corporelles [des victimes] bien longtemps après l'accomplissement même des faits »¹¹⁷⁰. On retrouve en effet les conséquences de ces agressions, à court comme à plus long terme, dans le récit qu'en font ces femmes.

1.3 La persistance du passé dans le présent : les séquelles des viols

Dans un deuxième temps de l'analyse, il s'agit donc de se pencher sur les répercussions des viols dans la vie de ces femmes, sur les multiples séquelles laissées par ces agressions, qu'elles soient d'ordre psychique ou physiologique, à court comme à moyen terme. Comme en

la femme, quand il a fallu qu'elle se plie à la puissance masculine » («Der Mann freut sich besonders, wenn er einen weiblichen Widerstand überwunden hat, die Frau besonders, wenn sie sich der männlichen Stärke fügen mußte. »). *Ibid.*, p. 61.

¹¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 3.

¹¹⁶⁷ Karl Leonhard, « Grundsätze der Behandlung bei der psychogenen Impotenz und Bemerkungen über die Behandlung der Frigidität », in Karl Leonhard (et.al.) *Individualtherapie...*, *op.cit.*, p. 94-96, ici p. 96.

¹¹⁶⁸ Karl Leonhard, « Herausforderung, Notzucht, Notzuchtstötung und Liebeskampf », in Karl Leonhard, *Instinkte und Urinstinkte...*, *op.cit.*, p. 58-84.

¹¹⁶⁹ En ce qui concerne la France, la notice d'un manuel de psychiatrie consacrée au « Viol » est ici particulièrement révélatrice de l'attention portée aux victimes. Voici ainsi ce qu'on peut y lire : « La personnalité des victimes mérite d'ailleurs une attention spéciale (R. Lafon et coll.) et l'on découvre curieusement, au moins chez les enfants et les adolescentes, avec un niveau intellectuel faible, la fréquence d'un consentement tacite ou d'attitude, sinon parfois une véritable provocation inconsciente ». Les victimes ne sont donc évoquées que pour souligner le soupçon pesant sur leur innocence présumée et rien n'est dit sur les conséquences psychologiques que peut entraîner chez elles le viol qu'elles ont subi. Antoine Porot (dir.), *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychiatrie », 1960 [1952], p. 558.

¹¹⁷⁰ Raphaëlle Branche, Isabelle Delpla, John Horne, Pieter Lagrou, Daniel Palmieri, Fabrice Virgili, « Introduction. Écrire l'histoire des viols en temps de guerre », in Raphaëlle Branche, Fabrice Virgili (et. al.), *op. cit.*, p. 7-29, ici p. 24. .

témoignent les dossiers étudiés, « le viol ne s'épuise pas dans la pénétration brutale »¹¹⁷¹ et laisse une blessure multiforme qu'il semble bien difficile – voire impossible – de refermer.

Plusieurs de ces femmes évoquent ainsi les idées suicidaires qu'elles ont eues immédiatement après les viols dont elles ont été victimes. Après avoir été violée par deux soldats à l'âge de 16 ans, Ruth D. tente de se couper les veines (il est précisé dans le dossier qu'elle était vierge au moment de ces viols)¹¹⁷². Des viols commis par des soldats soviétiques poussent également Anneliese R., alors âgée d'une vingtaine d'années, à commettre une tentative de suicide¹¹⁷³. Quant à Anna T., voici ce qu'on peut lire dans son dossier : « 1945 plusieurs viols. Ne voulait rien entendre, rien voir après, voulait mourir »¹¹⁷⁴. Cette mention, aussi laconique soit-elle, traduit bien le profond désespoir ressenti par cette femme, âgée de 18 ans au moment des faits. La pénétration violente dans le corps de l'autre le réduit brutalement à l'état d'objet sexuel. En déniait à la victime la capacité de disposer librement de son corps, le viol lui retire son statut de sujet. Selon certains chercheurs, en ce qui concerne Berlin, environ 10% des victimes de viols se seraient ainsi donné la mort¹¹⁷⁵.

Au-delà du séisme psychologique qu'il provoque et qui peut conduire au suicide, le viol implique aussi pour la victime le risque d'être contaminée par une maladie sexuellement transmissible. Dès la fin de la guerre, la circulation des troupes favorise la propagation de ces épidémies, et ce d'autant plus quand elle est accompagnée de viols répétés. Plusieurs femmes du corpus sont touchées par ces maladies, contractant notamment la syphilis ou la blennorragie. Dès l'été 1945, les autorités d'occupation soviétiques suivies par l'administration allemande prennent des mesures sanitaires afin de stopper la propagation de ces épidémies, sans y parvenir véritablement du fait d'un manque de moyens¹¹⁷⁶. Plusieurs patientes contaminées en 1945 bénéficient ainsi d'un traitement, de manière manifestement assez rapide. Violée en 1945, Frieda E. dit s'être rendue rapidement chez le médecin, après avoir « beaucoup entendu parler de maladies sexuellement transmissibles »¹¹⁷⁷. Atteinte de syphilis, elle est soignée par cures (vraisemblablement de pénicilline). Des années plus tard, la honte d'avoir été violée puis contaminée est toujours présente, comme en atteste le passage suivant, extrait de son dossier :

¹¹⁷¹ Alain Corbin, « Présentation », in *Violences sexuelles*, Paris, Imago, 1989, p. 9-11, ici p. 9.

¹¹⁷² HPAC, F 340/65, Krankengeschichte, 26 avril 1965 (Exploration Dr. E.).

¹¹⁷³ HPAC, F 369/67, Krankengeschichte, Exploration durch Studentin (Examen) [28 août 1967].

¹¹⁷⁴ « 1945 mehrere Vergewaltigungen. Wollte nichts hören, nichts sehen anschliessend, wollte sterben. », HPAC, F 409/62, Krankengeschichte, Gynäkologisch.

¹¹⁷⁵ James W. Messerschmidt, « The Forgotten Victims of World War II. Masculinities and Rape in Berlin », in *Violence against Women*, vol. 12, n° 7, juillet 2006, p. 706-712, ici p. 706.

¹¹⁷⁶ Norman M. Naimark, *The Russians...*, op. cit., p. 97-101.

¹¹⁷⁷ « Anschliessend hörte sie viel von Geschlechtskrankheiten, eilte sofort zum Arzt, der feststellte, dass sie auch wirklich mit einer Syphilis angesteckt worden war. », HPAC, F 722a/63, Krankengeschichte, 20 juillet 1963.

« La pat.[iente] n'a pas pu dépasser le fait que quelque chose de si mauvais lui soit arrivé. Toute sa vie durant, elle fait très attention à son attitude extérieure, attache beaucoup d'importance à sa réputation, fait attention à ne pas dévier du droit chemin, et veille à se tenir particulièrement propre sur le plan sexuel. Malgré cette attitude, il a fallu que ça lui arrive à elle. »¹¹⁷⁸

Le traumatisme d'avoir été contaminée dans son propre corps subsiste chez cette femme, qui le ressent finalement comme une injustice. Le contact subi entraîne ainsi une « souillure » honteuse¹¹⁷⁹, qui perpétue durablement le viol jusque dans la chair des victimes.

Contrairement à Frieda E., Klara F., violée par un « Mongol »¹¹⁸⁰ en 1945, ne se fait pas examiner et ce malgré l'appel lancé par les autorités¹¹⁸¹. Elle n'a pas de symptôme manifeste et ne se rend donc pas chez le médecin. Cependant, la syphilis détient cette particularité que ses manifestations peuvent survenir plusieurs années après la contamination. Et ce n'est qu'en 1964, lors d'examens médicaux à l'hôpital de Fürstenwalde, que Klara F. constate qu'elle a été infectée, ce qui plonge cette femme, alors âgée d'une cinquantaine d'années, dans un profond désespoir. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier :

« La pat.[iente] déclare, qu'après avoir eu connaissance de sa maladie, elle a pensé, qu'elle devait pourrir de l'intérieur. Elle a lu sur sa maladie et comme l'eczéma qui y était mentionné n'était pas apparu chez elle, elle a pensé que la maladie se passait dès lors à l'intérieur d'elle-même. Elle a voulu se suicider comme elle croyait qu'elle devait mourir de sa maladie, bien que les médecins aient attiré à plusieurs reprises son attention sur le fait que sa maladie guérirait. »¹¹⁸²

La découverte de sa contamination, associée au viol qu'elle a subi en 1945, entraîne ainsi des pensées suicidaires chez cette femme. Klara F. se représente sa maladie comme un pourrissement intérieur, dont la gravité serait à la mesure de l'absence de manifestations visibles. Une enveloppe vierge de tout symptôme contiendrait ainsi des organes en pleine

¹¹⁷⁸ « Die Pat.[ientin] konnte sich nicht darüber hinwegsetzen, dass gerade so etwas Böses passieren musste. Zeitlebens sieht sie viel auf äussere Haltung, gibt sie viel auf den Leumund, achtet darauf, dass sie immer nur gerade Wege geht und sich im Sexuellen besonders sauber hält. Trotz dieser Einstellung musste ihr das passieren. », *Ibid.*

¹¹⁷⁹ Georges Vigarello souligne la particularité de la blessure provoquée par le viol, en ce sens qu'elle est associée à « l'idée d'une souillure par le contact », ce qui provoque un sentiment de honte chez la victime. Georges Vigarello, *op. cit.*, p. 33.

¹¹⁸⁰ Tous les soldats soviétiques aux traits asiatiques sont identifiés par les Allemands comme étant des Mongols. Atina Grossman, *op. cit.*, p. 60.

¹¹⁸¹ HPAC, F 334/65, Krankengeschichte, Angaben der Patientin (3 mars 1965).

¹¹⁸² « Die Pat.[ientin] gibt an, daß sie nach Bekanntwerden ihrer Krankheit gedacht habe, sie müsse innerlich verfaulen. Sie habe sich über ihre Krankheit belesen u. da der dort erwähnte Ausschlag bei ihr nicht aufgetreten sei, habe sie gedacht, daß die Krankheit sich nun in ihrem Innern abspiele. Sie habe sich das Leben nehmen wollen, da sie glaubte, daß sie an ihrer Erkrankung sterben müsse, obwohl sie von Ärzten wiederholt darauf aufmerksam gemacht wurde, daß ihre Krankheit geheilt würde. », *Ibid.*

déliquescence, comme si la pénétration forcée subie lors du viol avait infecté l'ensemble de son système vital. Le viol et ses conséquences immédiates altèrent ainsi la perception que cette femme a de son propre corps, et ce malgré les explications des médecins qui tentent de la rassurer. Si les violences sexuelles sont souvent associées à l'idée d'une « souillure par le contact »¹¹⁸³, la maladie renforce ici ce sentiment d'avilissement que l'on retrouve chez de nombreuses victimes. De plus, à la peur de mourir de la syphilis s'ajoutent le sentiment de culpabilité que Klara F. ressent envers son mari (qui lui n'est pas infecté), ainsi que la honte qui lui fait préférer l'expression « maladie du sang » (*Blutkrankheit*) au terme de syphilis¹¹⁸⁴. Un séjour au sein du service de psychothérapie permet apparemment à cette femme de prendre de la distance vis-à-vis de ses angoisses. En ce qui concerne Erika S., la peur d'avoir contracté une maladie vénérienne suite aux viols qu'elle a subi en 1945 la poursuit vingt ans après les faits¹¹⁸⁵. Malgré les nombreux examens gynécologiques auxquelles elles s'est soumise depuis lors, cette femme n'est pas pleinement convaincue de son bon état de santé. Cette angoisse de la contamination montre dans quelle mesure le viol persiste durablement dans son corps. Les réponses apportées par l'équipe médicale – et ce du moins dans un premier temps – ne semblent pas atténuer l'angoisse ressentie par cette femme face à la maladie vénérienne. De la même manière, Adelheid A. reste persuadée d'être atteinte de syphilis, et ce malgré les soins qu'elle a manifestement reçus et les résultats négatifs de ses examens médicaux¹¹⁸⁶. Dans son cas, cette peur se transforme même en diagnostic puisque, d'après son dossier, c'est bien en raison d'une « syphilophobie » (*Luophobie*) que cette femme est adressée à la clinique¹¹⁸⁷. Ainsi, si Adelheid A. est convaincue que sa bouche dégage une odeur désagréable, ce dont elle souffre grandement, elle relie directement cette sensation aux viols qu'elle a subis quinze ans auparavant, et qui l'auraient contaminée durablement¹¹⁸⁸.

L'analyse des dossiers de ce corpus laisse apparaître une autre conséquence de ces viols en temps de guerre : les grossesses. En ce qui concerne le cas de Berlin, on estime

¹¹⁸³ Georges Vigarello, *op. cit.*, p. 33. Dans son journal intime, la jeune Berlinoise évoque ainsi « les femmes souillées » et « l'ordure qu'elle est] devenue ». Anonyma, *op. cit.*, p. 87.

¹¹⁸⁴ « Sie spricht das Wort Syphilis auch nicht richtig aus und spricht immer nur von einer Blutkrankheit. » HPAC, F 334/65, Krankengeschichte, 11 mars 1965.

¹¹⁸⁵ HPAC, F 484/65.

¹¹⁸⁶ HPAC, F 301/61.

¹¹⁸⁷ La syphilophobie (*Syphilophobie*, *Luophobie*) est la peur phobique d'être atteint de syphilis, que l'on ait déjà contracté cette maladie (dans ce cas, le processus de guérison est remis en doute), ou non.

¹¹⁸⁸ Voici un extrait du dossier de la patiente où certains de ses propos à ce sujet sont repris par le rédacteur : « Vous savez, je pense toujours – Pat.[iente] ne cesse de pleurer bruyamment – cela vient encore du fait que j'ai été obligée par des Polonais de prendre le sexe masculin dans ma bouche, et si ces hommes avaient une maladie vénérienne, alors ça me reste maintenant dans ma gorge, il y a quelque chose qui se propage, je le sens bien ! » (« "Wissen Sie, ich denke immer – Pat.[ientin] weint laut vor sich hin – das rührt noch von daher, weil ich von Polen gezwungen worden war, das männliche Geschlechtsteil in den Mund zu nehmen, und wenn diese Männer auch geschlechtskrank gewesen sind, so steckt mir das jetzt im Hals, da wuchert etwas, ich merke es doch !" »), HPAC, F 301/61, Krankengeschichte, 25 mars 1961.

qu'environ 20% des femmes violées seraient tombées enceintes à la suite de ces agressions¹¹⁸⁹. Certains chercheurs avancent le chiffre global de 300 000 grossesses dues aux viols perpétrés par les soldats de l'Armée Rouge¹¹⁹⁰. Cinq patientes racontent ainsi être tombées enceintes à la suite des abus sexuels qu'elles ont subis. Violée par un « soldat d'occupation », Ursula R. donne naissance à un garçon en 1946. Suite à la naissance, « elle aurait été "comme paralysée" »¹¹⁹¹. L'accouchement de cet enfant semble ainsi perpétuer le traumatisme subi lors du viol. La jeune femme garde l'enfant qui est âgé de 16 ans lors de son séjour en psychothérapie, en 1962. Quant à Gerda R., si elle donne naissance à un enfant en 1945, rien n'est dit dans le dossier sur ce qu'il en advient (en 1962, elle indique qu'elle n'a pas d'enfants et pas de désir d'en avoir)¹¹⁹². On peut émettre l'hypothèse que cet enfant, qui vient rappeler le traumatisme subi par sa mère, a été abandonné à sa naissance. Afin d'éviter de mettre au monde « l'enfant de l'ennemi »¹¹⁹³, certaines femmes font également le choix de l'avortement, qu'il soit légal ou clandestin. Face à la situation, un arrêté du ministère de l'Intérieur est promulgué en mars 1945 – soit quelques semaines avant l'effondrement du Troisième Reich – afin d'autoriser et de faciliter l'avortement de femmes violées par « des membres de l'armée soviétique »¹¹⁹⁴. Si les avortements ont lieu dans des hôpitaux, ils le sont dans des conditions précaires du fait de la pénurie de médicaments, et sans anesthésie. À cette époque, les avortements clandestins – qui sont particulièrement risqués – se multiplient également jusqu'à devenir un problème sérieux dans les quatre zones d'occupation¹¹⁹⁵. En ce qui concerne Gertrud K., elle donne naissance à un enfant issu d'un viol mais il est cependant précisé qu'« un avortement ne pouvait plus être réalisé », probablement du fait de la découverte tardive de sa grossesse¹¹⁹⁶. Mariée en 1939, Gertrud K. a déjà eu deux fils quand elle

¹¹⁸⁹ Barbara Johr, *op. cit.*, p. 54. D'après cette étude, 10% de ces grossesses auraient été menées à terme (ce qui correspondrait à 1100 naissances).

¹¹⁹⁰ Ilko-Sascha Kowalczyk, Stefan Wolle, *Roter Stern über Deutschland. Sowjetische Truppen in der DDR*, Berlin, Links, 2001, p. 38.

¹¹⁹¹ « 1 Sohn hätte sie 1946 geboren. Sie wäre von einem Besatzungssoldaten vergewaltigt worden. Nach dieser Geburt wäre sie „wie gelähmt“ gewesen. », HPAC, F 185/62, Krankengeschichte, Zur Ehesituation.

¹¹⁹² HPAC, F 894/65, Krankengeschichte, 15 août 1962.

¹¹⁹³ Stéphane Audoin-Rouzeau, *L'Enfant de l'ennemi (1914-1918). Viol, avortement, infanticide pendant la Grande Guerre*, Paris, Aubier, « Collection historique », 1995.

¹¹⁹⁴ Cette mesure ne concerne que les femmes violées par des soldats soviétiques. Selon la logique raciste inhérente à la politique national-socialiste, l'objectif de cet arrêté est bien d'empêcher la venue au monde d'enfants issus de pères « racialement inférieurs ». Kirsten Poutrus, « Von den Massenvergewaltigungen zum Mutterschutzgesetz. Abtreibungen und Abtreibungspraxis in Ostdeutschland, 1945-1950 », in Richard Bessel, Ralph Jessen (dir.), *Die Grenzen der Diktatur...*, *op. cit.*, p. 170-198, ici p. 179-180. Voir également à ce sujet : Ingrid Schmidt-Harzbach, « Eine Woche im April. Berlin 1945. Vergewaltigung als Massenschicksal », *Feministische Studien*, 1984, vol. 3 (2), p. 51-65, ici p. 59-61.

¹¹⁹⁵ Norman M. Naimark, *The Russians...*, *op. cit.*, p. 123. On retrouve le thème de l'avortement clandestin dans le journal intime à l'auteur anonyme. Anonyma, *op. cit.*, p. 84.

¹¹⁹⁶ « Der 3. Sohn (17 Jahre, 1945 wurde Pat.[ientin] vergewaltigt, eine Schwangerschaftsunterbrechung konnte nicht mehr eingeleitet werden. », HPAC, F 25/67, Krankengeschichte, Zur familiären Situation (30 août 1962).

accouche de ce troisième enfant. En 1962, lors d'un entretien à la clinique, elle le décrit en ces termes :

« Seul ce fils-là, celui qui est du Russe, est criminel. Il a tout fait, il a toujours fallu qu'il vole, il a constamment eu à faire à la police. On a tellement honte, on ne connaît pas ça chez nous. »¹¹⁹⁷

On perçoit bien ici comment Gertrud K. dissocie sa propre famille (« chez nous ») de ce fils, qui n'est autre qu'un « enfant de Russe ». D'après la patiente, son mari ne lui a jamais reproché cette grossesse, « il aurait même été mieux avec le garçon, qu'avec ses propres enfants »¹¹⁹⁸. L'« enfant du Russe », placé en foyer depuis ses douze ans, ne semble cependant jamais avoir été accepté par sa mère. Ainsi, selon le rédacteur du dossier, la patiente ne se fait « prétendument » pas de souci au sujet du comportement du jeune homme (il est âgé de 17 ans en 1962), « elle se dit, lui de toute façon, il ne vient pas de sa famille, puisqu'aucun enfant n'était comme ça. »¹¹⁹⁹. Le comportement jugé déviant de ce fils est mis en relation directe avec son ascendance paternelle, avec ses origines honteuses. Quant au médecin, il semble abonder dans le sens de la patiente puisqu'il écrit dans son rapport final, que ce troisième fils issu d'un viol « avait eu une influence défavorable sur l'harmonie de la famille »¹²⁰⁰. À nouveau, c'est cet enfant qui est montré du doigt¹²⁰¹.

Comme le montre le cas de Gertrud K., les viols subis par les femmes allemandes, qu'ils aient entraîné une grossesse ou non, ont des conséquences durables sur leurs vies. Les dossiers de ces patientes, qui reviennent sur des séjours ayant eu lieu au cours des années 1960, permettent de saisir la persistance du traumatisme et de ses séquelles, dix à vingt ans après les faits. On peut ainsi constater que plusieurs de ces femmes rencontrent des difficultés dans leurs vies sexuelles, ce qui est courant chez les victimes de viols. Erika S. raconte ainsi ne ressentir que du dégoût pour les « choses sexuelles » depuis qu'elle a été violée à la fin avril 1945¹²⁰². Interrogée sur sa sexualité, Ingrid K. explique avoir prévenu son mari, avant

¹¹⁹⁷ « Nur der eine Sohn, der vom Russen ist, ist kriminell. Er ließ nichts liegen, mußte immer stehlen, hatte dauernd mit der Polizei zu tun. Man schämt sich so, unsereiner kennt das nicht. », HPAC, F 25/67, Krankengeschichte, 3 septembre 1962.

¹¹⁹⁸ « Ehemann der Patn. hätte ihr nie vorgeworfen, daß das Kind vom Russen ist. Er wäre sogar zu dem Jungen besser gewesen, als zu seinen eigenen Kindern, es wäre eben ein hübscher Junge gewesen. », *Ibid.*

¹¹⁹⁹ « Pat[ie]n[tin] macht sich angeblich keine Sorgen darüber, sie sagt sich, der kommt eben nicht aus ihrer Familie, denn kein Kind war so. », *Ibid.*

¹²⁰⁰ « Nach Kriegsende Vergewaltigung der Pat.[ientin] durch ausländisches Militär mit anschließender Geburt eines Sohnes (3. Sohn der Pat.[ientin]), der die Harmonie der Familie ungünstig beeinflusste. », HPAC, F 25/67, Epikrise, 25 octobre 1962.

¹²⁰¹ Selon une logique inverse, lors de son séjour à la clinique de Halle en 1953, la patiente Herta N. évoque la joie que lui procure sa fille, issue d'un viol commis en 1945 par un « soldat soviétique ». HPAC, F 673/64, Krankengeschichte (Abschrift / Klinik für Nerven-und Geisteskrankheiten der Martin Luther-Universität Halle).

¹²⁰² « Vor sexuellen Dingen hätte sie nach der Vergewaltigung stets Ekel empfunden. », HPAC, F 484/65,

leur mariage, qu'elle n'avait aucun désir sexuel¹²⁰³. La patiente elle-même attribue cela au viol qu'elle a subi à l'âge de 13 ans.

Dans ce domaine comme dans bien d'autres, les répercussions du viol ne se limitent pas aux victimes directes, comme en témoigne le cas d'Erika T.¹²⁰⁴. Cette jeune femme, âgée de 27 ans, fait un court séjour d'une semaine en psychothérapie, au cours du mois de mai 1968. Elle éprouve une forte peur à l'idée d'avoir des relations sexuelles avec son mari, ce qui perturbe fortement leur vie de couple. Au cours de l'anamnèse, il apparaît qu'Erika T., ainsi que sa soeur jumelle, ont été témoins du viol de leur mère en 1945, alors qu'elles étaient âgées de 5 ans¹²⁰⁵. Les viols en temps de guerre détiennent en effet cette particularité qu'ils sont souvent réalisés aux yeux des autres, devant les maris, les pères, les enfants des victimes, dans une volonté brutale d'atteinte à la filiation¹²⁰⁶. Le supplice des victimes allemandes, dont fait partie la mère de la patiente, s'inscrit tout à fait dans cette logique guerrière. D'après la patiente, ce souvenir serait revenu à la surface lors des premières relations plus intimes avec son mari. Cet élément est jugé « notable » par le rédacteur du dossier, qui en fait mention dans l'épilogue¹²⁰⁷. Toutefois, le professeur Leonhard, à qui elle est présentée, ne semble faire preuve que de peu de compréhension pour la patiente. Il est ainsi d'avis « que la faute principale réside chez la femme, qui devrait faire un effort sur elle-même [...] pour supporter le RS [rapport sexuel] »¹²⁰⁸. Peu de place est laissée ici au traumatisme subi par la patiente, à qui l'on conseille de faire preuve d'abnégation.

On retrouve cette même logique de culpabilisation dans le dossier d'Elfriede K., c'est le mari qui en est cette fois-ci à l'origine¹²⁰⁹. Selon le dossier, la jeune femme, qui fait un séjour de trois mois et demi à la clinique lors de l'hiver 1968/1969, serait atteinte d'une maladie maniaco-dépressive. Elfriede K. a subi un viol collectif à l'âge de 13 ans, commis par des « membres de la zone soviétique »¹²¹⁰. D'après la jeune femme, son mari lui lance assez souvent que les Russes « ont abîmé quelque chose chez [elle] »¹²¹¹, quand il veut s'expliquer

Krankengeschichte, 30 juillet 1965, Exploration der Patientin.

¹²⁰³ HPAC, F 345/65, Krankengeschichte, 12 mai [1965].

¹²⁰⁴ HPAC, F 265/68.

¹²⁰⁵ HPAC, F 265/68, Krankengeschichte, Krankheitsentwicklung.

¹²⁰⁶ Stéphane Audoin-Rouzeau, *Combattre...*, *op cit.*, p. 313.

¹²⁰⁷ « Bemerkenswert ist noch, daß Pat.[ientin] mit 5 Jahren bei einer Vergewaltigung ihrer Mutter zusehen mußte und ihr diese Situation bei den ersten Beziehungen zu ihrem Ehemann wieder sehr deutlich wurde. », HPAC, F 265/68, Epikrise, 7 juin 1968.

¹²⁰⁸ « Prof. Leonhard ist der Meinung, daß die Hauptschuld bei der Frau liegt, daß sie sich überwinden müsse, zunächst durch Eigenbefriedigung, den GV [Geschlechtsverkehr] zu ertragen [...]. », HPAC, F 265/68, 10 mai [1968].

¹²⁰⁹ HPAC, F 577/68.

¹²¹⁰ « Mit 13 J.[ahren] wurde die Pat.[ientin] 10 x von Angehörigen der Sowjetzone vergewaltigt. Diese Erlebnisse konnte sie sehr lange nicht überwinden [...]. », HPAC, F 577/68, Krankengeschichte, 21 novembre [1968].

¹²¹¹ « Als der Ehemann merkte, daß die Frau keine Erfüllung beim GV [Geschlechtsverkehr] fand, sagte er öfters

l'insatisfaction sexuelle apparente de sa partenaire. Ces paroles violentes stigmatisent Elfriede K. en tant que femme « abîmée » ou mutilée dans sa propre sexualité, et donc insensible au plaisir, son mari faisant alors reposer l'entièreté du problème conjugal sur les épaules de sa femme. On perçoit bien ici dans quelle mesure cette femme doit faire face, au sein même de son couple, à une représentation humiliante de son propre corps, en lien avec les violences sexuelles qu'elle a subies plus de 20 ans auparavant. De son côté, Elfriede K. explique par d'autres raisons son aversion pour les relations sexuelles, en lien avec sa peur de tomber une nouvelle fois enceinte (elle a déjà eu quatre enfants) et le manque d'attention de son partenaire. Par la suite, des entretiens sont menés à la clinique afin que le mari fasse preuve de plus d'égards à l'encontre de sa femme, notamment en ce qui concerne leur vie sexuelle.

Finalement, le viol apparaît bien comme une blessure aux séquelles multiples et durables. Comme on peut le constater à la lecture de leurs dossiers, ce passé douloureux persiste dans le présent de ces femmes, dans leurs corps comme dans leurs têtes. L'oubli semble impossible, à l'image d'Ingeborg S., violée en 1945 et qui déclare qu'elle y pense toujours, plus de 15 ans après les faits¹²¹². L'onde de choc suscitée par le viol ne se limite pas à la victime, mais se propage bien au-delà, traversant ses proches, témoins directs ou indirects de la violence sexuelle. Si le viol bouleverse profondément l'image de soi chez la victime, il peut également transformer la façon dont elle est perçue aux yeux des autres, comme le montre la violence des propos tenus par le mari d'Elfriede K.. Les conséquences physiques et psychologiques du viol, à court comme à long terme, témoignent de la persistance de ce passé dans le présent des victimes. Selon une logique inverse, le contexte de la RDA des années 1960 peut aviver ou éclairer d'une autre manière ce souvenir douloureux.

1.4 Du présent au passé : le contexte de la RDA et la mémoire des viols

En 1960, Magaretha T., journaliste de 29 ans, passe environ 2 mois dans le service de psychothérapie de la clinique¹²¹³. Elle est atteinte, d'après son dossier, de trichotillomanie (il s'agit d'un trouble qui se caractérise par l'arrachage compulsif des cheveux). Lors d'un entretien consacré à son « développement sexuel », la jeune femme évoque avoir été violée, à l'âge de 14 ans, par « plusieurs soldats soviét.[iques] »¹²¹⁴. Il est indiqué par la suite, qu'« elle a aujourd'hui de la compréhension pour la situation dans laquelle se trouvaient alors les

"Da haben die Russen etwas in Dir verdorben". », *Ibid.*

¹²¹² HPAC, F 402/61, Krankengeschichte, 6 juillet 1961 (Exploration).

¹²¹³ HPAC, F 440/60.

¹²¹⁴ « Menarche mit 12 Jahren, mit 14 Jahren wurde sie von mehreren sowjet.[ischen] Soldaten vergewaltigt. Sie hat heute für die Situation, in der sich die Soldaten damals befanden, Verständnis. », HPAC, F 440/60, Krankengeschichte, Sexuelle Entwicklung (9 mai 1960).

soldats »¹²¹⁵. Cette phrase, qui suscite tout d'abord l'étonnement du lecteur, prend tout son sens quand on se penche sur la suite du dossier. On y apprend que la jeune femme, qui occupe un poste à responsabilité à la radio, appartient au SED, dont elle semble relativement proche. Ainsi, lorsque son ex-mari menace de passer illégalement à l'Ouest et de la livrer là-bas à la police, elle prévient immédiatement le parti. Quand son nouveau compagnon quitte la RDA pour la RFA, elle trouve les arguments pour le convaincre de revenir et, à son retour, c'est à elle que ce dernier est « confié par le parti »¹²¹⁶. À la fin de son séjour à la clinique, c'est au Comité Central du parti qu'elle se présente afin de demander une mutation, ce qu'elle obtient. Manifestement, le parti joue un rôle plutôt important dans la vie de cette jeune femme, sur le plan professionnel comme personnel¹²¹⁷. Cet élément explique certainement la « compréhension » qu'elle dit ressentir au sujet des soldats qui l'ont violée. On peut en effet émettre l'hypothèse selon laquelle les convictions politiques qui animent cette jeune femme, ou tout au moins, sa proximité avec le parti communiste, exercent une influence sur le regard qu'elle jette sur ses bourreaux d'hier. Margaretha T. semble faire sien le discours idéologique diffusé par le SED, et qui fait des soldats de l'Armée Rouge les héros irréprochables de la libération de l'Allemagne, preuves vivantes de la supériorité d'une société construite sur un modèle socialiste. Selon cette logique, de la fondation de la RDA jusqu'à sa chute, la propagande officielle défend l'idée d'une amitié indestructible entre la RDA et l'Union soviétique, rhétorique qui ne tolère aucune contradiction¹²¹⁸. Dans ce contexte, où l'homme soviétique est érigé au rang de modèle, une camarade du parti telle que Margaretha T. ne peut que difficilement émettre des critiques à l'encontre des soldats soviétiques, et ce bien qu'elle ait été violée par plusieurs d'entre eux. La « compréhension » évoquée par cette jeune femme à l'encontre de ses violeurs peut ainsi être mise en relation avec le contexte politique et idéologique au sein duquel elle évolue, celui de la RDA des années 1960. Le présent agit alors sur le souvenir de cet événement traumatisant.

D'autres dossiers témoignent de cet entremêlement des temporalités, avec des résultats cependant tout à fait différents. En effet, dans les cas qui suivent, si le contexte de la RDA agit sur la mémoire des viols, il vient plutôt réveiller les peurs et les angoisses qui y sont intimement liées. Au-delà du discours idéologique qui vient louer l'amitié germano-soviétique, la présence de militaires soviétiques sur le sol est-allemand vient rappeler à ces femmes le traumatisme des viols de l'après-guerre. En effet, depuis leur entrée sur le territoire

¹²¹⁵ *Ibid.*

¹²¹⁶ « Er wurde schließlich republikflüchtig, kam auf Grund ihrer Briefe wieder zurück, wurde ihr von der Partei wieder anvertraut. », HPAC, F 440/60, Krankengeschichte, Sexuelle Entwicklung (9 mai 1960).

¹²¹⁷ À ce sujet, voir Michel Christian, « Le parti et la vie privée de ses membres en RDA », *op. cit.*.

¹²¹⁸ Christian Th. Müller, *op. cit.*, p. 17-134, ici p. 34-45.

allemand à la fin de la Seconde Guerre mondiale, les troupes soviétiques n'ont pour ainsi dire jamais quitté la partie orientale de l'Allemagne. L'occupation de l'après-guerre laisse ainsi place à un « stationnement » (dont les principes sont codifiés dans un accord bilatéral en 1957) qui se prolonge jusqu'en 1994¹²¹⁹. Avec plus de 500 000 personnes, les soldats et civils soviétiques dépendant de l'Armée Rouge constituent le groupe d'étrangers le plus important de RDA¹²²⁰. Soixante garnisons couvrent ainsi le territoire est-allemand, autant d'îlots au sein desquels s'applique exclusivement le droit soviétique. La vie des soldats et civils soviétiques s'y déroule en vase-clos, séparée de celle de la société est-allemande¹²²¹. Malgré cet isolement, des points de contact entre les deux groupes, de nature officielle, semi-officielle ou privée existent bien tout au long de la période¹²²². Comme en témoignent certains dossiers, la présence des soldats soviétiques peut faire resurgir le traumatisme chez les victimes de viols, et ce d'autant plus qu'elles n'ont pu identifier leurs agresseurs qu'au travers de leur appartenance à l'Armée Rouge. Voici par exemple ce qu'on peut lire dans le dossier de Frieda E., qui habite à proximité immédiate d'une caserne soviétique :

« Les rares fois où la patiente [était sortie], il avait pu arriver qu'elle ait été abordée dans la rue. Elle en avait toujours une peur bleue. Quand les soldats font du sport le matin, la fin du parcours se trouve juste devant la porte de la maison. Elle entend encore et encore des sonorités militaires, qui lui rappellent les événements de 1945. Cela la maintient dans une agitation permanente. »¹²²³

Cette proximité visuelle et sonore avec des soldats soviétiques fait ainsi remonter à la surface le souvenir des viols subis en 1945. Comme l'écrit Bergson, « c'est du présent que part l'appel auquel le souvenir répond »¹²²⁴. La situation présente – qui confronte directement Frieda E. à des soldats soviétiques – a le pouvoir de « déplacer le passé », en réveillant le

¹²¹⁹ Silke Satjukow, *Besatzer. „Die Russen“ in Deutschland. 1945-1994*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2008 ; Ilko-Sascha Kowalczyk, Stefan Wolle, *op. cit.*.

¹²²⁰ Christian Th. Müller, *op. cit.*, p. 17.

¹²²¹ Le retranchement strict des soldats soviétiques derrière les murs de leurs garnisons est décidé en 1947, afin de mettre un terme aux agressions (notamment sexuelles) perpétrées par les soldats sur la population est-allemande. Silke Satjukow, *op. cit.*, p. 63-64. D'après N.M. Naimark, le viol ne cesse d'être une menace constante pour les femmes allemandes qu'à partir du moment où les troupes soviétiques sont confinées dans leurs casernes. Norman M. Naimark, *The Russians...*, *op. cit.*, p. 79, p. 95-97. Des différenciations régionales apparaissent à ce sujet. Ainsi, d'après I.-K. Kowalczyk et S. Wolle, si, à Berlin, le problème des viols massifs commis par les soldats soviétiques semble maîtrisé dès 1946, il persiste jusqu'à la fin des années 1940 / au début des années 1950 dans d'autres villes (Chemnitz, Leipzig, Magdebourg, Wismar, Dresde, Rostock, Neubrandenbourg). Ilko-Sascha Kowalczyk, Stefan Wolle, *op. cit.*, p. 39.

¹²²² Christian Th. Müller, *op. cit.*, p. 72 et suivantes.

¹²²³ « Wenn die Pat.[ientin] schon einmal ausgeht, konnte es vorkommen, dass sie auf der Strasse angesprochen wurde. Davor hatte sie immer unheimliche Angst. Wenn die Soldaten morgens Sport treiben, befindet sich ihr Laufziel direkt vor der Haustür. Immer wieder hört sie militärische Klänge, die sie an die Erlebnisse 1945 erinnern. Sie wird dadurch in einer dauerndern Unruhe gehalten. », HPAC, F 722a/63, Krankengeschichte, 20 juillet 1963.

¹²²⁴ Cité par Bernard Lahire, *op. cit.*, p. 62.

souvenir douloureux des « événements de 1945 ». En lien avec le contexte de Guerre froide, la présence de soldats soviétiques sur le sol est-allemand peut agir comme un activateur de mémoire, qui fait resurgir les peurs et les angoisses liées aux viols subis dans l'après-guerre. Le dossier de la patiente Adoline T., qui effectue un séjour à la clinique en 1961, permet d'identifier un processus similaire¹²²⁵. Comme le montre l'extrait suivant (où sont repris les propos de la patiente), cette femme associe la dégradation de son état de santé aux manoeuvres militaires effectuées par les troupes soviétiques, non loin de chez elle :

« Ça a "encore recommencé" à l'automne dernier, les Russes sont venus en manoeuvre, elle ne peut pas voir ça, elle ne peut pas oublier ce qui lui est arrivé à l'époque, elle a été une femme innocente et comme il faut. (Pat.[iente] pleure, fait un geste de refus avec les mains, ne veut pas en parler). »¹²²⁶

Si Adoline T. a été frappée « par un soldat russe » et violée par un « soldat d'occupation » en 1945¹²²⁷, cette jeune femme de 38 ans fait également partie des Allemands de Volhynie (région du Nord-Ouest de l'Ukraine) à avoir été déportés en Russie au cours de la Première Guerre mondiale (en 1916). Elle passe sept ans dans un camp avant de pouvoir gagner l'Allemagne en 1923, elle est alors âgée de 16 ans. L'histoire personnelle de cette femme croise à nouveau le chemin des soldats soviétiques en 1945, ce qui laisse une blessure d'autant plus difficile à refermer du fait de la présence de l'Armée Rouge en RDA. Ainsi, les quelques mots que lui adresse un soldat russe dans un magasin provoque chez elle un effroi tel que son état de santé s'en trouve perturbé (elle est angoissée, contrariée et pleure beaucoup durant les mois qui suivent)¹²²⁸. À nouveau, le stationnement des troupes soviétiques en RDA vient aviver le souvenir des viols et autres agressions commis une quinzaine d'années auparavant.

Au terme de cette courte analyse, plusieurs pistes de réflexion peuvent être mises en avant. Les sources utilisées permettent d'aborder la question du viol en temps de guerre au travers de ce que peuvent en dire les victimes, dix à vingt ans après les faits, et dans un contexte politique où le silence sur ce sujet est d'ordinaire de mise. Persistance du passé dans le présent, le viol apparaît comme une véritable bombe à retardement laissée dans les sociétés

¹²²⁵ HPAC, F 618/61.

¹²²⁶ « Im vergangenen Herbst habe es "schon wieder angefangen", da seien die Russen ins Manöver gezogen, sie könne das nicht sehen, sie könne nicht vergessen, was ihr damals passiert sei, sie sei eine unschuldige anständige Frau gewesen (Pat.[ientin] weint, wehrt sich mit den Händen ab, möchte nicht davon sprechen). », HPAC, F 618/61, Krankengeschichte, 27 octobre 1961.

¹²²⁷ « 1945 habe Pat.[ientin] von einem russ.[ischen] Soldaten einen Kohlenhieb auf den Kopf bekommen, sei bewußtlos gewesen. [...] Als sie im Bett lag, wurde sie von einem Besatzungssoldaten vergewaltigt. », HPAC, F 618/61, Krankengeschichte, Krankheiten.

¹²²⁸ HPAC, F 618/61, Krankengeschichte, 29 novembre 1961.

d'après-guerre, aux conséquences multiples et durables pour les victimes comme pour leurs proches. Comme en témoignent les dossiers étudiés, dix à vingt ans après les faits, les séquelles de ces crimes restent bien vivantes, alors que le silence qui pèse sur les victimes rend le processus de cicatrisation émotionnelle et psychique particulièrement difficile. Ainsi, si les femmes dont il a été question ici ont pu *parler* des viols dont elles avaient été les victimes, il semble cependant qu'elles n'aient pas été véritablement *écoutées* et donc reconnues dans leur souffrance par les médecins et psychologues qui leur faisaient face à l'époque. Or, pour nombre de femmes violées dans l'après-guerre et le début de la période de paix, le traumatisme persiste bien au-delà des faits et ce de manière extrêmement durable, comme le montre une étude en psychologie menée sur ce sujet à l'Université de Greifswald au début des années 2000¹²²⁹. La moitié des femmes ayant participé à cette étude, et étant âgées en moyenne de 80 ans, souffre d'un syndrome post-traumatique, plus de soixante ans après avoir été violées. Ce n'est finalement que récemment que ce sujet sensible a été ouvertement abordé en Allemagne, après des décennies de silence, qui ont relégué dans l'ombre les nombreuses victimes de ces agressions¹²³⁰. La reconnaissance sociale accordée aux victimes permet pourtant de prévenir certaines des séquelles psychologiques auxquelles elles sont exposées, et d'éviter la transmission de ce traumatisme aux générations futures. Car, au-delà de la victime, l'onde de choc que constitue le viol en temps de guerre peut traverser les générations. Finalement, et comme en témoignent certains des dossiers étudiés, en persistant durablement dans le présent des victimes, comme une blessure qu'on ne peut refermer, le viol s'invite non seulement dans le futur de ces femmes, mais également dans celui de leurs enfants.

Quand on se penche sur ces expériences individuelles, telles qu'on peut les reconstituer au travers du filtre des dossiers, on perçoit ainsi dans quelle mesure les temporalités, à l'échelle de l'acteur, se font discontinues et enchevêtrées. Le passé persiste dans le présent qui, à son tour, peut aviver ou éclairer d'une autre lumière les expériences vécues plusieurs années auparavant. Pour ces femmes vivant en RDA, les enjeux de la Guerre froide se superposent aux traumatismes de la Seconde Guerre mondiale, le bourreau d'hier étant censé devenir – par

¹²²⁹ Svenja Eichhorn, Philipp Kuwert, *Das Geheimnis unserer Großmütter. Eine empirische Studie über sexualisierte Kriegsgewalt um 1945*, Gießen, Psychosozial-Verlag, 2011. Cette étude porte sur 27 femmes, ayant été victimes d'un ou plusieurs viol(s) de guerre, entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début de la période de paix. Il est à noter que la plupart de ces femmes (plus de 80%) évoquent les conséquences préjudiciables de ces viols sur leur vie sexuelle et érotique.

¹²³⁰ Au début des années 2000, plusieurs publications évoquent ce sujet sensible et participent de sa « normalisation [...] au sein du public allemand ». Parmi ces ouvrages, on peut citer la réédition du journal intime à l'auteur anonyme (*Eine Frau in Berlin*), dont la première édition allemande en 1959 avait été largement ignorée en Allemagne. L'édition de 2003 connaît un grand succès et entraîne même une adaptation au cinéma (le film *Anonyma : Eine Frau in Berlin* sort en 2008). Norman M. Naimark, « Russes et Allemands... », *op. cit.*, p. 280 et suivantes.

décision politique – l'ami d'aujourd'hui. Si, comme en témoigne cette analyse, le contexte de la Guerre froide peut exercer une influence sur les traumatismes laissés par la Seconde Guerre mondiale, il peut également faire irruption de manière plus directe dans le quotidien des patients et des patientes de la clinique. C'est sur ce point qu'il convient désormais de se pencher : du croisement des temporalités, l'approche microhistorique nous fait alors passer aux « jeux d'échelles ».

2. Expériences de Guerre froide : au croisement des destins personnels et des logiques géopolitiques

Faire une histoire de la Guerre froide « vue d'en bas », c'est dans cette approche que s'inscrit la deuxième partie de ce chapitre, consacrée aux expériences individuelles du conflit entre les deux blocs. Comme l'ont écrit Philippe Buton et Michel Hastings, initiateurs d'un projet de recherche portant le même nom, il s'agit de « retrouver de la Guerre froide ailleurs que là où elle est traditionnellement située, analysée, voire réduite, à savoir un jeu d'opposition bipolaire mettant en scène à un niveau planétaire deux camps irréductibles »¹²³¹. Porter le regard vers le bas, vers les traces laissées par ce conflit à l'échelle la plus locale, vise à « repérer une autre Guerre froide que celle élaborée par les seuls agents des relations internationales »¹²³². Cette approche, qui reste marginale dans le champ historiographique actuel, pose ainsi la question des appropriations de la Guerre froide, « c'est-à-dire des processus très complexes par lesquels les individus et groupes sociaux fabriquent en permanence leurs rapports aux événements en les incorporant aux multiples récits qui construisent leur identité »¹²³³. Suivant la même perspective, nous plaçons la focale à l'échelle des acteurs individuels, à l'échelle des patients, afin de saisir la manière dont ils ont pu faire l'expérience de ce conflit qui, s'il place la RDA sur l'un de ses fronts, se caractérise bien par l'absence d'affrontements armés (tout du moins en Allemagne). Dans une perspective d'anthropologie historique, et à partir du cas d'une patiente diagnostiquée comme schizophrène dans l'Allemagne de l'immédiat après-guerre, l'historien Greg Eghigian s'est déjà penché sur l'inscription de la Guerre froide dans les têtes¹²³⁴. L'objectif de cette étude de

¹²³¹ Philippe Buton, Michel Hastings, *Le Projet de l'enquête départementalisée de l'IHTP [Institut d'Histoire du Temps Présent] (2008-2012). « La Guerre froide vue d'en bas » 1947-1967*, 2009. Ce projet de recherche, qui s'est appuyé sur le réseau des correspondants départementaux de l'IHTP, a donné naissance à un ouvrage collectif, paru en 2014 : Philippe Buton, Olivier Büttner, Michel Hastings (dir.), *op. cit.*.

¹²³² Philippe Buton, Olivier Büttner, Michel Hastings, « Nouveaux regards sur la Guerre froide », in Philippe Buton, Olivier Büttner, Michel Hastings (dir.), *op. cit.*, p. 7-18, ici p. 8.

¹²³³ *Ibid.*, p. 9.

¹²³⁴ Greg Eghigian, « Der Kalte Krieg im Kopf. Ein Fall von Schizophrenie und die Geschichte des Selbst in der sowjetischen Besatzungszone », in *Historische Anthropologie*, 11, 2003, p. 101-122.

cas, réalisée à partir de *Krankengeschichten*, consistait à identifier, pour une époque précise, les possibilités dont disposent les individus pour se raconter et pour se percevoir (« Quelles pensées, perceptions et sentiments étaient possibles après la Seconde Guerre mondiale ? »¹²³⁵), la *Krankengeschichte* apparaissant alors comme une source potentielle pour une histoire culturelle du soi. Si l'ambition qui nous anime est différente – notre étude vise avant tout à la reconstitution des parcours et expériences des patients –, cette approche s'est bien faite source d'inspiration pour ce travail, dans la mesure où elle inscrit l'expérience du patient et le sens qu'il lui donne dans un contexte historique bien précis, et souligne les processus d'intériorisation du discours idéologique. Finalement, tout comme Olivara Hartmann (nom donné à la patiente qui se trouve au centre de la réflexion de Greg Eghigian), les patients de la *Nervenklinik* vivent également leur *propre* Guerre froide, expérience individuelle et singulière qui s'ancre au sein de la société dans laquelle ils évoluent, où ils puisent les références qui leur permettent de donner du sens à ce qu'ils vivent. C'est ce qu'il s'agit de démontrer au fil des pages qui suivent. Pour ce faire, cette analyse « au ras du sol » s'articule autour de deux axes de recherche : la question du croisement des échelles et celle des représentations de l'Autre.

Ainsi, quand on se penche sur les dossiers de patients, c'est tout d'abord au travers du croisement d'échelles, qui fait se rencontrer parcours personnel et logiques géopolitique, qu'on peut saisir la manière dont la Guerre froide s'invite dans le quotidien des patients. C'est ce dont témoigne le dossier d'Elisabeth K, admise en psychiatrie, à l'été 1963¹²³⁶. Au lendemain de son admission, son mari, interrogé par le médecin, livre l'explication suivante :

« Ce sont avant tout les tensions croissantes dans les relations Est-Ouest qui auraient suscité beaucoup de souci chez la patiente. Une grande partie de ses parents vit en Allemagne de l'Ouest et auparavant elle aurait passé toutes les vacances en Allemagne de l'Ouest, ce qui lui manquerait énormément et l'aurait touchée de près depuis la construction du Mur. Elle avait écouté toutes les nouvelles et jusqu'à la visite de Kennedy [ajouté dans la marge : 26 juin 1963] elle avait continué à espérer que quelque chose changerait. Mais après la visite de Kennedy, quand elle parvint à la conviction que rien dans la situation actuelle ne changerait, son moral chuta, sans toutefois attirer gravement l'attention. »¹²³⁷

¹²³⁵ « Welche Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle waren nach dem Zweiten Weltkrieg möglich ? » *Ibid.*, p. 106.

¹²³⁶ HPAC, F 582/63.

¹²³⁷ « Vor allem die zunehmende Trübung des Ost-Westverhältnisses hätte der Pat sehr viel Kummer bereitet. Ein grosser Teil ihrer Verwandten lebe in Westdeutschland und früher hätte sie jeden Urlaub in W-Deutschland verbracht u das würde ihr ungemein fehlen u d seit der Errichtung der Mauer sei ihr das nahegegangen. Sie habe alle Nachrichten gehört und bis zum Kennedy-Besuch [ajouté dans la marge : 26. Juni 1963] immer noch die Hoffnung gehabt, dass sich etwas ändern würde. Als sie aber nach dem Kennedy-Besuch zu der Überzeugung kam, dass sich an den gegenwärtigen Zuständen nichts ändere, fiel sie stimmungsmässig ab, ohne aber grob auffällig zu werden. » HPAC, F 582/63, Krankengeschichte, 14 août 1963.

D'après le dossier de la patiente, il s'agit du premier élément avancé par le mari dont l'argumentation est découpée en trois temps par le rédacteur du dossier (qui indique des numéros dans la marge). Pour tenter d'expliquer l'état dépressif de sa femme, le mari d'Elisabeth K. évoque ainsi en premier lieu les relations internationales entre les deux blocs. Nous sommes alors en août 1963. Elisabeth K., femme au foyer de 38 ans, est entrée à la clinique deux ans jour pour jour après la construction du mur de Berlin. D'après les historiens de la Guerre froide, on se trouve alors dans une période de détente marquée par une amélioration substantielle des relations Est-Ouest. Selon la périodisation classique, la détente débiterait ainsi en 1962, immédiatement après la crise de Cuba et perdurerait jusqu'au milieu des années 1970¹²³⁸. L'expérience d'Elisabeth K., telle qu'elle est restituée par son mari, ne semble cependant pas s'inscrire dans un tel découpage puisque ce dernier évoque bien l'accroissement des tensions entre les deux blocs, symbolisé par la fermeture totale des frontières deux ans auparavant. Selon son mari, la construction du mur de Berlin affecte profondément la patiente, qui, comme nombre de ses compatriotes, se voit dès lors séparée d'une large partie de sa famille. Pour Elisabeth K., à l'été 1963, la Guerre froide ne connaît donc pas la baisse d'intensité qui caractériserait la période suite à la crise de Cuba de l'automne 1962.

Dans ce contexte, la venue de John Fitzgerald Kennedy à Berlin-Ouest, le 26 juin 1963, suscite manifestement beaucoup d'espoir chez cette femme. D'après la conception états-unienne, la « question allemande » doit se régler par la négociation, afin de parvenir à un rapprochement, voire à la réunification des deux Allemagnes. Les États-Unis soutiennent la politique d'ouverture à l'encontre de la RDA qui est alors amorcée par le maire de Berlin-Ouest, Willy Brandt. La visite de Kennedy à Berlin-Ouest, au cours de laquelle il prononce le célèbre « *Ich bin ein Berliner* », constitue bien un geste de soutien à Willy Brandt, qui tend la main vers l'Est, en contradiction avec la politique menée par le chancelier Konrad Adenauer. Si Elisabeth K. « écoute toutes les nouvelles », on peut supposer qu'elle ne se limite pas aux médias est-allemands mais se fait également l'auditrice des radios émises de l'autre côté du Rideau de fer, comme la radio RIAS par exemple. La visite de Kennedy, qui s'est fait le chantre, quelques semaines avant son départ pour l'Europe, d'une « stratégie pour la paix »¹²³⁹, y est dépeinte de manière positive. Seulement, à court terme, cette visite tant attendue n'apporte, aux yeux d'Elisabeth K., aucune amélioration concrète dans les relations Est-Ouest, ce qui aurait pu rendre le Mur plus perméable et lui permettre de retrouver l'Ouest auquel elle

¹²³⁸ Stanislas Jeannesson, *La Guerre froide*, Paris, La Découverte, 2014, chapitre 3 « Réalités et illusions de la détente (1962-1977) ».

¹²³⁹ Bernd Stöver, *Der Kalte Krieg 1947-1991. Geschichte eines radikalen Zeitalters*, Bonn, C.H. Beck, 2007, p. 140.

est manifestement attachée. D'après son mari, la déception est telle qu'elle provoque une dégradation de son état de santé. Ce dernier, qui exerce lui-même la profession de médecin, est d'avis que la dépression de sa femme constitue une manifestation réactionnelle à des événements extérieurs. Dans cette perspective, il avance d'autres éléments de la biographie de la patiente, au travers desquels on perçoit à nouveau cet enchevêtrement entre parcours personnel et grande Histoire. Selon le dossier, Elisabeth K. « avait dû vivre nombre d'expériences désagréables après 1945 »¹²⁴⁰ : étant originaire de la région des Sudètes, elle fait l'expérience de l'expulsion du territoire désormais tchécoslovaque et des violences commises sur la minorité allemande. Il est également indiqué dans le dossier, toujours d'après les dires de son mari, qu'elle a déjà traversé une phase dépressive en 1944, à la suite du décès (vraisemblablement au combat) de son ami. À chacun de ces trois éléments (la déception suite à la visite de Kennedy, le traumatisme de l'expulsion des Sudètes, le décès de son ami) est associé un numéro dans la marge du dossier (1,2,3), ce qui permet au rédacteur de structurer sa démonstration à partir des renseignements fournis par le mari.

Si ce dernier défend l'idée selon laquelle l'état de santé de sa femme ne pourrait se comprendre que comme une réaction à un ou plusieurs événements, ce n'est manifestement pas l'avis du médecin en charge de la patiente. Après avoir entendu la patiente, qui « ne raconte que très peu d'elle-même », le médecin pose le diagnostic suivant : « dépression endogène (mélancolie ?) » (*endogene Depression [Melancholie?]*)¹²⁴¹. En avançant l'idée d'une manifestation endogène, il s'oppose totalement à l'avis formulé par le mari de la patiente. En effet, selon le vocabulaire de la discipline psychiatrique, les maladies dites « endogènes » « ne sont pas à comprendre ou à déduire de la biographie de la personne [...], mais interrompent ou déchirent la continuité de sens dans la vie de l'individu malade, comme des maladies somatiques ou des accidents ont l'habitude de le faire »¹²⁴². Le diagnostic de dépression endogène – dont la cause est donc à chercher non pas dans des circonstances extérieures au sujet mais « à l'intérieur de lui » – est en complète contradiction avec l'idée de manifestation réactionnelle, telle qu'elle a été avancée par le mari et qui accorde une place importante à l'influence des événements extérieurs sur l'état de santé de l'individu. Selon le médecin, « on peut dire dans tous les cas que pat. est manifestement quelque peu gâtée dans

¹²⁴⁰ HPAC, F 582/63, Krankengeschichte, 14 août 1963.

¹²⁴¹ HPAC, F 582/63, Krankengeschichte, 14 août 1963, Vorläufige Diagnose.

¹²⁴² « Die Erkrankungen sind in der überwiegenden Mehrzahl nicht sinnvoll aus der Biographie des Menschen heraus zu verstehen oder abzuleiten (Differentialdiagnose zu den abnormen Erlebnisreaktionen und Neurosen), sondern unterbrechen oder zerreißen die Sinnkontinuität des Lebens des einzelnen Kranken, wie es körperliche Krankheiten oder Unfälle zu tun pflegen. » Claus Haring, Karl Heinz Leickert, *Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, Stuttgart, Schattauer Verlag, 1968, p. 190.

son quotidien et qu'elle surévalue les petites difficultés dont le citoyen moyen a l'habitude »¹²⁴³. Au regard du dossier, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle cette phrase ferait référence au premier élément avancé par le mari pour expliquer l'état de santé de sa femme, à savoir la séparation d'avec l'Allemagne de l'Ouest. L'emploi du terme de citoyen (*Bürger*) laisse penser que le médecin fait ici allusion à la relation qu'entretient Elisabeth K. avec l'État socialiste, dont la politique peut selon lui susciter quelques désagréments mineurs. L'impossibilité de se rendre à l'Ouest, auquel Elisabeth K. est particulièrement attachée, et où habite une large partie de ses proches, semble ainsi être considérée par le médecin comme faisant partie des « petites difficultés », finalement de peu d'importance, auxquelles « le citoyen moyen » est tenu de s'adapter sans problème. Si Elisabeth K. ne le peut pas, ce n'est finalement qu'une preuve de la vie quelque peu privilégiée qui est celle de cette femme de médecin. Selon cette hypothèse, c'est presque un reproche de classe qui est adressée à la jeune femme, « gâtée dans son quotidien », et qui exagérerait les inconvénients liés à la fermeture des frontières. Dans les dossiers de patient, il est très rare de trouver une mention de cette nature, qui laisse poindre la couleur politique du rédacteur au travers du regard qu'il pose sur le patient. Il est intéressant de noter que ce médecin appartient au groupe du parti de la clinique et qu'il en est, selon les sources, un membre plutôt présent et actif au cours des années 1960¹²⁴⁴. Son appartenance politique, ses convictions idéologiques, peuvent peut-être expliquer son refus de reconnaître dans l'état de santé d'Elisabeth K. le signe d'une dépression *réactionnelle*, puisque ce diagnostic mettrait en avant les conséquences néfastes de la construction du mur de Berlin sur la santé de la population est-allemande. Au contraire, faire de la maladie qui frappe Elisabeth K. une dépression *endogène*, c'est supprimer le poids de l'événement dans la genèse de son mal, n'en rechercher l'origine qu'à l'intérieur de la patiente elle-même. Ce diagnostic ne peut se faire plus précis du fait du départ précipité de la patiente, deux jours à peine après son admission, en échange d'une décharge signée par son mari. Elisabeth K., dont le destin s'entremêle aux soubresauts de la grande Histoire, de la Seconde Guerre mondiale à la Guerre froide, quitte la clinique le 15 août 1963.

On retrouve ce croisement d'échelles, qui fait se rencontrer parcours individuel et logiques géopolitiques, dans le dossier d'une autre patiente de la clinique, hospitalisée pour

¹²⁴³ « Auf jeden Fall lässt sich sagen, dass Pat. im Alltag offenbar etwas verwöhnt ist u. daß sie die kleinen Schwierigkeiten, mit denen der Durchschnittsbürger vertraut ist, überwertet. ». HPAC, F 582/63, Krankengeschichte, 14 août 1963, Psychischer Befund.

¹²⁴⁴ Voir plusieurs documents émanant du SED, présents dans les fonds suivants : LAB, C Rep 903-01-12 (Informationsbericht SED Parteileitung Med. Fakultät, 11 février 1963 ; Parteigruppenversammlung der Nervenlinik am 31.10.1962, 1er novembre 1962), C Rep 904-225-4 (par exemple : Protokoll der Mitgliederversammlung vom 3.2.65, PO Nervenlinik ; Mitgliederversammlung vom 20.10.65, PO Nervenlinik).

cardiophobie en 1965¹²⁴⁵. Interrogée sur les débuts de sa maladie, cette femme d'une trentaine d'années, avance plusieurs éléments : l'infarctus de son père, le fait que sa mère soit tombée malade au même moment, la charge de travail occasionnée par ses deux enfants en bas âge, mais également la crise de Cuba, qui a maintenu son mari, qui travaille au ministère de la Défense nationale, en « constant état d'alerte ». Selon le dossier, « elle s'est fait à cette époque beaucoup de souci à cause de la guerre »¹²⁴⁶. L'activité professionnelle de son mari, en prise directe avec l'évolution du rapport de force entre les deux blocs, explique le stress occasionné par l'événement géopolitique – la crise de Cuba – dans la vie de cette femme. Si elle avance plusieurs éléments pour dater le début de sa maladie, elle la relie également à cette crise majeure de la Guerre froide, sa vie personnelle étant ainsi affectée par l'augmentation des tensions entre Est et Ouest. Si, dans le cas de cette patiente, la relation qu'elle établit entre sa vie personnelle et les événements géopolitiques semble plutôt logique étant donné l'activité professionnelle de son mari, elle est d'une toute autre nature en ce qui concerne le patient Horst E., admis à la clinique le 21 août 1961¹²⁴⁷. Il s'agit du deuxième séjour à la clinique du jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années. Lors de son admission, il évoque « le sentiment » qui est le sien, « qu'il existe une relation entre le 13 août 1960, où il a eu son accident de moto et le 13 août 1961, où les frontières vers Berlin-Ouest ont été fermées. »¹²⁴⁸. Toujours d'après son dossier, « il ne peut pas s'expliquer ce lien »¹²⁴⁹. Pour ce jeune homme, dont le diagnostic fait état d'une *Angst-Glücks-Psychose*, bien qu'il ne puisse y associer d'explication concrète, bien qu'elle relève du « sentiment », la relation entre sa vie personnelle et l'événement géopolitique se fait néanmoins bien réelle. À nouveau, les échelles se croisent et s'entremêlent, la Guerre froide faisant irruption dans le quotidien des patients, sous quelque forme que ce soit.

Dans les cas précédemment exposés, le lien entre, d'un côté, l'évolution des relations internationales (l'augmentation des tensions entre l'Est et l'Ouest, la crise de Cuba, la construction du mur de Berlin) et, de l'autre, l'état de santé ou la vie personnelle du patient, est établi par le patient ou par l'un de ses proches, mais il arrive également que cette relation soit formulée par le médecin lui-même, qui peut aller jusqu'à penser ce croisement d'échelles comme un élément pouvant faciliter la guérison. On trouve la trace d'une telle conception

¹²⁴⁵ HPAC, F 680/65.

¹²⁴⁶ « Sie habe sich in dieser Zeit viel Gedanken über den Krieg geamcht. » HPAC, F 680/65, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung.

¹²⁴⁷ HPAC, M 801/63.

¹²⁴⁸ « So habe er das Gefühl, daß eine Verbindung bestehe zwischen dem 13. Aug. 1960, an dem er seinen Motorradunfall hatte und dem 13.8.61, wo die Grenzen nach Westberlin geschlossen wurden. Er könne sich diesen Zusammenhang nicht erklären. » HPAC, M 801/63, Krankengeschichte, 21 août 1963, Eigene Angaben.

¹²⁴⁹ *Ibid.*

dans le dossier de la patiente Elsa G., sur lequel il convient de s'arrêter plus en détails.

Elsa G. est admise le 27 juillet 1961 dans un service de psychothérapie de la clinique¹²⁵⁰. Elle y est adressée par le service ambulatoire de la clinique (poli-clinique), et se plaint entre autres de douleurs cardiaques et de maux de tête. Lors de l'anamnèse qui est réalisée à son admission, la patiente, âgée de 46 ans, revient sur sa situation familiale et les tensions qui la traversent. Voici ce qu'on peut lire à ce sujet dans son dossier :

« Époux à la retraite depuis 2 ans, travaille le matin jusqu'à midi – en tant que bénévole au bureau du parti – l'après-midi, il est à la maison, regarde dans toutes les casseroles. Elle se sent toujours opprimée et angoissée seulement quand elle le voit. Il est égoïste, ne vit que pour sa politique, voudrait éduquer toute sa famille dans ce sens-là. Pat. est d'avis qu'il faudrait qu'il y ait aussi quelque chose de drôle parfois, ainsi sa plus grande fille n'a par exemple pas le droit d'écouter les "tubes de la semaine" [*Schlager der Woche*]¹²⁵¹, ou de mettre le programme de la télé de l'Ouest. Sur le plan sexuel, n'a encore jamais été satisfaite par lui, à l'opposé de son premier mari. Il est tout à son affaire, mais peut ensuite lire le journal. Elle a encore deux enfants avec son mari actuel, sa fille issue d'une première union est déjà mariée et a quitté la maison. Sa fille de 16 ans n'estime pas du tout son père, alors que le fils de 14 ans "sait bien le prendre, quand il est question de politique". »¹²⁵²

D'après les dires de la patiente, tels qu'ils sont reformulés dans le dossier, « la politique » constitue bien un motif de tensions au sein de son cercle familial, que ce soit entre elle et son époux, ou entre ce dernier et leur fille¹²⁵³. S'il est à la retraite, son mari poursuit une activité politique dans le cadre du parti, où il travaille bénévolement tous les matins. Son engagement politique ne s'arrête pas là, mais pénètre également la sphère familiale, où il tente d'imposer ses vues. Ce faisant, il suit les devoirs des camarades du parti, tels qu'ils sont formulés dans les statuts du SED, et selon lesquels chaque membre se doit « d'avoir un

¹²⁵⁰ HPAC F 448/61.

¹²⁵¹ Il s'agit d'une émission de radio hebdomadaire diffusée sur les ondes de la radio RIAS [*Rundfunk im amerikanischen Sektor*], dont le siège se trouve à Berlin-Ouest. Sur cette radio, voir : Bernd Stöver, « Radio mit kalkulierte Risiko. Der RIAS als US-Sender für die DDR 1946-1961 », in Klaus Arnold, Christoph Classen, *Zwischen Pop und Propaganda. Radio in der DDR*, Berlin, Links Verlag, 2004, p. 191-228.

¹²⁵² « Em. ist seit 2 Jahren berentet, arbeitet vormittags bis 12 Uhr – ehrenamtlich im Parteibüro – nachmittags ist er zu Hause, guckt in alle Töpfe. Sie bekommt Beklemmungen und Angst, wenn sie ihn nur sieht. Er ist egoistisch, lebt nur für seine Politik, möchte seine ganze Familie auch in diesem Sinne erziehen. Pat. meint, dass es auch mal etwas Lustiges geben müsste, so darf ihre grössere Tochter z. B. keinen „Schlager der Woche“ hören, nicht das Programm des westlichen Fernsehens einschalten. Sexuell sei sie von ihm noch nie befriedigt worden, ganz im Gegensatz zu ihrem ersten Mann. Er sei wohl bei der Sache dabei, könne aber anschliessend Zeitung lesen. Sie habe mit dem jetzigen Em. noch zwei Kinder, ihre Tochter aus erste Ehe sei schon verheiratet und aus dem Haus. Ihr 16-jähriges Mädchen halte gar nichts vom Vater, wogegen der 14-jährige Junge „den Vater so richtig zu nehmen versteht, in bezug auf die Politik“. » HPAC F 448/61, Krankengeschichte, Anamnese, Familiäre Situation.

¹²⁵³ Voir la première partie du chapitre 3 à ce sujet (« La clinique psychiatrique, une autre lecture des conflits politique », 1. Famille et politique).

comportement modèle, dans son activité professionnelle et politique et dans sa vie privée »¹²⁵⁴. Dans cette logique, le parti interdit formellement à ses membres de regarder ou d'écouter les médias ouest-allemands. Ces programmes sont particulièrement prisés par le jeune public, auquel il permet l'accès à une culture venue des États-Unis et du Royaume-Uni. Cependant, pour ce père de famille, autoriser sa fille à regarder de tels programmes entrerait en totale contradiction avec l'engagement partisan qui est le sien, et pourrait entraîner des sanctions à son encontre.

Selon le dossier, de manière générale, face aux dires de la patiente, le rédacteur se fait plutôt sceptique. Il est noté, à la suite de la retranscription de l'anamnèse, que « pour toutes les informations données par la patiente, on a toujours le sentiment, qu'elles ne correspondent pas à la vérité »¹²⁵⁵. La parole de la patiente semble définitivement mise en doute par le thérapeute, qui voit dans la mise en avant de ses problèmes familiaux une tentative d'attirer l'attention sur elle (« Comme pat.[iente] comprend d'après le ton et la conversation du médecin, qu'elle ne parviendrait pas à attirer suffisamment d'attention avec la description de ses maux, elle les minimise jusqu'à un certain point et met l'accent principal sur sa situation familiale. »¹²⁵⁶). Cette mise en doute de la parole de la patiente laisse poindre le diagnostic d'hystérie, selon lequel, d'après les conceptions dominantes de l'époque, le sujet, s'il ne veut pas être malade, veut être reconnu comme souffrant¹²⁵⁷. Notons que Karl Leonhard semble avoir une acception différente de ce diagnostic – et finalement plutôt tournée vers le passé – puisqu'il écrit, en 1964, que les « hystériques veulent être malades »¹²⁵⁸. C'est bien ce diagnostic qui tombe, quelques jours plus tard, suite à la visite du directeur de la clinique.

Avant l'établissement final du diagnostic et comme il est d'usage au sein du service, quelques jours après l'admission de la patiente, le mari est entendu par le thérapeute qui le questionne au sujet d'éventuels désaccords dans le couple. D'après le mari d'Elsa G., aucun désaccord *sur le plan politique* n'existerait entre lui et sa femme, « son épouse s'énerve uniquement parce qu'elle n'aurait pas le droit de regarder la télévision de l'Ouest »¹²⁵⁹. Quant à

¹²⁵⁴ « Das Parteimitglied ist verpflichtet, [...] in seiner politischen und beruflichen Tätigkeit und im persönlichen Leben Vorbild zu sein, [...] » Statuts du SED, 1950.

¹²⁵⁵ « Bei allen Angaben der Pat. hat man immer das Gefühl, dass sie nicht der Wahrheit entsprechen. [...] Da Pat aus dem Tonfall und der Unterhaltung des Untersuchers entnimmt, dass sie durch eine Schilderung ihrer Beschwerden keine genügende Zuwendung finden würde, verniedlicht sie diese bis zu einem gewissen Maße und legt das Hauptgewicht auf ihre familiäre Situation. » HPAC, F 448/61, Krankengeschichte, Befund, Psychisch.

¹²⁵⁶ *Ibid.*

¹²⁵⁷ « Der Hysteriker will als Leidender gelten, es wäre jedoch falsch zu behaupten, er wolle krank sein [...]. », Claus Haring, Karl Heinz Leickert, *op. cit.*, p. 298.

¹²⁵⁸ « Hysteriker wollen krank sein, Hypochonder fürchten es zu sein. » Karl Leonhard, *Differenzierte Diagnostik...*, *op. cit.*, p. 85.

¹²⁵⁹ « Auf die Frage, welche Differenzen zwischen ihm und Pat. bestünden, meint er, dass sie in politischer Hinsicht keine hätten, dass die Ehefrau sich nur darüber aufregt, dass sie keinen Westsender sehen dürfe.

leur vie sexuelle, elle serait plutôt satisfaisante. Sexualité et politique semblent être abordés en parallèle. Et c'est une version tout à fait différente que donne le mari de la patiente, en ce qui concerne le degré d'harmonie qui règne dans son foyer. On retrouve ici l'une des particularités de la *Krankengeschichte*, une source qui fait s'entremêler, se confronter, se superposer, au travers du filtre médical, la voix du patient et celles de ses proches. Suite à cet échange avec le mari, les époux sont invités à s'entretenir, en présence du médecin. Voici ce qu'on peut lire dans le dossier à ce sujet :

« Il ressort de la confrontation entre les époux que le conflit actuel entre mère-fille et père-fils se maintient. Mère et fille rivalisent avec le fils, pour la faveur du mari (sur le plan politique), se sentent cependant évincées par le fils. La fille aime la musique légère, aime bien s'habiller, aime regarder la télé de l'Ouest, et trouve une approbation totale de la part de sa mère, mais les deux ne parviennent pas à s'imposer face au père, qui malgré sa façon de diriger plutôt douce, est intolérant sur le plan politique. Pat. explique finalement de manière catégorique, que le docteur devrait conseiller à son mari, de les autoriser à regarder le programme de l'Ouest. »¹²⁶⁰

D'après ce passage, pour faire plier son mari – décrit par le rédacteur du dossier comme « intolérant sur le plan politique » – la patiente cherche bien un appui auprès du corps médical, auquel elle assigne de ce fait le rôle d'une figure alternative d'autorité. Le médecin en question ne semble pas accéder directement à la demande de la patiente. Cependant, lors d'un entretien ultérieur avec le mari, il lui est conseillé de « regagner la confiance de ses enfants en répondant de manière plus compréhensive à leurs besoins et particulièrement à leurs questions. »¹²⁶¹. Le médecin invite ainsi le mari d'Elsa G. à faire preuve de plus de souplesse en ce qui concerne les exigences politiques qui sont les siennes, en tant que camarade manifestement zélé du parti. Ce faisant, l'autorité médicale prend quelques distances vis-à-vis de la ligne officielle, telle qu'elle est dictée par les instances du

Zum Sexuellen meint er, dass sie ca. 1 x in der Woche noch GV haben, dass die Pat. auch meist glücklich dabei sei. » HPAC, F 448/61, Krankengeschichte, Verlauf, Aussprache mit dem Ehemann der Pat., 31 juillet 1961.

¹²⁶⁰ « Aus einer Gegenüberstellung des Ehepaares wird deutlich, dass der momentane Konflikt zwischen Mutter-Tochter und Vater-Sohn besteht. Mutter-Tochter revalisieren mit dem Sohn, um die Gunst des Mannes (in politischer Hinsicht), fühlen sich jedoch von dem Sohn aus dem Felde geschlagen. Tochter liebt leichte Musik, kleidet sich gerne gut, sieht gern West-Fernseh, worin sie völlige Zustimmung der Mutter findet, sich beide jedoch dem Vater gegenüber nicht durchsetzen können, der trotz seiner weichen fühlbaren Art in politischer Hinsicht intolerant ist. Pat. erklärt abschliessend kategorisch, dass Ärztin Em. befehlen möchte, dass sie und ihre Tochter den Westsender sehen dürfen. » HPAC, F 448/61, Krankengeschichte, Verlauf, Aussprache mit dem Ehemann der Pat., 31 juillet 1961.

¹²⁶¹ « Inzwischen hatten wir Gelegenheit mit dem Em. der Pat zu sprechen. Dieser leidet sehr darunter, dass seine Gattin seine Interessen den Kindern gegenüber nicht mit vertritt. Er gibt zu, dass er bisher nicht verstanden hat, die mangelhafte gesellschaftspolitische Erziehung in der Schule durch seinen Einfluss zu ergänzen. Wir berieten ihn, sich das Vertrauen der Kinder durch verständnisvolles Eingehen auf deren Belange und besonders auf deren Fragen zurückzugewinnen. » HPAC, F 448/61, Krankengeschichte, Verlauf, 19 août 1961.

parti.

Si la mention du conseil prodigué au mari de la patiente est inscrite dans le dossier à la date du 19 août 1961, quelques jours plus tard, lors de la visite qu'il effectue dans le service, le directeur de la clinique ne se contente pas de donner un diagnostic (« réaction hystérique par débilité » [*hysterische Reaktion bei Debilität*]), mais il émet également l'avis selon lequel, en ce qui concerne la patiente Elsa G., « le conflit va se résoudre en raison de la situation actuelle à Berlin »¹²⁶². Pour Karl Leonhard, la fermeture du dernier point de passage vers l'Ouest, qui a eu lieu une dizaine de jours auparavant, dans la nuit du 12 au 13 août 1961, pourrait ainsi permettre de résoudre les conflits familiaux de la patiente. La construction du mur de Berlin est manifestement perçue comme un moyen de stopper les influences venues de l'Ouest, qui jouent un rôle majeur dans les tensions entre le père et la fille. Ainsi, pour le médecin, l'événement géopolitique devrait avoir des répercussions bénéfiques sur l'harmonie familiale du foyer, la vie familiale s'enchevêtrant dans son propos dans les logiques géopolitiques de la Guerre froide. Cette fois-ci, et contrairement à la plupart des cas précédemment exposés, l'événement géopolitique – la construction du mur de Berlin – apparaît non pas comme un élément facilitant ou accélérant l'entrée dans la maladie (en tant que vecteur d'angoisse, de stress ou de déception), mais comme un moyen de régler les conflits familiaux, et qui participerait donc à la guérison de la patiente. Si la société est-allemande semble bien se caractériser par ce jeu d'échelles qui fait se croiser destins personnels et grande histoire, « vies minuscules » et logiques géopolitiques inhérentes à la Guerre froide, le pronostic émis par Karl Leonhard n'est cependant pas le bon. En effet, comme en atteste le dossier de la patiente, malgré la construction du mur de Berlin, les tensions qui l'opposent à son mari sont loin de s'atténuer. Sortie le 25 août 1961 de la clinique, Elsa G. se présente début septembre pour une visite de contrôle. La fermeture des frontières n'a apporté aucune amélioration à sa situation familiale. Contrairement à ce qu'avait pu espérer le directeur de la clinique, le mur de Berlin ne met pas fin aux divergences qui séparent Elsa G. de son époux. Car s'il boucle matériellement le dernier point de passage vers l'Ouest, le Mur ne pourra jamais empêcher la population de RDA de rester en contact avec l'autre Allemagne (et ce notamment à travers les ondes de télévision ou de radio qui continuent à passer la frontière). Cela étant, le pronostic formulé par le psychiatre, selon lequel l'événement géopolitique pourrait résoudre les conflits familiaux de la patiente, montre à quel point peuvent s'enchevêtrer, dans les représentations de l'époque, événements géopolitiques et destins personnels. Reste à établir pour quelles raisons ce croisement

¹²⁶² « Herr Prof L. ist der Meinung, dass sich der Konflikt aufgrund der jetzigen Lage in Berlin lösen wird. » HPAC, F 448/61, Krankengeschichte, Verlauf, Chefvisite, 24 août 1961.

d'échelles, tel qu'on peut le constater au travers de l'analyse de ces dossiers, semble se faire particulièrement présent au sein de la société est-allemande, durant la période étudiée. Le premier élément que l'on peut avancer concerne l'ensemble des « sociétés de guerre froide », de part et d'autre du Rideau de fer. Ces populations se trouvent en effet confrontées à un cadre de référence idéologique, à la logique binaire (Est/Ouest), qui fait de l'évolution des relations internationales un sujet de préoccupations, en lien notamment avec l'angoisse que les tensions entre les deux blocs peuvent susciter (on peut évoquer par exemple la peur de la bombe atomique¹²⁶³). Selon toute logique, les événements géopolitiques occupent une place importante dans les représentations et les imaginaires de ces populations, pour lesquelles la Guerre froide – avec ses temps forts et son arsenal idéologique – fait finalement partie du quotidien. Au sein de ces « sociétés de Guerre froide », la société est-allemande est particulièrement affectée par l'évolution des relations entre les deux blocs, elle qui subit de plein fouet les conséquences des tensions qui les opposent, avec la construction du mur de Berlin en août 1961¹²⁶⁴. On peut émettre l'hypothèse, qu'à l'image d'Elisabeth K., les citoyens de RDA sont d'autant plus suspendus à l'évolution des relations internationales qu'ils sont nombreux à espérer voir le Mur se faire plus perméable pour que s'ouvre à nouveau le chemin menant vers l'Ouest. Enfin, cet enchevêtrement d'échelles, entre petite et grande Histoire, se fait particulièrement prégnant pour la population de la ville-front de Berlin-Est, qui se trouve au cœur de l'affrontement entre les deux blocs. Et comme la majorité des patients de la clinique, c'est bien à Berlin-Est ou dans ses environs que résident la plupart des patients dont les dossiers ont été précédemment cités.

Si les dossiers de patients laissent apparaître de tels croisements d'échelles, où l'histoire individuelle rencontre la grande Histoire, la Guerre froide s'invitant dans les destins personnels des patients, ils permettent également de reconstituer les diverses représentations de l'autre camp – à savoir celles de l'Ouest. Ces images de l'altérité, qui traversent les discours et les expériences des patients, attestent d'une certaine appropriation du discours idéologique par ces individus.

¹²⁶³ Voir à ce sujet, sur le cas de la RDA : Christian Th. Müller, « Im Bann der Bombe. Überlegungen zu Luftschutz und Zivilverteidigung in der DDR », in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (dir.), *op. cit.*, p. 94-122.

¹²⁶⁴ Comme le soulignent Philippe Buton, Olivier Büttner et Michel Hastings, dont l'ouvrage se penche sur la société française, « Les "effets" de géographie et d'histoire ont en effet construit des rapports très différenciés à la Guerre froide. [...] En Allemagne, la Guerre froide se vit au quotidien, dans la partition du pays, dans la matérialité tragique d'une frontière et d'un mur, dans la déchirure des familles. ». Philippe Buton, Olivier Büttner, Michel Hastings, *op. cit.*, p. 8.

3. Guerre froide et altérité. Les représentations de l'Ouest : une menace, un refuge, un « ailleurs possible » ?

Dans le contexte de Guerre froide, l'adversaire face auquel – ou plutôt contre lequel – la RDA se mesure, se compare, se construit, c'est l'Ouest, au premier rang duquel on trouve la rivale ouest-allemande. L'Ouest, c'est tout à la fois l'Autre – l'ennemi capitaliste, dont les autorités est-allemandes n'ont cessé de souligner le caractère menaçant –, mais c'est aussi le Même – du fait de sa proximité culturelle et géographique. Par les liens affectifs entretenus avec les citoyens comme avec le territoire ouest-allemands, par l'histoire commune partagée par les sociétés allemandes, par les ondes de télévision ou de radio qui traversent le Rideau de fer¹²⁶⁵, par son évocation récurrente par la propagande officielle, l'Ouest se fait bien (omni)présent – et sous diverses formes – dans le quotidien de la société socialiste¹²⁶⁶. Les dossiers de patients témoignent de son importance dans les représentations de l'époque : à l'échelle individuelle, l'Ouest peut ainsi être redouté comme rêvé, source d'angoisse tout comme d'espoir pour les patients de la clinique qui se trouvent, lors de leur séjour, à proximité immédiate de Berlin-Ouest. Ce sont les différents visages pris par cette figure de l'altérité qu'il convient ici d'interroger, à partir des traces laissées dans les dossiers.

3.1 Une menace venue de l'Ouest

Si, dans le message diffusé par la propagande officielle et relayé par les médias est-allemands, l'Ouest prend la forme d'un ennemi, dont il convient de se protéger, on retrouve l'idée d'une menace venant de l'autre côté du Rideau de fer dans les propos tenus par certains patients de la clinique. C'est donc en instillant un climat de peur et d'angoisse que la Guerre froide entre dans les têtes. Ainsi, d'après les dires d'Hildegard W., si son mari tente de l'empoisonner, c'est parce qu'il serait tombé entre les mains de trafiquants de drogue de Berlin-Ouest¹²⁶⁷. Selon le médecin qui l'adresse à la Charité au début de l'année 1961, elle

¹²⁶⁵ Comme l'écrit Thomas Lindenberger, « On pouvait diviser le monde et l'Allemagne mais pas le ciel (des ondes) qui les surplombait » [*Die Welt und Deutschland waren teilbar, der (Äther-)Himmel darüber aber nicht.*]», Thomas Lindenberger, « Geteilte Welt, geteilter Himmel? Der Kalte Krieg und die Massenmedien in gesellschaftlicher Perspektive », in Klaus Arnold, Christoph Classen (dir.), *op. cit.*, p. 27-44, ici p. 44.

¹²⁶⁶ Sur l'enchevêtrement entre la RDA et sa rivale capitaliste (notamment en ce qui concerne les relations entre économie et société), voir l'introduction de Jonathan R. Zatlin dans l'ouvrage suivant : Jonathan Zatlin, *The currency of socialism. Money and political culture in East Germany*, Cambridge, University Press, 2007, p. 1-17 (l'auteur évoque également les conséquences de la réception des médias ouest-allemands en RDA, p. 314-315). Pour une approche conceptuelle des relations entre les deux Allemagnes, dans la perspective d'une « *Verflechtung in der Abgrenzung* » (histoire croisée dans la différenciation), voir l'introduction suivante : Arnd Bauerkämper, Martin Sabrow, Bernd Stöver, « Die doppelte deutsche Zeitgeschichte », in Arnd Bauerkämper, Martin Sabrow, Bernd Stöver, *Doppelte Zeitgeschichte. Deutsch-deutsche Beziehungen 1945-1990*, Bonn, Dietz, 1998, p. 9-16.

¹²⁶⁷ HPAC, F 242/60.

accuserait son mari de divers « maux » : il serait homosexuel, mêlé à un trafic de drogue, en relation avec des agents de Berlin-Ouest, etc. La patiente, dont le diagnostic fait état d'une paraphrénie fantastique (*phantastische Paraphrenie*), associe ainsi l'Ouest à un vivier de criminels, qui viendraient jusqu'à infiltrer son foyer familial pour attenter à ses jours. Internée quelques mois plus tard à la Charité, Ranhild L. pense également être poursuivie par son entourage, dans lequel elle reconnaît des membres des services secrets de différents pays capitalistes¹²⁶⁸. On retrouve à nouveau une touche de Guerre froide dans la peur de cette femme. Lors de l'anamnèse réalisée à la clinique, Ranhild L. fait part des douleurs qu'elle ressent dans son corps, ainsi que des picotements qui traversent ses mains et ses épaules. La patiente est d'avis que ces douleurs sont causées par des rayons, dont elle ne donne cependant pas l'origine. La sensation d'être soumis à des rayons constitue un motif que l'on retrouve dans d'autres dossiers de patients, pour lesquels cette nuisance – dont ils disent ressentir les effets dans leur chair – serait bien à mettre au compte d'un Ouest menaçant. En mars 1961, Getraude T., femme au foyer d'une quarantaine d'années, dit ainsi ressentir un « rayon électrique » en elle, « ça peut être dans tout le corps, ou bien dans certaines parties, dans la tête, dans le ventre, dans les jambes »¹²⁶⁹. Selon le dossier :

« Elle s'est toujours imaginé, que ça avait un quelconque rapport avec la Guerre froide. "Ça dépend toujours, de qui est le plus fort et si ils nous rendent beaucoup de personnes malades en RDA, alors ça les aide." (Qui ?) "L'Ouest, c'est ce que je pense." "Je ne sais pas." »¹²⁷⁰

Ainsi, quand elle tente de s'expliquer les sensations qu'elle ressent dans son corps, Gertraude T. a recours à un mode d'explication qui emprunte aux logiques de Guerre froide : des rayons venus de l'Ouest viendraient dérégler son équilibre physique, dans le cadre d'un combat souterrain mené entre les deux blocs. Selon une logique comparable, deux ans plus tard, en février 1963, Kurt Z. fait mention des rayons auxquels il serait soumis¹²⁷¹. Cet homme d'une quarantaine d'années, dont le diagnostic fait état d'une paraphrénie fantastique, évoque la pression que lui causeraient ces rayons, dans la tête, à l'estomac et « partout », « aucune partie du corps n'est épargnée »¹²⁷². Selon les dires du patient :

¹²⁶⁸ HPAC, F 284/61.

¹²⁶⁹ « (Wann das Elektrisieren zum ersten Mal ?) "Vor einem Jahr, es kann im ganzen Körper sein oder auch in einzelnen Teilen, im Kopf, im Bauch, in d.[en] Beinen". » HPAC, F 186/61, Krankengeschichte, Exploration, 24 mars 1961.

¹²⁷⁰ « Sie hat sich immer eingebildet, daß es irgendwie mit dem Kalten Krieg zusammenhängt. "Da kommt es ja immer drauf an, wer der Stärkere ist und wenn sie uns in der DDR viele Menschen krank machen, dann ist denen geholfen." (Wem?) : "Dem Westen, das sind so meine Gedanken." "Ich weiss es nicht." ». HPAC, F 186/61, Krankengeschichte, Exploration, 24 mars 1961.

¹²⁷¹ HPAC, M 641/63.

¹²⁷² « Die Strahlen verursachen ihm ein Drückgefühl im Kopf, in der Magengegend und "überall". Es bleibt kein Körperteil davon verschont. » HPAC, M 641/63, Krankengeschichte, 5 février 1963.

« les rayons viennent de loin à travers les murs, sont dirigés en partie vers le haut et en partie vers le bas. Depuis quelques temps les rayons viennent d'un endroit inconnu de Berlin-Ouest. L'irradiation a lieu le jour et la nuit. Elle dure des heures à chaque fois. Pendant ce temps, son humeur est très mauvaise. Quand il est irradié, il entend aussi beaucoup de voix, des voix d'hommes et de femmes. Dernièrement il y a aussi une voix de Torgau. "Elle dit qu'on va immédiatement me sortir d'ici et ensuite viennent les voix, qui sont probablement de Berlin-Ouest. Elles disent que les rayons ne s'arrêteront que quand j'aurai quitté la RDA. C'est le cœur du problème." »¹²⁷³

Quelques jours plus tard, au terme d'un entretien avec le médecin, Kurt Z. s'adresse à lui en ces termes :

« "Monsieur le docteur, vous n'allez pas me croire. Nous sommes très près de la frontière. Depuis que les rayons ne viennent plus de cet endroit, j'ai constaté que les rayons viennent désormais probablement de Berlin-Ouest. C'est en rapport avec la politique. De l'autre côté, il y a d'autres aspirations que chez nous. Je sais qu'une action a été effectuée avec des substances, qui rendent les gens malades en RDA. Je ne sais pas si vous en avez entendu parler en tant que médecin." (Vous-même quelque chose à faire avec la politique, agent etc.) "Je ne voudrais pas en dire plus. Je voudrais juste que vous n'en veniez pas à penser que ce sont des manifestations de la maladie chez moi." »¹²⁷⁴

Comme la patiente Gertraude T., Kurt Z. prétend ainsi être victime d'une action menée par l'Ouest, qui consisterait à irradier les citoyens de RDA, dans le but de nuire à leur santé. Aux rayons se mêlent aussi des voix lui enjoignant plus ou moins directement de quitter la RDA. Si le lien entre les rayons et le contexte (géo)politique n'est pas explicité de manière précise, il est avancé par Kurt Z. (« C'est en rapport avec la politique ») tout comme par Gertraude T. quelques années auparavant (« Elle s'est toujours imaginé, que ça avait un quelconque rapport avec la Guerre froide. »). Dans le cas de Kurt Z., il est intéressant de noter que le patient semble tout à fait conscient de la « logique de circularité diagnostique »

¹²⁷³ « Die Strahlen kommen von der Ferne durch die Wände, teils nach oben und teils nach unten. Seit einiger Zeit kommen die Strahlen von unbekanntenen Stellen aus West-Berlin. Die Bestrahlung geschieht während des Tages und der Nacht. Sie dauert jedesmal stundenlang. Während dieser Zeit sei seine Stimmung sehr schlecht. Wenn er bestrahlt wird, hört er auch viele Stimmen, Männer -und Frauenstimmen. Neuerdings sei auch eine Stimme aus Torgau dabei. "Die sagt, die ich umgehend von hier abgeholt werde und dann kommen die Stimmen, die vermutlich aus West-Berlin sind. Die sagen, daß die Strahlen erst aufhören, wenn ich die DDR verlassen habe. Das sei der Kern der Sache." » HPAC, M 641/63, Krankengeschichte, 5 février 1963.

¹²⁷⁴ « "Herr Doktor, Sie werden mir's nicht glauben. Wir liegen sehr dicht an der Staatsgrenze. Seitdem die Strahlen von der Stelle nicht mehr kommen, habe ich festgestellt, daß die Strahlen vermutlich jetzt von West-Berlin kommen. Es hängt mit der Politik zusammen. Drüben sind andere Bestrebungen als bei uns. Ich weiss, daß eine Aktion sich vollzogen hat mit Stoffen, wo man die Menschen krank macht in der DDR. Ich weiss nicht, ob Sie als Arzt davon gehört haben." (Selbst was mit Politik zu tun, Agent usw.) "Ich möchte darauf nicht näher eingehen. Ich möchte bloß nicht, daß Sie auf den Gedanken kommen, daß das bei mir krankhafte Erscheinungen sind." » HPAC, M 641/63, Krankengeschichte, 26 février 1963.

susceptible d'enfermer ses propos, d'en faire – comme il le dit lui-même – « des manifestations de sa maladie ». Face au médecin, le patient souligne également la proximité géographique de la clinique avec la zone-frontière, élément qui joue très certainement un rôle dans la manière dont il se représente l'origine des rayons qui le menacent. Lors de leur séjour à la clinique, les patients sont en effet particulièrement proches de l'Ouest, qui, s'il peut être aperçu de certaines fenêtres de la clinique, peut également être entendu. En février 1963, Manfred N., explique ainsi « de manière plutôt détaillée, mais aussi quelque peu confuse, en partie avec de violents sanglots, qu'il se sent à nouveau soumis à une influence »¹²⁷⁵. Comme on peut le lire dans la suite du dossier, c'est la proximité sonore de l'Ouest qui semble provoquer une telle réaction chez cet homme :

« La voiture de patrouille de Berlin-Ouest est passée hier (Pat. entend de sa fenêtre le klaxon des voitures de patrouille de Berlin-Ouest), le pat. aurait alors clairement senti comment un poil avait vibré sur un bouton du bout de son nez et comment le signal aurait été transmis à travers lui. Il a ensuite commencé à trembler de manière terrible. Les cicatrices de ses anciennes blessures de guerre auraient aussi tremblé. Il poursuit en expliquant qu'il est récemment tombé à la clinique, quand il a entendu le signal-radio. »¹²⁷⁶

Le dossier du patient se poursuit avec la mention suivante, qui date de deux jours plus tard (18 mars 1963) :

« Pat. se laisse à nouveau tomber de tout son long devant son lit. Après que nous lui avons parlé de manière énergique, il admet que les ondes aériennes l'auraient attiré. La voiture de patrouille est à nouveau passée de l'autre côté et ça aurait ainsi agi sur lui. Il explique ensuite en colère et en pleurs que c'est à nouveau le satané ennemi qui prend les gens, nous voulons pourtant la paix. »¹²⁷⁷

Ici, le patient met ainsi en relation directe un son en provenance de Berlin-Ouest et une sensation qu'il ressent dans son propre corps, traversé par un « signal ». Le corps de Manfred N. servirait en quelque sorte de relais pour des messages-radios en provenance de Berlin-

¹²⁷⁵ « Er berichtet ziemlich ausführlich, wenn auch etwas verworren, z.T. unter heftigem Schluchzen, daß er sich wieder beeinflußt fühlt. » HPAC, M 835/63, Krankengeschichte, 16 mars 1963.

¹²⁷⁶ « Gestern sei der westberliner Funkwagen vorbeigefahren (Pat hört von seinem Fenster aus das Martinshorn der westberliner Funkstreifenwagen), dabei hätte der Pat. deutlich gespürt, wie ein Haar auf einem Pickel seiner Nasenspitze vibriert habe und wie die Signale auf ihn übertragen worden sein. Er habe dann fürchterlich angefangen zu zittern. Auch die Narben von seinen alten Kriegsverletzungen hätten gezittert. Er berichtet weiter, daß er neulich in der Klinik als er auch die Funksignale gehört hätte, umgefallen sein. » HPAC, M 835/63, Krankengeschichte, 16 mars 1963.

¹²⁷⁷ « Pat. lässt sich vor seinem Bett wieder der Länge lang hinfallen. Nachdem wir ihn energisch angesprochen haben, gibt er dann zu, daß ihn die Luftwellen angezogen hätten. Der Funkwagen sei wieder drüben vorbeigefahren und das hätte so auf ihn eingewirkt. Er berichtet dann zornig und unter Tränen, daß es wieder der verfluchte Gegner, der einen anzieht, wir wollen doch Frieden. » HPAC, M 835/63, Krankengeschichte, 18 mars 1963.

Ouest. Cette sensation physique qu'il décrit à l'équipe médicale – faite de vibrations et de tremblements – commence de la pointe de son nez pour aller jusqu'à toucher ses « anciennes blessures de guerre ». Né en 1924, Manfred N. a en effet été appelé sous les drapeaux durant le dernier conflit mondial. Les tremblements qu'il ressent, et qu'il attribue – selon une logique de Guerre froide – à l'ennemi de « l'autre côté », vont donc jusqu'à toucher les traces qu'a laissées dans son corps la Seconde Guerre mondiale. Dans la représentation qu'il en a, le corps de Manfred N. se fait ainsi le point de contact entre le présent de la Guerre froide et le passé de la Seconde Guerre mondiale, les tremblements suscités par les signaux émis de l'Ouest venant traverser les blessures de l'ancien soldat de la *Wehrmacht*. Point de contact entre passé et présent, le corps de ce patient se fait également le relais entre l'Ouest et l'Est puisque c'est à travers lui que seraient transmis les signaux en provenance de l'autre côté de la frontière. Le fait de se sentir soumis à l'influence de telles manifestations – qu'il nomme « signal », « signal-radio » ou « ondes aériennes » – suscite chez ce patient non seulement des réactions physiques (tremblements) mais également désespoir et colère. Pour cet homme de 39 ans, le responsable de son mal est clairement identifié, c'est « le satané ennemi », c'est Berlin-Ouest, c'est « l'autre côté » d'où vient la voiture de patrouille à l'origine du signal-radio. Manfred N., qui a travaillé durant plusieurs années à la police populaire, reprend la rhétorique des autorités communistes, soulignant vouloir la paix, à la différence d'un ennemi ayant soif de guerre.

L'Ouest se fait également particulièrement menaçant pour Ursula K., qui effectue un séjour de deux mois en psychiatrie en 1965¹²⁷⁸. D'après le bilan dressé au terme de son séjour, la patiente :

« se sentait poursuivie par une organisation, derrière laquelle elle soupçonnait des ennemis de l'étranger occidental. Elle-même devait être tuée. Dans ce but, sa gazinière aurait été changée, afin qu'il y ait une fuite de gaz. [...] À la télévision on montrait toujours son visage, une main passait dessus, pour signaler qu'elle devait être supprimée. [...] L'enfant âgé de 8 semaines de la patiente aurait fait des bruits étranges, de claquements, pour repousser cette influence, ce qui avait fait penser à la patiente, qu'elle était influencée par des rayons, qui pourraient aussi nuire à l'enfant. »¹²⁷⁹

Fuite de gaz, messages télévisuels, rayons, les menaces venues de l'Ouest prennent

¹²⁷⁸ HPAC, F 709/66.

¹²⁷⁹ « Die Patientin fühlte sich von einer Organisation verfolgt, hinter der sie Feinde des westlichen Auslandes vermutete. Sie selbst sollte getötet werden. Zu diesem Zwecke hatte man ihren Gasherd verändert, so daß es zum Ausströmen des Gases kam. [...] Im Fernsehen zeigte man immer wieder ihr Gesicht, eine Hand fuhr darüberhin, zum Zeichen daß sie ausgelöscht werden solle. [...] Das 8 Wochen alte Kind der Patientin hätte eigenartige, schnalzende Geräusche von sich gegeben, um diese Beeinflussung abzuwehren, wobei die Patientin meinte, durch Strahlen beeinflußt zu werden, die auch dem Kind schaden könnten. » HPAC, 709/66, Epikrise, 21 juin 1965.

différents visages pour Ursula K., qui, d'après les informations contenues dans son dossier, a été confrontée de manière directe à l'idéologie marxiste-léniniste, que ce soit lors de ses études ou durant son activité professionnelle. Membre du SED, la jeune femme a fréquenté les bancs de l'ABF [*Arbeiter-und Bauernfakultät*, Faculté pour ouvriers et paysans], structure de formation mise en place par le parti et qui vise à permettre l'accès des classes ouvrières et paysannes à des études supérieures. Elle poursuit ensuite des études de philosophie, une discipline fortement pénétrée par l'idéologie. Lors de son séjour à la clinique en 1965, elle est assistante à l'Université Humboldt. On retrouve bien les traces de cette assimilation idéologique dans les peurs exprimées par la patiente vis-à-vis de « l'étranger occidental ».

Dans une logique comparable, en septembre 1961, Horst E. dit être la proie d'attaques de gaz de la part de « militaristes ouest-allemands »¹²⁸⁰. D'après le patient, âgé d'une vingtaine d'années et dont le diagnostic fait état d'une « *Angst-Glücks-Psychose* », s'il est la cible de telles attaques, c'est « parce qu'il a la mission d'améliorer encore la vie dans le monde socialiste. C'est pourquoi on devait causer sa perte. Mais des médecins allemands et soviétiques n'auraient pas laissé faire ça et l'auraient par conséquent pris sous leur protection particulière »¹²⁸¹. C'est bien une logique binaire qui caractérise les propos du patient, avec d'un côté, la menace venue de l'Ouest, qui est le fait de « militaristes », et de l'autre, la protection apportée notamment par des médecins issus du Bloc de l'Est. Par ailleurs, selon Horst E., l'enjeu des attaques dont il est l'objet est bien de nature idéologique puisqu'il s'agit de freiner l'avancée du socialisme. La Guerre froide, avec la division du monde qu'elle introduit, avec le combat idéologique qui est au cœur de ses enjeux, imprègne ainsi la peur de ce jeune homme. Pour Horst E., comme pour Gertraude T., Manfred N. ou Ursula K., les tensions inhérentes à la Guerre froide se traduisent bien par des angoisses, qui font de l'Ouest une source de menaces pouvant prendre de multiples formes. Ces peurs qui mettent en jeu des rayons électriques, des voix, des signaux, des ondes aériennes, venus de l'autre côté du Rideau de fer ; ces angoisses qui font intervenir des « militaristes ouest-allemands » ou « des ennemis de l'étranger occidental », peuvent en quelque sorte témoigner d'un processus d'intériorisation du discours tenu par la propagande officielle, qui fait de l'Ouest l'ennemi numéro un. Si les propos sur lesquels nous nous sommes penchés relèvent d'un discours que l'on peut qualifier de délirant, ils témoignent néanmoins d'une réception et d'une certaine appropriation, par les

¹²⁸⁰ HPAC, M 801/63.

¹²⁸¹ « Er sagt, daß das Gas auf ihn geleitet worden sei von den westdeutschen Militaristen aus, weil er die Aufgabe gehabt habe, das Leben in der sozialistischen Welt noch mehr zu verbessern. Deshalb sollte er zugrunde gerichtet werden. Deutsche und sowjetische Ärzte hätten dies aber nicht zulassen wollen und hätten ihn dementsprechend in ihre besondere Obhut genommen. » HPAC, M 801/63, Krankengeschichte, 16 septembre 1961.

patients eux-mêmes, du discours idéologique en vigueur en RDA, dans le contexte de la Guerre froide.

3.2 *L'Ouest comme source d'angoisse*

À la lecture de certains dossiers de patients, on remarque que la menace qui est associée à l'Ouest peut se faire plus indirecte, et suivre une logique différente de celle précédemment exposée. Ici, ce n'est pas tant l'Ouest qui se fait source de dangers mais plutôt la suspicion qui peut frapper, à l'Est, celui qui se fait trop proche du camp occidental, que ce soit par l'écoute de ses médias ou la consommation de ses denrées. La peur du regard des autres, de ce que l'on pourrait penser ou dire, joue ici un rôle central dans les représentations des patients. En témoigne un passage du dossier de la patiente Gertrud E., qui travaille dans une zone de casernement soviétique à Berlin-Est (à Karlshorst), c'est-à-dire dans un lieu où la pression de la Guerre froide se fait particulièrement sentir¹²⁸². Selon le dossier, cette femme de 41 ans, admise à la clinique en février 1961, souffrirait d'une maladie maniaco-dépressive. Voici la manière dont la patiente revient sur la naissance de ses maux :

« Pat. décrit une nouvelle fois le début de sa maladie. Elle travaille comme monteuse [*Filmkleberin*] dans une zone interdite [*Sperrgebiet*] sov.[iétique], s'y sentait contrôlée et observée de manière excessive, avait toujours peur, de dire quelque chose de travers, qu'on pourrait lui reprocher, pensait qu'on lui tendait des pièges au travers de certaines questions, conclut par exemple, quand on lui dit "mais vous avez une jolie veste tricotée", qu'on la soupçonnait, de l'avoir achetée à l'Ouest. Pensait aussi, que son mari, qui est camarade, avait des difficultés dans son entreprise, comme elle n'est pas camarade et a une opinion politique quelque peu différente. »¹²⁸³

On perçoit bien ici dans quelle mesure l'environnement professionnel de la patiente se fait tout particulièrement pesant, et ce d'autant plus que son « opinion politique » ne semble pas exactement correspondre à celle défendue par le parti. Un seul compliment vestimentaire suffit ainsi à éveiller en elle la peur d'être soupçonnée de porter des vêtements venus de l'Ouest, et donc d'être la cible de vives critiques sur son lieu de travail. Dans ces circonstances

¹²⁸² HPAC, F 84/61.

¹²⁸³ « Pat. schildert noch einmal ihren Krankheitsbeginn. Sie arbeitet als Filmkleberin im sowj. Sperrgebiet, fühlte sich hier übermässig kontrolliert und beobachtet, hatte immer Befürchtungen, etwas Falsches zu sagen, was man ihr zur Last legen könnte, meinte, man stellte ihr Fallen durch bestimmte Fragen, entnahm z.B. daraus, dass man ihr sagte "haben Sie aber eine schöne Strickjacke an", dass man sie verdächtigte, diese im Westen eingekauft zu haben. Meinte auch, dass ihr Mann, der Genosse ist, Schwierigkeiten im Betrieb hat und da sie Nichtgenossin sei und eine etwas andere politische Einstellung habe. » HPAC, F 84/61, Krankengeschichte, 23 mars 1961.

particulières, une simple remarque au sujet de sa veste apparaît à Gertrud E. comme un piège visant à mettre en avant ses accointances avec l'ennemi occidental. En lien avec cette peur de la répression, pour éviter tout ennui, Ida E., qui se trouve à la clinique à peu près au même moment que Gertrud E., préfère, quant à elle, ne pas porter le chemisier que sa belle-fille de Berlin-Ouest lui a offert, « parce qu'on dit toujours, qu'on n'a le droit de rien accepter de l'Ouest »¹²⁸⁴. Elle éclate en sanglots quand elle évoque ce sujet. Contrairement aux propos tenus par la patiente, il n'est pas interdit, en RDA, d'accepter des présents venus de l'Ouest, sous réserve qu'ils soient conformes à la réglementation douanière. C'est certainement le manque d'informations précises et fiables à ce sujet qui explique la réaction d' Ida E.. Au sein de la société est-allemande, si les vêtements de l'Ouest permettent de se distinguer¹²⁸⁵, leur port peut ainsi également se faire source d'angoisse du fait de la suspicion qui tombe sur les épaules de celui qui les arbore. Comme en témoigne l'expérience d'Ida E., recevoir des cadeaux en provenance de l'Ouest n'est donc pas toujours perçu comme quelque chose de positif¹²⁸⁶. D'après sa fille, cette femme de 60 ans :

« a désormais une peur particulièrement forte en lien avec l'Ouest. Elle n'ose plus allumer la radio, parce qu'elle a peur de pouvoir mettre une station de l'Ouest par inadvertance, elle ne voudrait plus non plus accepter les fruits et le café de son fils qui habite à Berlin-Ouest. Elle brûle sans les lire les lettres de ses proches venant d'Allemagne de l'Ouest. »¹²⁸⁷

Si l'on s'en tient aux propos de sa fille, tout élément pouvant établir un lien, quel qu'il soit, entre Ida E. et l'Ouest, constitue donc pour elle une source d'angoisse. Lors d'un premier séjour à la clinique, quelques mois plus tôt, elle évoque en effet sa peur qu'on vienne l'arrêter parce que son fils, qui habite de l'autre côté du Rideau de fer, lui apporte parfois du café (comme nombre d'autres denrées alimentaires, le café constitue un produit rare en RDA et donc particulièrement convoité). Cette peur va si loin qu'en mars 1961, Ida E. va jusqu'à casser en deux l'appareil radiophonique, de peur de tomber sur une station de l'Ouest. Cette réaction souligne la présence permanente des médias ouest-allemands dans le paysage

¹²⁸⁴ « So habe sie z.B. von der Schwiegertochter eine Bluse geschenkt bekommen, sie bricht dann in Weinen aus und sagt, daß sie diese Bluse noch nie angehabt habe, weil man doch immer sage, daß man aus dem Westen nichts annehmen solle. » HPAC, F 182/61, Krankengeschichte, Angaben der Patienten, 17 novembre 1960.

¹²⁸⁵ Ina Merkel, *Utopie und Bedürfnis. Die Geschichte der Konsumkultur in der DDR*, Cologne, Weimar, Vienne, Böhlau Verlag, 1999, p. 289.

¹²⁸⁶ Sur les échanges de présents entre les deux Allemagnes, voir : Ina Dietzsch, « Deutsch-deutscher Gabentausch », in Neue Gesellschaft für Bildende Kunst (dir.), *Wunderwirtschaft. DDR-Konsumkultur in den 60er Jahren*, Cologne, Weimar, Vienne, Böhlau Verlag, 1996, p. 204-213.

¹²⁸⁷ « Das habe sich dann wieder soweit gesteigert, daß sie jetzt besonders große Angst im Zusammenhang mit dem Westen habe. Sie traut sich nicht mehr das Radio anzustellen, weil sie Sorge hat, daß sie aus Versehen einen Westsender einstellen könne, auch wolle sie Obst und Kaffee von ihrem in Westberlin wohnenden Sohn nicht mehr annehmen. Brief von ihren Verwandten aus Westdeutschland verbrennt sie ungelesen. » HPAC, F 182/61, Krankengeschichte, 14 novembre 1960 (Wiederaufnahme), Angaben der Tochter.

audiovisuel est-allemand, ce qui constitue bien un « aspect central du "dispositif médiatique" (*Mediendispositiv*) de RDA » pour l'historien Christoph Classen¹²⁸⁸. Si la réception de programmes de l'Ouest est le fait d'une large partie de la population est-allemande, qui ne cesse de croître jusqu'en 1989, les sanctions qui y sont associées ne diminuent quant à elles qu'à partir du début des années 1970¹²⁸⁹, ce qui peut en partie expliquer l'angoisse ressentie par Ida E.. D'après sa plus jeune fille, avec laquelle l'équipe médicale mène un entretien en janvier 1961, c'est une mésaventure datant de 1955 qui a déclenché toutes ces angoisses chez sa mère. Selon ses dires, « depuis qu'elle [Ina E.] avait été réprimandée une fois au point de contrôle (Berlin-Est / Berlin-Ouest), parce qu'elle avait une tablette de chocolat avec elle, elle était devenu si anxieuse à l'égard de tout ce qui venait de l'Ouest. »¹²⁹⁰ Selon sa fille, c'est bien cet événement qui explique les craintes de sa mère.

Dans le cas de la patiente Frieda H., si elle n'a apparemment jamais été prise en faute, l'angoisse éprouvée lors des passages de la frontière semble également avoir laissé des traces¹²⁹¹. En janvier 1962, cette femme de ménage de 47 ans fait une tentative de suicide en se jetant dans la Spree, ce qui entraîne son admission à la clinique. Interrogée sur les raisons d'un tel geste, Frieda H. souligne la responsabilité que porterait sa sœur dans son état dépressif. D'après ses dires, cette dernière, qui habite à Berlin-Ouest :

« a ces derniers temps exigé de plus en plus d'elle et de son fils, qu'ils fassent passer diverses denrées (articles de valeur et denrées alimentaires) vers Berlin-Ouest, ce dont son beau-frère ne savait rien. Elle avait constamment peur d'être découverte lors d'un contrôle [...] »¹²⁹²

Cette mention fait ainsi état d'une circulation clandestine de produits de l'Est vers

¹²⁸⁸ Christoph Classen, « DDR-Medien im Spannungsfeld von Gesellschaft und Politik », in Stefan Wahlmann (dir.), *Wie im Westen, nur anders. Medien in der DDR*, Berlin, Panama Verlag, 2010, p. 385-407, ici p. 404. Plus généralement, sur la radio en RDA, voir : Klaus Arnold, Christoph Classen (dir.), *Zwischen Pop und Propaganda. Radio in der DDR*, Links Verlag, Berlin, 2004. Pour une histoire des médias dans la perspective d'une histoire croisée entre les deux Allemagnes, voir : Axel Schildt, « Zwei Staaten – eine Hörfunk- und Fernsehnation. Überlegungen zur Bedeutung der elektronischen Massenmedien in der Geschichte der Kommunikation zwischen der Bundesrepublik und der DDR », in Arnd Bauernkämper, Martin Sabrow, Bernd Stöver (dir.), *Doppelte Zeitgeschichte. Deutsch-deutsche Beziehungen 1945-1990*, Bonn, Dietz, 1998, p. 58-71.

¹²⁸⁹ Ces sanctions perdent de leur intensité à partir de 1973, après le 9^e congrès du SED, en 1972, au cours duquel Erich Honecker exprime l'avis que chacun pourrait « allumer et éteindre selon son bon plaisir » la télévision ouest-allemande. Christoph Classen, *op. cit.*, p. 400 (cité à partir de R. Geserick, *40 Jahre Presse, Rundfunk und Kommunikationspolitik in der DDR*, Munich, Minerva, 1989, p. 395-396.)

¹²⁹⁰ « Seitdem sie 1955 einmal am Kontrollpunkt (Ost-Westberlin) aufgeschrieben wurde, weil sie eine Tafel Schokolade mit hatte, sei sie so ängstlich geworden gegen alles, was vom Westen käme. » HPAC, F 182/61, Krankengeschichte, 23 janvier 1961, Rücksprache mit der jüngeren Tochter der Patientin.

¹²⁹¹ HPAC, F 470/64.

¹²⁹² « In der Hauptsache habe an ihrem jetzigen depressiven Zustand ihre in Westberlin wohnende Schwester schuld, sie habe in der letzten Zeit immer mehr verlangt von ihr selbst und von ihrem Sohn ihr verschiedene Waren (Wertartikel und Lebensmittel) nach Westberlin zu schaffen, wovon ihr Schwager nichts wußte. Sie befürchtete laufend eine Aufdeckung durch eine Kontrolle [...] » HPAC, F 470/64, Krankengeschichte, 9 février 1964.

l'Ouest. De manière générale, ce sont surtout des produits subventionnés par l'État, certaines denrées alimentaires (comme des légumes issus des jardins de Berlin-Est et de ses environs), des vêtements de travail ou des articles de puériculture qui font l'objet d'un tel trafic¹²⁹³. La concurrence que se livrent les deux États allemands dans le domaine de la consommation se fait ici pleinement jour, empruntant le chemin des réseaux familiaux de part et d'autre du Rideau de fer. Si la circulation clandestine de l'Ouest vers l'Est est plutôt tolérée au sein de la population est-allemande, la fraude en direction de l'Ouest est généralement mal perçue parce qu'elle réduit encore l'offre de produits disponibles en RDA. Jusqu'au 13 août 1961, Frieda H. passait quotidiennement la frontière en tant que *Grenzgängerin* (elle travaillait à Berlin-Ouest) et pouvait ainsi satisfaire assez régulièrement aux demandes de sa sœur. Cependant, cette activité clandestine ne se fait pas sans conséquence pour la principale intéressée qui souligne la peur constante d'être mise à jour. Il est intéressant de souligner que, selon le dossier, ce n'est que quand elle se trouve « seule dans la salle d'hôpital (*Krankensaal*) »¹²⁹⁴, c'est-à-dire sans qu'aucun autre patient ne puisse entendre ses dires, que Frieda H. évoque cette source de peurs. Une autre mention contenue dans le dossier, inscrite à la date du 23 mars 1962, soit un mois et demi plus tard, laisse supposer que la patiente établit un lien direct entre son état de santé et l'angoisse ressentie lors du passage de la frontière. Voici ainsi ce qu'on peut lire à cet endroit :

« (Pensez-vous vraiment maintenant que ce sont les difficultés avec votre fils ou l'histoire avec l'Ouest/l'Est ?) Tout est en ordre avec mon fils. (C'est peut-être la faute de la soeur?) Oui, je pense. (Mais ça fait déjà $\frac{3}{4}$ d'année.) Je ne sais pas. »¹²⁹⁵

Si la retranscription de la première question posée à la patiente reste allusive dans le dossier, on peut supposer qu'elle a pour objet l'état de santé de cette dernière. La réponse apportée par Frieda H. laisse par ailleurs penser que « l'histoire avec l'Ouest/l'Est » joue bien un rôle dans son état dépressif, et ce bien que ses derniers séjours « de l'autre côté » remontent à l'été précédent, c'est-à-dire à presque plus de 7 mois. S'il est impossible de déterminer une seule et unique raison au geste de désespoir de la patiente, différentes mentions dans le dossier soulignent bien la persistance du sentiment d'angoisse qu'elle a ressenti lors de ses passages de la frontière entre Berlin-Est et Berlin-Ouest. Par ailleurs, le fait de se jeter dans la Spree, qui fait en partie office de frontière entre les deux parties de la ville, n'est pas un geste

¹²⁹³ Ina Merkel, *op. cit.*, p. 289.

¹²⁹⁴ HPAC, F 470/64, Krankengeschichte, 9 février 1964.

¹²⁹⁵ « (Meinen Sie nun wirklich, daß es die Schwierigkeiten mit Ihrem Sohn sind oder die Geschichte mit West/Ost?) Mit meinem Sohn ist alles in Ordnung. (Vielleicht hat die Schwester schuld daran?) Ja, ich denke. (Es ist aber schon $\frac{3}{4}$ Jahr her.) Ich weiss es nicht.» HPAC, F 470/64, Krankengeschichte, 24 mars 1962.

anodin. C'est également ce que fait Gertrud Y., le 14 juillet 1961, soit un mois avant la construction du mur de Berlin¹²⁹⁶. Si Ina E. a sauté non loin de la *Ziegelstraße*, Gertrud Y. le fait à quelques centaines de mètres de là, aux abords de la gare de *Friedrichstraße*, qui constitue un point de passage entre l'Est et l'Ouest. Cette tentative de suicide conduit également à une admission à la clinique. Dans le dossier, la retranscription de l'anamnèse commence par ces lignes : « (Pourquoi êtes-vous allé dans l'eau ?) "Je voulais mourir" (?) "Pourquoi est-ce [comme ça] avec l'Est et l'Ouest... je voudrais mourir." »¹²⁹⁷. Dans la suite du dossier, on apprend que cette femme de 59 ans, couturière de profession, a commencé à travailler à Berlin-Ouest en février de la même année et qu'elle « se fait beaucoup de souci » à ce sujet. Une semaine après son admission est mené un nouvel entretien :

« (Principale raison du suicide ?) "Parce que j'ai travaillé de l'autre côté." (?) "J'ai eu des soucis et du chagrin, je n'ai rien à faire avec la douane." (Racontez !) "Je voudrais sortir d'ici." (Pourquoi ?) "Parce que j'ai économisé petit à petit 300 DM." (Qu'est-ce qui vous est passé par la tête dimanche ?)"Que je n'irai plus là-bas." »¹²⁹⁸

La patiente met ainsi en relation le fait d'avoir travaillé à Berlin-Ouest et sa tentative de suicide, tout en niant avoir eu des problèmes lors du passage de la frontière. Se dire qu'elle n'irait plus travailler à l'Ouest l'aurait ainsi poussé à se jeter à l'eau. Dans le bilan du séjour, le médecin conclut à une maladie de type endogène et non réactionnelle (« tentative de suicide par mélancolie » [*Suizidversuch bei Melancholie*]). Voici ce qu'il écrit dans l'épicrose :

« Bien que l'on pourrait penser à des motifs extérieurs pour son comportement (elle a travaillé auparavant à Berlin-Ouest et s'est heurtée à la douane) tout comme certaines tensions conjugales ou pour être plus précis des conflits avec son époux [...], la patiente donne cependant plutôt l'impression d'être atteinte de dépression endogène, dans le sens d'une mélancolie pure. »¹²⁹⁹

Bien qu'il ne privilégie pas cette hypothèse, un conflit qu'elle aurait eu avec la douane alors qu'elle travaillait à Berlin-Ouest apparaît bien au médecin comme un motif tout à fait

¹²⁹⁶ HPAC, F 423/61.

¹²⁹⁷ « (Warum sind Sie ins Wasser gegangen?) "Ich wollte sterben" (?) "Warum ist das mit Ost und West... ich möchte doch sterben". » HPAC, F 423/61, Krankengeschichte, 17 juillet 1961, Angaben der Pat..

¹²⁹⁸ « (Hauptgrund des Suicids?) "Weil ich drüben gearbeitet habe." (?) "Ich hatte Sorge und Kummer, mit dem Zoll habe ich nichts zu tun." (Erzählen Sie!) "Ich möchte, daß ich hier herauskomme." (Weshalb ?) "Weil ich da nicht mehr hingehen werde." » HPAC, F 423/61, Krankengeschichte, 27 juillet 1961, Nachexploration der Pat..

¹²⁹⁹ « Obwohl äußere Anlässe für ihr Verhalten denkbar waren, (sie habe früher in Westberlin als Handnäherin gearbeitet und sei mit dem Zoll kollidiert) sowie gewisse eheliche Spannungen bzw. Konflikte mit dem Ehemann [...] wirkt die Patientin doch mehr endogen depressiv verstimmt, im Sinne einer reinen Melancholie. » HPAC, F 423/61, Epikrise, non daté.

plausible pour expliquer – ne serait-ce qu'en partie – le geste désespéré de la patiente. Jusqu'à la construction du Mur, le passage de la frontière peut ainsi s'avérer une source d'angoisse pour les *Grenzgänger* et autres Berlinois devant se soumettre régulièrement aux contrôles. Ces expériences peuvent laisser des traces, comme c'est manifestement le cas pour les patientes Gertrud Y., Frieda H. et Ida E.. En ce qui concerne cette dernière, la peur ressentie lors d'un contrôle se propage de telle sorte qu'elle en vient à rejeter tout ce qui vient de l'Ouest, de peur de se compromettre. L'Ouest se fait bien ici source d'angoisse, en relation avec les modalités de son accès, ainsi qu'avec les reproches qu'une proximité avec l'ennemi occidental – quelle qu'elle soit – pourrait susciter.

3.3 L'Ouest comme pôle de concurrence

Source de menaces, de peur ou d'angoisse, l'Ouest peut également prendre d'autres visages dans les représentations des patients, qui s'inscrivent alors dans la logique de concurrence entre les deux blocs. Ces derniers peuvent ainsi utiliser la compétition à laquelle se livrent l'Est et l'Ouest, et à une autre échelle, la RDA et la RFA. L'Ouest – en tant qu'ailleurs possible – joue alors le rôle d'un joker que l'on peut sortir pour tenter de renverser la balance, notamment quand on s'adresse à une figure d'autorité, qu'il s'agisse d'un représentant de l'État ou d'un médecin.

C'est la stratégie utilisée par Hans A., qui effectue un court séjour à la clinique en novembre 1960¹³⁰⁰. Il y est adressé par la police après qu'il a tenté de se suicider dans sa cellule. Alors qu'il se trouve en psychiatrie, Hans A. écrit une lettre au Conseil d'État. Cet écrit n'est pas expédié mais « mis au dossier », cette procédure faisant de ce document un élément participant à l'établissement du diagnostic¹³⁰¹. Dans cet écrit, Hans A. revient sur son arrestation par la police, qui a eu lieu quelques jours plus tôt, suite à une bagarre dans un bar. Il se plaint, avec force détails, de la façon dont il a été traité par les forces de l'ordre (*Transportpolizei*) et demande à ce que des poursuites soient engagées à l'encontre des personnes concernées. Si cela n'a pas lieu, le patient menace de déclencher un scandale en s'adressant à la presse de Berlin-Ouest. Il joue ainsi de la logique de Guerre froide, qui pourrait faire de son histoire, s'il la vend aux médias ouest-allemands, une arme à l'encontre de la RDA, en donnant de sa police une image désastreuse. Cette lettre n'est cependant pas envoyée et reste dans son dossier.

On retrouve une logique comparable dans le dossier du patient Johannes A., qui

¹³⁰⁰ HPAC, M 780/60.

¹³⁰¹ HPAC, M 780/60, lettre datée du 7 novembre 1960.

effectue un séjour en psychiatrie à la fin de l'année 1961¹³⁰². Cet homme d'une cinquantaine d'années, menuisier de profession, se bat depuis plusieurs années contre une expertise médicale qui l'a déclaré invalide et donc inapte au travail. Selon son dossier, pour faire réviser cet avis, il s'est tourné vers tous les organes possible, du ministère de la Santé, au Comité Central, en passant par les commissions de plainte (*Beschwerdekommission*) de son district et de son entreprise, en vain. Du fait de cette expertise, Johannes A. se voit fermer la voie du travail, devant se contenter de la rente d'invalidité qui lui est versée. Son admission à la clinique de la Charité vise manifestement à statuer à nouveau sur son sort. Au terme d'un séjour d'environ six semaines, le diagnostic tombe : délire de revendication chez une personnalité lourdement paranoïaque (*Querulantenwahn bei schwerer paranoischer Persönlichkeit*), le patient est à nouveau déclaré inapte au travail. Dans le dossier, on en apprend un peu plus sur l'argumentation utilisée par le patient pour faire valoir ses intérêts, et l'Ouest – en tant que pôle de concurrence – y joue un rôle non négligeable. En septembre 1959, Johannes A. aurait ainsi écrit une lettre au journal *Neues Deutschland* (qui est l'organe de presse du SED), avec pour titre « Comment fait-on d'un travailleur en RDA un actif auditeur de RIAS ? »¹³⁰³. Selon la même logique, il conclut en ces termes une lettre adressée au ministère de la Santé, en date de juin 1961 : « Si le ministère de la Santé de RDA n'est pas en mesure de me protéger de l'arbitraire, en tant que citoyen, et aussi de garantir mes droits, alors je me verrai malheureusement obligé d'en tirer les conséquences »¹³⁰⁴. D'après le dossier, Johannes A. aurait fait une demande pour recevoir des papiers permettant de solliciter une émigration. Les « conséquences » qu'il évoque dans sa lettre ont ainsi certainement trait à un départ de la RDA pour gagner la RFA. Un autre écrit, en date de juin 1961, vient confirmer cette hypothèse. Johannes A. s'y serait en effet dit « décidé à se tourner vers les autorités de Berlin-Ouest pour obtenir soutien et travail », si jamais il n'obtenait pas gain de cause¹³⁰⁵. Dans son argumentation, quand il s'adresse aux instances susceptibles d'accéder à sa demande, Johannes A. n'hésite donc pas à tirer sur les fils de la compétition entre RDA et RFA, agitant le drapeau de l'Ouest quand il désire faire pression sur l'Est.

Bien que Frieda N. détienne quant à elle des papiers d'identité de Berlin-Ouest, elle semble avoir recours à une argumentation comparable, qui met également en avant le pôle de

¹³⁰² HPAC, M 671/61.

¹³⁰³ « Am 1.9.59 schrieb er an das "Neue Deutschland" einen Brief mit der Überschrift "Wir wird ein Arbeiter in der DDR zum aktiven Riashörer erzogen ?" » HPAC, M 671/61, Krankengeschichte, 16 avril 1961.

¹³⁰⁴ « In einem Schreiben an das Ministerium für Gesundheitswesen v. 14.6.61 steht folgender Schlußsatz: "Sollte das Gesundheitsministerium in der DDR nicht in der Lage sein, mich als Staatsbürger vor Willkür zu schützen und auch meine Rechte wahrzunehmen, so sehe ich mich leider gezwungen, die Konsequenzen zu ziehen." » HPAC, M 671/61, Krankengeschichte.

¹³⁰⁵ « In einem anderen Schreiben: "Bin entschlossen, mich andernfalls um Unterstützung und Arbeit an die westberliner Behörden zu wenden." (1.6.61) ». HPAC, M 671/61, Krankengeschichte.

concurrence que constitue l'Ouest pour la RDA¹³⁰⁶. Cette femme de 57 ans est admise à la clinique le 30 mai 1960, elle y a été adressée par les autorités judiciaires (tribunal municipal / *Stadtgericht Groß-Berlin*), afin d'être soumise à une expertise médicale. Ce séjour ne se passe pas pour le mieux, Frieda N. quitte la clinique le 1er juin, contre l'avis médical. D'après un bref courrier adressé par les médecins au tribunal, Frieda N. :

« était très irritée en raison de son séjour à la clinique [...]. Elle apparaissait toujours avec sa carte d'identité à la main et faisait observer qu'elle était de Berlin-Ouest. Lors de l'exploration, elle ne répondit pas du tout aux questions qui lui étaient posées, mais donna des réponses évasives. Quand on le lui fit remarquer, elle devint agressive, expliqua qu'elle ne se laisserait pas traiter ainsi, qu'elle était traitée différemment à Berlin-Ouest et quitta la salle de consultation en protestant et en claquant violemment la porte. »¹³⁰⁷

D'après ce document, dans la façon qu'elle a de se présenter mais également de se défendre face aux médecins, Frieda N. souligne avec force qu'elle vient de l'Ouest, comparant les manières de faire de part et d'autre du Rideau de fer. L'Ouest apparaît à nouveau comme un pôle de concurrence dans le discours tenu par cette patiente, la logique de Guerre froide – faite de compétition – se retrouvant ainsi dans l'interaction entre médecins exerçant à l'Est et patients venant de l'Ouest. Avec la construction du mur de Berlin, en août 1961, ce type d'interaction se fait nettement plus rare, bien qu'on trouve encore la trace, dans les archives de la clinique, de quelques patients issus de l'autre côté du Rideau de fer, en raison de la réputation de la Charité.

Contrairement à ce qu'il peut dire, le patient Wolf-Rüdiger E., dont le diagnostic fait état d'une paraphrénie affective et qui est admis en mars 1965 à la clinique, ne fait pas partie de ces Allemands de l'Ouest venant se faire soigner de l'autre côté du Mur¹³⁰⁸. À la différence de Frieda N., le jeune homme d'une vingtaine d'années réside en RDA. Cependant, face au médecin, il se présente également comme un ressortissant de la RFA, ce qui lui permet de construire une image de sa personne particulièrement flatteuse. Voici quelques extraits de son dossier, qui ont trait à une visite effectuée par le directeur de la clinique, en décembre 1965 :

« Quand lui est demandé comment il va : "En tant que ressortissant de la République fédérale, il faut que je me laisse traiter ainsi... Ma femme et mes enfants disposent de ma fortune...[...]"

¹³⁰⁶ HPAC, F 422/60.

¹³⁰⁷ « Sie war sehr ungehalten über ihren Aufenthalt in der Klinik [...]. Sie erschien immer mit ihrem Ausweis in der Hand und wies darauf hin, daß sie Westberlinerin sei. Bei der Exploration ging sie auf die ihr gestellten Fragen gar nicht ein, sondern gab ausweichende Antworten. Als sie darauf hingewiesen wurde, doch auf die ihr gestellten Fragen zu antworten, wurde sie aggressiv, erklärte, daß sie sich die Behandlung nicht gefallen lasse, in Westberlin würde sie anders behandelt und verließ unter Protest und heftigem Türzuschlagen das Untersuchungszimmer. » HPAC, F 422/60, courrier adressé au Stadtgericht von Groß-Berlin, 1^{er} juin 1960.

¹³⁰⁸ HPAC, M 203/65.

(Déjà été en Allemagne de l'Ouest ?) "Comment ça été, j'ai ma maison et ma villa et ma fortune de l'autre côté." (Déjà été vous-même de l'autre côté ?) "Mais je suis de l'autre côté, j'y habite encore et toujours. ... j'ai un brevet de pilote de l'autre côté, je vole moi-même... je vole jusqu'à Dusseldorf, jusqu'à Francfort et jusqu'à Tempelhof, je peux me le permettre, j'ai bien ma fortune..." [...] (À combien s'élève votre fortune ?) "Vous n'êtes que citoyen de la RDA, vous n'êtes pas citoyen fédéral..."¹³⁰⁹

Si les propos du patient relèvent de l'ordre du délire, puisqu'ils s'éloignent manifestement du sillon de la réalité, il n'en reste pas moins que le fait de se présenter comme un citoyen issu « de l'autre côté » – doté qui plus est d'une fortune inestimable – lui permet de se confronter au médecin, dans le cadre du rapport de forces que peut constituer un entretien médical. S'il se fait ressortissant de la RFA, son interlocuteur est bien désigné comme n'étant « que citoyen de RDA », la logique de compétition entre les deux Allemagnes jouant ici à nouveau à plein. L'Ouest se fait alors synonyme d'opulence et de pouvoir pour ce patient qui, d'après son dossier, « se meut encore et toujours comme un homme d'une importance particulière »¹³¹⁰.

Ainsi, comme le montrent ces quelques dossiers, la manière dont la référence à l'Ouest est utilisée par les patients, avant comme après la construction du mur de Berlin, peut témoigner d'une appropriation de la logique de concurrence inhérente à la Guerre froide. Les patients sont tout à fait conscients de la compétition que se livrent les deux Allemagnes et peuvent l'utiliser pour servir leurs propres intérêts, que ce soit face à l'État de RDA ou au thérapeute de la clinique. Si les relations entre les deux États allemands se caractérisent par un « système de concurrence asymétrique »¹³¹¹, on retrouve donc cette logique à une autre échelle, dans les pratiques des acteurs individuels. L'image de l'Ouest qui y est associée se fait certes bien différente de celle d'un Ouest menaçant, source de peurs et d'angoisses, mais elle témoigne également d'une intériorisation – ainsi que d'une utilisation – des mécanismes de la Guerre froide.

¹³⁰⁹ « Auf Befragen, wie es ihm gehe:"Als Angehöriger der BRD muß ich mich hier so behandeln lassen...über mein Vermögen verfügt meine Frau und meine Kinder...meine Gattin ist profilierte Künstlerin...also brauchen Sie keine Sorgen haben..." (Mal in Westdeutschld. gewesen?) "Was heißt gewesen, ich habe drüben mein Haus und meine Villa und mein Vermögen." (Mal selbst drüben gewesen?) "Ich bin doch von drüben, ich wohne noch immer da." ... Ich habe drüben ein Flugpatent, fliege selbst...ich fliege nach Düsseldorf, nach Frankfurt und nach Tempelhof, ich kann mir das erlauben, ich habe doch mein Vermögen..." [...] (Wie hoch ist Ihr Vermögen?) "Sie sind ja nur DDR-Bürger, Sie sind ja nicht Bundesbürger...". HPAC, M 203/65, Krankengeschichte, Chefvisite, 3 décembre 1965.

¹³¹⁰ « Patient bewegt sich immer noch wie ein Mann von besonderer Bedeutung. » HPAC, M 203/65, Krankengeschichte, 14 janvier 1966.

¹³¹¹ Arnd Bauerkämper, Martin Sabrow, Bernd Stöver, *op. cit.*, p. 12.

3.4 L'Ouest, un « ailleurs possible »

Si l'Ouest peut prendre plusieurs visages dans les dossiers de patients de la clinique, de la menace au pôle de concurrence, il prend le plus souvent la forme d'un « ailleurs possible », où les patients désirent se rendre, où l'on soupçonne les patients de vouloir aller, où les proches des patients se trouvent. Le thème du départ vers l'Ouest – quelle que soit la forme qu'il puisse prendre, quel que soit l'individu concerné, quel que soit son rapport avec l'état de santé du patient – traverse ainsi nombre de dossiers. Dans un contexte où le départ illégal du territoire – ainsi que sa préparation – constitue un délit à part entière, qui peut faire encourir à son auteur jusqu'à trois ans de prison¹³¹², le possibilité d'évoquer, ne serait-ce qu'à demi-mots et en-dehors du cercle privé, ce sujet ô combien sensible, constitue une exception en RDA. Et ce d'autant plus que cette prise de parole, qui se fait dans l'interaction entre le patient et le thérapeute, laisse des traces écrites dans le dossier médical.

3.4.1 Un départ pour l'Ouest

Dans le dossier du patient Jürgen K., on retrouve des traces de ce type¹³¹³. Ce jeune homme de 17 ans effectue un séjour en psychiatrie entre mars et juin 1960. Il a été précédemment hospitalisé à l'hôpital Wuhlgarten (Berlin-Biesdorf) et l'on retrouve des extraits de son précédent dossier médical dans celui de la Charité. Quand un patient est adressé à la clinique, et s'il présente un « passé psychiatrique », il est souvent accompagné de son précédent dossier, qui le suit donc dans sa « carrière institutionnelle »¹³¹⁴. La *Krankengeschichte* du patient, admis à la Charité, peut alors contenir des extraits plus ou moins longs de précédentes *Krankengeschichten*, relatives à des séjours effectués précédemment. C'est le cas du patient Jürgen K., puisqu'on peut lire, dans son dossier, la retranscription d'une exploration menée à Wuhlgarten le 24 février 1960, soit deux semaines avant son admission à la Charité. En voici un extrait :

« Il a ensuite à nouveau travaillé dans les travaux publics, jusqu'à la fin septembre 1959. Là il y a toujours eu du grabuge. Ensuite j'ai démissionné le 1er octobre. (Pourquoi ?) Pourquoi j'ai démissionné ? C'est le point sensible pour ainsi dire...quand j'en ai fini avec ma maison... (alors vous partez ?) Oui !!! (Vous voulez vous y préparer ?) Quand on vit seul, on n'a pas besoin de

¹³¹² Voir la loi en date du 11 décembre 1957 à ce sujet (*Gesetz zur Veränderung des Passgesetzes der DDR*). Plus largement, sur les émigrations illégales de RDA ou « fuites de la République », voir : Damian Van Melis, Henrik Bispinck, « *Republikflucht* ». *Flucht und Abwanderung aus der SBZ/DDR 1945 bis 1961*, Munich, Oldenbourg Verlag, 2006.

¹³¹³ HPAC, M 149/60.

¹³¹⁴ Erving Goffman, *Asiles...*, *op. cit.*.

tant que ça d'argent. J'ai jamais fait un mystère d'où je voulais aller. De l'autre côté se trouve tout ce qui tombe sous le coup du capitalisme. (Mais à l'encontre de la loi !) Les lois ne m'ont pas épargné, je ne vais pas épargner non plus les lois. Je connais tant de monde. Si je m'adresse à eux, je recevrai certainement de l'aide. Apprendre un peu... (Langues ?) Pourquoi des langues ? On s'en sort avec une langue. Oui, l'allemand ! »¹³¹⁵

D'après cet extrait, lors de l'échange qu'il a avec le thérapeute de Wuhlgarten, le patient aborde ainsi plutôt ouvertement son projet de quitter le territoire de la RDA pour gagner « l'autre côté » (*drüben*), à savoir « l'Ouest capitaliste ». On apprend également dans le dossier que le jeune homme est un auditeur de la radio de Berlin-Ouest (RIAS), ce qui provoque des tensions avec son beau-père, lui-même officier de police. Lors d'une dispute à ce sujet, ce dernier va même jusqu'à détruire l'appareil radio de son beau-fils. Quant à la mère du jeune homme, elle travaille avec les jeunes rapatriés (*Rückkehrer*), c'est-à-dire ceux qui reviennent de l'Ouest¹³¹⁶. On peut supposer qu'elle désapprouve, tout comme son mari, l'écoute assidue des médias ouest-allemands par son fils, et ce d'autant plus que les deux époux sont manifestement membres du SED. Lors des entretiens menés avec la mère de Jürgen K., que ce soit à Wuhlgarten ou à la Charité, si cette dernière évoque le souhait de son fils de quitter la RDA, elle donne comme destination non pas l'Allemagne de l'Ouest mais « vraisemblablement Cuba » ou alors « l'Amérique du Sud », précisant que Jürgen K. apprend l'espagnol dans cette perspective¹³¹⁷. Ses propos ne correspondent pas à ceux tenus par son fils face au thérapeute de Wuhlgarten, selon lesquels il n'a pas besoin d'apprendre une langue étrangère puisque, là où il ira, il s'en sortira très bien avec l'allemand. Le fils semble donc plutôt pencher pour une émigration en direction de la RFA, un choix qu'il a peut-être tu à sa mère ou bien alors que cette dernière ne souhaite pas révéler au médecin, préférant donner un pays socialiste comme Cuba comme choix de destination pour son fils. Quoiqu'il en soit, on ne peut que souligner la liberté de ton avec laquelle ce dernier s'ouvre au thérapeute, n'hésitant pas à faire part d'un projet d'émigration, qui va bien, comme le souligne son

¹³¹⁵ « Er habe dann wieder beim Tiefbau gearbeitet, bis Ende Sept. 1959. Da hat immer Krach gegeben. Dann habe ich gekündigt zum 1.10. (Warum?) Warum hab ich gekündigt? Praktisch ist das jeder wunde Punkt ...wenn ich fertig bin mit meinem Zuhause... (dann weg?) Ja!!! (Sie wollen sich darauf vorbereiten?) Wenn man allein lebt, braucht man nicht so viel Geld. Hab nie Hehl daraus gemacht, wo ich hin wollte. Drüben ist alles, was unter den Kapitalismus fällt. (Aber gegen das Gesetz!) Gesetze haben mich nicht geschont, ich werde Gesetze auch nicht schonen. Ich kenn so viele Leute. Wenn ich die angehe, kriege ich bestimmt Hilfe. Bißchen lernen... (Sprachen?) Warum Sprachen? Man kommt mit einer Sprache aus. Ja, Deutsch! » HPAC, M 149/60, Krankengeschichte, Abschrift aus dem Krankenblatt Krankenhaus Wuhlgarten, Berlin-Biesdorf, 24 février 1960.

¹³¹⁶ Voir à ce sujet : Bernd Stöver, *Zuflucht DDR. Spione und andere Übersiedler*, Munich, C.H. Beck, 2009 ; Andrea Schmelz, *Migration und Politik im geteilten Deutschland während des Kalten Krieges. Die West-Ost-Migration in die DDR in den 1950er und 1960er Jahren*, Opladen, Leske + Budrich, 2002.

¹³¹⁷ HPAC, M 149/60, Krankengeschichte, Abschrift aus dem Krankenblatt Krankenhaus Wuhlgarten, Berlin-Biesdorf, 24 février 1960, Angaben der Mutter / Krankengeschichte, 4 avril 1960, Exploration der Mutter.

interlocuteur, « à l'encontre de la loi ». En effet, depuis 1957, le simple fait de préparer une émigration illégale vers l'Ouest tombe sous le coup de la loi en tant que délit à part entière. Si le médecin rappelle au patient le caractère délictueux de son projet, si cet échange laisse des traces écrites dans le dossier médical de Jürgen K., tout ceci ne semble pas avoir de conséquences pour le patient, tout au moins sur le plan judiciaire. Le médecin ne fait manifestement pas part aux autorités des projets du jeune patient, qui est adressé à la Charité environ deux semaines après cet échange, sans que l'on ne puisse trouver la trace dans son dossier d'une quelconque poursuite judiciaire. Ce faisant, le médecin enfreint la loi. En effet, en RDA comme en RFA, la « non divulgation d'un projet, d'une préparation ou de l'exécution d'un crime avant son terme » est passible d'une peine de prison pour les médecins incriminés, qui peut aller jusqu'à 10 ans pour les cas les plus graves¹³¹⁸. Le secret médical doit ainsi être rompu, dans la mesure où il s'agit d'empêcher une action criminelle. Or, en RDA, cette obligation recouvre également des délits politiques, comme la préparation d'un « franchissement illégal de la frontière ». Si l'on s'en tient à la législation en vigueur en RDA, un médecin ayant eu vent de tels projets de la bouche d'un patient est tenu par la loi d'en faire part aux autorités, sous peine d'encourir une peine de prison. Cependant, quand on se penche sur la suite du dossier, il semble peu probable que la thérapeute ait entrepris une telle démarche après avoir recueilli la parole du patient. Deux semaines plus tard, ce dernier est ainsi adressé à la Charité, où il reste deux mois. De manière générale, dans des cas comme celui de Jürgen K., il est impossible d'affirmer avec certitude que les propos tenus par le patient, et retranscrits dans le dossier, ne lui portent pas directement atteinte. Pour ce faire, il faudrait prouver, de manière irréfutable, l'absence d'une procédure de surveillance le concernant, et donc avoir accès à son éventuel dossier personnel, au sein des archives de la BStU. Or, les règles régissant l'utilisation des archives psychiatriques (au centre desquelles se trouve l'anonymisation des dossiers de patients), ainsi que celles régissant l'utilisation des dossiers personnels de la *Stasi*, ne permettent pas d'effectuer une telle recherche. À ce sujet, les travaux de l'historienne Francesca Weil montrent qu'un nombre non négligeable de médecins collaborant pour la *Stasi* ont délivré des informations sur leurs patients, qui pouvaient notamment porter sur des projets de départs vers l'Ouest¹³¹⁹. Comme nous l'avons évoqué précédemment, selon son étude (effectuée à partir d'un corpus de 493 médecins-IM), ce sont 28% des médecins-IM qui brisent ainsi le secret médical; Sonja Süß quant à elle avance le chiffre de 42,5% (à partir d'un corpus de 127 médecins-IM)¹³²⁰. Rappelons

¹³¹⁸ Voir à ce sujet : Sonja Süß, *op. cit.*, p. 257 ; Francesca Weil, *op. cit.*, p. 186 et suivantes.

¹³¹⁹ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 193-194.

¹³²⁰ Francesca Weil, *op. cit.*, p. 186-188 ; Sonja Süß, *op. cit.*, p. 273.

cependant que les médecins travaillant pour la Stasi représentent une minorité au sein du corps médical (entre 3 et 5%), et que si les psychiatres y sont surreprésentés, les recrutements ont lieu principalement à partir des années 1970, c'est-à-dire après la période que nous étudions. Si l'on s'en tient aux chiffres, il semble ainsi nettement plus probable que le thérapeute de Wuhlgarten tout comme celui de la Charité aient agi comme la grande majorité de leurs collègues, et n'aient pas fait part aux autorités des projets d'émigration du jeune Jürgen K.. Plusieurs éléments viennent corroborer cette hypothèse. Tout d'abord, comme nous avons pu le préciser précédemment, tout porte à croire qu'au cours des années 1960, au sein de la clinique, un seul et unique médecin travaille pour les services de la *Stasi*, délivrant des informations portant majoritairement sur ses collègues mais également, de manière plus ponctuelle, sur les patients. Les rapports qu'il fournit ne contiennent cependant aucun renseignement concernant un quelconque projet d'émigration de la part d'un patient¹³²¹. Si la violation du secret médical ne va pas nécessairement de pair avec la collaboration avec la police politique, les IM, de part leur fonction, restent cependant nettement plus susceptibles de délivrer de telles informations que leurs collègues. Dans ce cas précis, on ne trouve pas de dénonciation de cette nature dans le dossier de l'informateur secret Mertens. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà précisé, rien dans le dossier médical de Jürgen K. ne laisse apparaître une quelconque immixtion de la *Stasi* dans la vie de ce jeune homme, tout au moins jusqu'à sa sortie de la clinique en mai 1960. Quand il s'agit de prouver l'absence de conséquences négatives pour le patient, le dossier médical reste la preuve la plus solide, notamment dans le cas où des hospitalisations ont eu lieu ultérieurement, ce qui permet de constater qu'aucune procédure judiciaire n'a été mise en place du fait de propos tenus dans le cadre d'un séjour à la clinique. C'est bien l'impression que donnent les dossiers que nous avons consultés. Dans le cas du patient Jürgen K. comme des autres, ce qui semble « autoriser » à la fois cette prise de parole – allant à l'encontre de la loi – mais également sa retranscription dans le dossier, c'est bien le fait que Jürgen K. soit perçu comme un patient de psychiatrie, au sujet duquel il s'agit de poser un diagnostic. Au-delà du respect du secret médical, le principe de « circularité diagnostique » explique cette relative liberté de ton, dont on trouve la trace dans le dossier. Finalement, ce qui libère la parole du patient et permet sa mise par écrit, c'est manifestement le diagnostic que l'on pose sur lui. Si Jürgen K. peut évoquer ses projets de départ, sans qu'on ne lui en tienne apparemment rigueur, si ses propos peuvent être mis par écrit puis transférés dans son dossier à la Charité, sans qu'il ne soit inquiété par la loi, c'est parce qu'ils sont autant d'éléments permettant d'aboutir au diagnostic

¹³²¹ BStU, MfS AIM 6892 / 62.

de sortie, faisant état d'une « évolution paranoïaque ».

Tout comme Jürgen K. à Wuhlgarten, Joseph H. fait part de son désir de franchir définitivement le Rideau de fer, au terme de son séjour à la Charité, au début de l'année 1961¹³²². Voici ainsi la dernière mention de la *Krankengeschichte* de son dossier, qui apparaît à la date du 27 février 1961, juste avant l'inscription de son diagnostic de sortie :

« Lors de la dernière exploration, il [nous] informe qu'il voudrait aller en Allemagne de l'Ouest à la fin de l'année. Il ne va en aucun cas "fuir comme un criminel", mais déposer officiellement une demande, puisque dans la Constitution est écrit que chaque Allemand peut choisir son lieu de travail et de résidence. »¹³²³

À nouveau, le thème du départ vers l'Ouest est ouvertement évoqué par le patient et retranscrit dans le dossier. Mineur de 47 ans, Joseph H. a déjà effectué un séjour précédent à la Charité, au terme duquel les médecins ont conclu que le patient ne pouvait pas prétendre à une pension d'invalidité, en lien avec l'accident de travail dont il a été victime deux ans auparavant. Les maux dont se plaint Joseph H. seraient ainsi essentiellement dus aux « traits de [sa] personnalité »¹³²⁴. Ce second séjour à la clinique, qu'il effectue au sein du service de psychothérapie, a donc pour objectif de guérir le patient au moyen de la thérapie individualisée. Joseph H. fait cependant preuve de résistance, et il lui est rapidement accolé le qualificatif de « paranoïaque ». Quant à la thérapie individualisée, il la désigne comme une « thérapie de torture » (*Foltertherapie*)¹³²⁵. Environ un mois après son admission, le patient demande à sortir de la clinique, qu'il quitte à la fin du mois de février 1961. Le diagnostic de sortie fait état d'une « réaction hypochondriaque chez un psychopathe lourdement paranoïaque » (*hypochondrische Reaktion bei einem schwer paranoischen Psychopathen*). D'après Leonhard, si une « personnalité accentuée » se caractérise par l'accentuation d'un trait de la personnalité, dans le cas d'un « psychopathe », cette accentuation prend une forme extrême, qui met souvent en péril non seulement l'équilibre de l'individu lui-même mais également « ses relations avec l'environnement »¹³²⁶. Karl Leonhard souligne également que les « personnalités accentuées » doivent être comprises « dans le cadre du normal »¹³²⁷, sous-entendant par là-même l'appartenance des « psychopathes » à la sphère du pathologique. Le

¹³²² HPAC, M 78/61.

¹³²³ « Bei der letzten Exploration berichtet er, daß er Ende d. Js. nach Westdeutschlan[d] gehen möchte. Er werde auf keinen Fall "flüchten wie ein Verbrecher", sondern offiziell einen Antrag stellen, denn in der Verfassung stehe, daß jeder Deutsche sich seinen Wohn- und Arbeitsplatz aussuchen könne. » HPAC, M 78/61, *Krankengeschichte*, 27 février 1961.

¹³²⁴ HPAC, M 78/61, *Krankengeschichte*, E.[igene] A.[namnese].

¹³²⁵ HPAC, M 78/61, *Krankengeschichte*, 25 février 1961, Vorstellung bei Herrn Prof. L..

¹³²⁶ Karl Leonhard (et al.), *Normale...*, *op. cit.*, p. 12-13.

¹³²⁷ *Ibid.*, p. 12.

diagnostic qui est posé sur Joseph H. se fait ainsi particulièrement lourd. D'après un manuel allemand contemporain, les psychopathes sont définis comme « des personnalités anormales, qui souffrent de leur anormalité ou dont l'anormalité fait souffrir la société », des « personnalités qui [...] ont des difficultés à s'intégrer à la société, en conséquence de quoi ils échouent, ce dont ils souffrent, mais qui peuvent aussi perturber la communauté ou plus particulièrement les intérêts de la communauté »¹³²⁸. Les difficultés entretenues avec « l'environnement » ou « la communauté » constituent ainsi un élément important dans l'établissement du diagnostic posé sur Joseph H., qui, s'il souhaite quitter la clinique, souhaite également quitter la société socialiste pour gagner l'Allemagne de l'Ouest.

Or, jusqu'à sa dernière mention, la *Krankengeschichte* de ce patient renferme des éléments qui peuvent en partie expliquer son choix de se tourner vers l'Ouest, reflétant certaines des contradictions qui traversent la société de RDA. Premièrement, si Joseph H. est un « vieux communiste », il n'a cependant jamais adhéré au SED. Il a entamé par deux fois une procédure d'adhésion, mais y a rapidement mis fin, « parce que des mesures internes à l'entreprise l'avaient énervé »¹³²⁹. L'ancien membre du KPD, né en 1913, ne se reconnaît manifestement pas dans le nouveau parti censé représenter la classe des travailleurs, et qui influence fortement la vie de l'entreprise. Selon ses dires, c'est parce qu'il n'est pas « fiable sur le plan politique »¹³³⁰, qu'il n'a jamais pu obtenir de promotion et devenir contremaître, et ce bien qu'il ait travaillé dans cette entreprise depuis son retour des prisons soviétiques, en 1948. Par ailleurs, si cet ouvrier du charbon a toujours fait preuve d'un grand zèle dans son travail – dépassant largement la norme fixée – , il n'a jamais eu l'honneur d'être nommé comme « activiste », ce qui l'a particulièrement blessé. Bien que son nom ait été proposé à cinq reprises par le personnel, la direction a en effet toujours refusé de décerner ce titre à celui dont les performances souterraines lui ont pourtant valu le surnom de « campagnol » (*Wühlmaus*). Les relations qu'entretient ce travailleur avec la direction sont manifestement tendues. Joseph H. a même été jusqu'à se tourner vers Walter Ulbricht pour dénoncer des conditions de travail, qui, d'après lui, ne seraient « pas mieux qu'en Allemagne de l'Ouest » et au sein desquelles « les travailleurs se sentent exploités »¹³³¹. Au-delà de l'allusion à l'Allemagne de l'Ouest, le recours au thème de l'exploitation de la classe ouvrière souligne à nouveau le capital politique de cet homme, qui appartient à la première génération de communistes, formée par le combat

¹³²⁸ « Abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet (K. SCHNEIDER). [...] Persönlichkeiten, die [...] Schwierigkeiten haben, sich der Gemeinschaft einzufügen, und infolgedessen versagen und dadurch leiden, aber auch die Gemeinschaft bzw. die Interessen der Gemeinschaft stören können (E. KAHN, 1931). » Claus Haring, Karl Heinz Leickert, *op. cit.*, p. 480.

¹³²⁹ HPAC, M 78/61, Krankengeschichte, Zur Persönlichkeit.

¹³³⁰ HPAC, M 78/61, Krankengeschichte, 29 janvier 1961, Nachexploration.

¹³³¹ HPAC, M 78/61, Krankengeschichte, 29 janvier 1961, Nachexploration.

antifasciste. Avoir des tensions avec la hiérarchie n'est ainsi pas une nouvelle expérience pour le mineur, dont les propos antinazis lui ont valu les foudres de ses supérieurs, alors qu'il servait comme soldat au sein de la *Wehrmacht*¹³³². Si l'on suit la terminologie proposée par l'historien Michel Christian, on pourrait qualifier le capital politique de Joseph H. de capital politique *militant*, dans la mesure où la légitimité qu'il tire de son parcours personnel est « fondée sur une expérience personnelle spécifique, inscrite dans sa biographie et faite de dévouement et d'épreuves »¹³³³. On retrouve également chez cet homme un certain « habitus protestataire », caractéristique de ces « militants d'ancienne date, dont la capacité et l'inclination à critiquer et à remettre en question l'ordre dominant demeurent la disposition principale ». Si « la domestication de ce groupe de militants »¹³³⁴ constitue un enjeu-clé pour le régime est-allemand dans les années 1950, Joseph H. ne se plie pas aux nouvelles règles. En ce qui le concerne, « le processus de conversion du capital politique *militant* en un capital politique *d'appareil* »¹³³⁵ – qui fait de la discipline partisane la disposition la plus importante – n'a pas eu lieu, puisqu'il refuse d'adhérer au SED, et continue à se faire porteur des revendications ouvrières. Au terme de son séjour à la clinique, ce « vieux communiste » va même jusqu'à émettre le souhait de quitter la RDA pour la RFA. Il convient de souligner qu'il s'appuie alors sur la Constitution est-allemande, refusant de « fuir comme un criminel ». L'article 10 de la Constitution de 1949 garantit bien à chaque citoyen le droit d'émigrer, tout en précisant que « [l'exercice de] ce droit ne peut être limité que par la loi de la République »¹³³⁶. Or, dans les années qui ont suivi la promulgation de la Constitution, le gouvernement de RDA n'a eu de cesse de restreindre ce droit fondamental, jusqu'à en faire un délit à part entière¹³³⁷. Le souhait exprimé par Joseph H., qui ne demande finalement qu'à faire valoir son droit, souligne ainsi avec force l'une des contradictions les plus flagrantes sur laquelle repose la politique menée par les autorités de RDA. Cette politique de restriction de la liberté de circulation vide de son sens l'un des articles d'une Constitution censée fonder l'État est-allemand. Face au souhait formulé par le patient, il est difficile d'évaluer la réaction de son interlocuteur, le dossier restant muet à ce sujet. Cependant, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle les propos tenus par Joseph H. concernant son désir de quitter la RDA, citant la

¹³³² HPAC, M 78/61, Krankengeschichte, Zur Persönlichkeit.

¹³³³ Michel Christian, « "Le camarade J. ne veut pas reconnaître qu'il doit se corriger". Réflexion sur la domination comme pratique sociale dans le parti communiste est-allemand », in Emmanuel Droit et Pierre Karila-Cohen (dir.), *Qu'est-ce que l'autorité ? Études historiques (XIX^e-XX^e siècles)*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, à paraître.

¹³³⁴ *Ibid.*

¹³³⁵ *Ibid.*

¹³³⁶ « Jeder Bürger ist berechtigt, auszuwandern. Dieses Recht kann nur durch Gesetz der Republik beschränkt werden. » Article 10 de la Constitution de RDA (7 octobre 1949).

¹³³⁷ L'article faisant valoir ce droit disparaît dans la Constitution de 1968.

Constitution de 1949, sont perçus comme autant de preuves supplémentaires du caractère paranoïaque et revendicateur de sa personnalité psychopathe.

À la différence du souhait émis par Joseph H., les stratégies évoqués par le patient Jörg E. pour passer à l'Ouest sont bien loin de suivre la voie légale¹³³⁸. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le dossier de ce jeune homme d'une vingtaine d'années, admis en psychothérapie au début de l'année 1965 :

« Après la mort de sa mère, il fut encore plus indifférent à beaucoup de choses. Pour se libérer de sa mauvaise situation, il réfléchit à se rendre d'une manière ou d'une autre en Allemagne de l'Ouest. Il se procura à Leipzig un plan des égouts et canaux (canaux principaux) de Berlin et essaya de l'intégrer au plan de la ville¹³³⁹. Puis il eut aussi l'idée de passer de l'autre côté avec un appareil de plongée et une boussole sous-marine, au-dessus d'une ligne à haute tension, un câble d'un câble souterrain. Après la mort de sa mère, il fut encore plus indifférent à tout. »¹³⁴⁰

Ici, c'est bien d'un projet de « fuite de la République » dont il est question, et qui est donc passible d'une condamnation judiciaire. Lors de l'entretien mené avec le thérapeute de la clinique, Jörg E. semble ainsi se sentir suffisamment en confiance pour évoquer, avec force détails, les projets qui ont été les siens, et ce sans que cela ne lui porte manifestement atteinte. Le secret médical mais également la logique de « circularité diagnostique » permettent ainsi d'offrir une certaine liberté de ton au jeune homme, dont le diagnostic oscille, au terme de son séjour, entre hébéphrénie et cataphasie. Ce sont vraisemblablement les mêmes principes qui font que l'épouse du patient Günter N. puisse évoquer, lors d'une visite de contrôle à la clinique en janvier 1961, les préparatifs engagés par son mari en vue d'une « fuite de la République »¹³⁴¹. Quant au patient Walter F., dont le diagnostic fait état, d'après la couverture de son dossier, d'une « homosexualité »¹³⁴², on peut lire dans son dossier qu'il « présente des tendances à la *Republikflucht*, toutefois fortement colorées par l'émotion »¹³⁴³. À nouveau, ce

¹³³⁸ HPAC, M 444/65.

¹³³⁹ Peu de temps après la construction du mur de Berlin, les canalisations de Berlin ont en effet permis à plusieurs personnes de gagner l'Ouest. Manfred Gehrmann, *Die Überwindung des « Eisernen Vorhangs ». Die Abwanderung aus der DDR in die BRD und nach West-Berlin als innerdeutsches Migranten-Netzwerk*, Berlin, Links, 2009, p. 102-103.

¹³⁴⁰ « Nach dem Tode der Mutter wurde ihm Vieles gleichgültiger. Zur Befreiung aus seiner mießlichen Lage machte er sich Gedanken, irgendwie nach West-[D]eutschland zu kommen. Er suchte sich in Leipzig einen Plan der Berliner Abwässer und Ka[n]äle aus und versuchte, ihn in den Stadtplan mit hineinzuproduzieren. Dann dachte er, auch mit einem Sporttauchgerät und einem Unterwasserkompaß, über eine Hochspannungsleitung, ein Kabel des Erdkabels, nach drüben zu kommen. Nach dem Tod der Mutter wurde ihm alles gleichgültiger. » HPAC, M 444/65, Krankengeschichte, 6 janvier 1965, Anamnese nach Angaben des Patienten.

¹³⁴¹ HPAC, M 822/60, Krankengeschichte, Kontrolluntersuchung am 12.1.61.

¹³⁴² L'homosexualité est bien considérée comme une maladie mentale. Ce n'est qu'en 1990 que l'homosexualité est supprimée de la liste des maladies publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

¹³⁴³ « Er läßt auch Republikfluchtendenzen, allerdings stark vom Affekt getönt, erkennen. » HPAC, M 253/65,

sujet particulièrement sensible peut ainsi être évoqué dans l'interaction avec le thérapeute, et laisser des traces dans le dossier médical, sans que cela n'ait manifestement de conséquences négatives pour le patient.

3.4.2 L'Ouest à proximité

Dans les dossiers précédemment évoqués, l'Ouest apparaît bien comme un « ailleurs possible », une destination vers laquelle on peut se projeter, et qui pourrait permettre d'échapper aux problèmes, angoisses, déceptions auxquels sont confrontés les patients de l'autre côté du Rideau de fer, qu'ils aient un lien ou non avec le contexte politique de la RDA. Dans ces dossiers, l'Ouest semble cependant rester à l'état de virtualité, en tant qu'alternative potentielle à une situation présente. À ce sujet, il convient cependant de rappeler une caractéristique de la clinique qui donne à l'Ouest un caractère plus concret pour les patients qui y séjournent. Il s'agit de sa localisation géographique. Comme nous l'avons précisé précédemment, la clinique se trouve – au sein du complexe hospitalier de la Charité – littéralement au bord de la zone-frontière qui sépare les deux parties de la ville. Si les patients de la clinique peuvent être exposés aux bruits de l'Ouest (comme c'est le cas pour le patient Manfred N.), ils peuvent également le voir, à partir de certaines fenêtres du bâtiment. En témoigne une lettre écrite par la patiente Ingrid R. à ses parents, en date du 24 mars 1966, lettre que l'on retrouve dans son dossier¹³⁴⁴. Elle se termine par ces lignes :

« De mon lit je vois loin vers l'Ouest, on peut bien observer la circulation, maintenant j'ai vraiment conscience de la faute que j'ai faite, de ne pas être restée de l'autre côté, quand on a une telle vue et qu'on voit avec quelle liberté les personnes peuvent se déplacer à l'Ouest. »¹³⁴⁵

De la fenêtre de la chambre qu'elle occupe au sein du service de psychiatrie n°6, Ingrid R. peut ainsi observer l'Ouest, au-delà du Mur et de la zone-frontière. D'après cet écrit, cette femme, qui entend des voix depuis 1965, a séjourné « de l'autre côté » en 1957 et regrette désormais son choix d'être rentrée en RDA. Un passage du dossier de la patiente Gisela N. laisse également penser que Berlin-Ouest peut être à portée de vue de certains patients¹³⁴⁶. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans son dossier à la date du 8 février 1967, jour de sa réadmission à la clinique : « Pat. se lève à nouveau, va à la fenêtre : "J'ai habité là de l'autre

Krankengeschichte, 2 avril 1965, Vorstellung bei Herrn Prof. Dr. Leonhard.

¹³⁴⁴ HPAC, F 202/66.

¹³⁴⁵ « Von meinem Bett aus sehe ich weit in den Westen hinein, den Verkehr kann man gut beobachten, jetzt kommt es mir es richtig zum Bewusstsein welchen Fehler ich gemacht, daß ich nicht drüben geblieben bin, wenn man so rüber schaut, u., sieht wie frei sich die Menschen im Westen bewegen können. » HPAC, F 202/66, lettre du 24 mars 1966.

¹³⁴⁶ HPAC, F 369/68.

côté", montre en direction de Berlin-Ouest, recommence à sangloter. »¹³⁴⁷. Il est intéressant de noter que Gisela N. se trouve alors dans le même service qu'Ingrid R. (service de psychiatrie pour femmes n°6). Dans ce service, les fenêtres de certaines chambres ainsi que celle de la salle de consultation laissent ainsi deviner – sinon voir – ce qui se passe de l'autre côté du Rideau de fer. Contrairement à l'aile abritant le service de psychothérapie, celle au sein de laquelle se trouvent les services de psychiatrie est en effet tournée vers la frontière et donc vers Berlin-Ouest¹³⁴⁸. S'il fait partie du « champ des représentations » des patients, l'Ouest peut ainsi également faire partie de leur champ de vision, du fait de la localisation géographique particulière de la clinique.

Aux yeux des médecins, cette proximité géographique avec la frontière peut interférer avec le bon déroulement de la thérapie. C'est notamment ce que montre le dossier de la patiente Erika S., admise en janvier 1966 suite à une tentative de suicide¹³⁴⁹. D'après son dossier, deux raisons justifient un transfert de la patiente vers l'hôpital de Schwerin-Sachsenberg : premièrement, la jeune femme y serait plus près de chez elle, et deuxièmement, au sein de cet hôpital, elle n'aurait pas « constamment la frontière sous les yeux »¹³⁵⁰. La visibilité de la frontière est ici avancée, par l'équipe médicale, comme un élément venant entraver le processus de guérison de cette patiente qui séjourne également au sein du service de psychiatrie pour femmes n°6. L'histoire d'Erika S. peut expliquer cette mention, plutôt surprenante au premier abord. Cette jeune enseignante de 26 ans est admise à la clinique le 29 janvier 1966, après qu'elle a tenté de mettre fin à ses jours en se jetant dans la Spree, toute habillée, le matin-même, à 6h30 du matin. Selon le dossier, la veille au soir, Erika S. s'est rendue en train à Berlin, de Matzlow (localité du nord de la RDA) où elle réside, avec pour projet de quitter la RDA. N'ayant pas rencontré la personne qui devait manifestement l'aider à passer la frontière, et ne voulant pas rentrer chez elle, elle décide de se jeter à l'eau. D'après ses dires, si la jeune femme désire tant quitter la RDA, c'est en raison d'une relation qu'elle entretient avec son cousin, étudiant en médecine à Kiel, avec lequel elle désire se marier. Comme elle l'explique, Erika S. devait tout d'abord passer par la Hongrie avant de gagner l'Allemagne de l'Ouest. Le passage par la Hongrie s'explique par le moindre contrôle qui s'exerce aux frontières de cet État. À côté de la Hongrie, la Tchécoslovaquie et la Bulgarie constituent également des points de passage pour les citoyens de RDA, désireux de franchir le

¹³⁴⁷ « Pat. steht wieder auf, geht zum Fenster: "Da drüben habe ich gewohnt", zeigt nach Westberlin, fängt wieder an zu schluchzen. » HPAC, F 369/68, Krankengeschichte, 8 février 1967, Wiederaufnahme.

¹³⁴⁸ Entretien avec E. S., le 11 mars 2014, à Berlin ; entretien avec C.T., le 26 février 2014, à Berlin.

¹³⁴⁹ HPAC, F 87/66.

¹³⁵⁰ HPAC, F 87/66, Krankengeschichte, 22 février 1966.

Rideau de fer¹³⁵¹. Dans le dossier, il est bien indiqué qu'Erika S. avait rendez-vous à Berlin avec « la personne, qui devait arranger ça »¹³⁵². Afin d'expliquer le motif de cette rencontre, le rédacteur du dossier ajoute même la phrase suivante entre parenthèses : « (Pat. voulait faire un voyage à l'étranger et ne plus revenir en RDA.) »¹³⁵³. Cette « personne » apparaît bien alors comme un passeur, censé faire gagner la Hongrie puis l'Allemagne de l'Ouest à la jeune femme. Pour mener à bien son projet d'émigration illégale, Erika S. a donc eu recours à un « réseau d'aide à la fuite » (*Fluchthilfeorganisation*), tel qu'il en existe à cette époque¹³⁵⁴. Ces réseaux étant généralement sollicités par un contact vivant à l'Ouest¹³⁵⁵, on peut supposer que le cousin d'Erika E. ait joué ce rôle à partir de Kiel. À l'époque où la jeune femme tente sa chance, le prix à payer pour organiser une fuite de la sorte est compris entre 3000 et 5000 DM par personne¹³⁵⁶. En plus de l'investissement affectif, ce projet repose donc sur un investissement financier non négligeable, d'autant plus que c'est manifestement le cousin de la patiente, qui est alors étudiant, qui en porte le coût¹³⁵⁷. L'absence du passeur met donc brutalement fin à un projet dont les préparatifs remontent vraisemblablement à plusieurs semaines.

Une nouvelle fois, c'est bien une certaine liberté de ton qui semble caractériser l'échange entre la patiente et le thérapeute, dans la mesure où les propos tenus par la jeune femme concernent bien des projets passibles d'une condamnation judiciaire. À ce sujet, il est intéressant de noter que le bilan du séjour – document qui franchit le seuil de la clinique, puisqu'il est adressé à l'hôpital qui accueille Erika S. dans un second temps – ne contient pas exactement la même histoire que le dossier de la patiente¹³⁵⁸. En effet, si dans l'épicerise, il est fait mention de la relation entre la patiente et son cousin, résidant à Kiel, rien n'est dit sur ses projets de départ vers l'Ouest via la Hongrie. D'après l'épicerise, c'est son cousin que la patiente devait rencontrer à Berlin, et non un quelconque passeur. Toujours selon ce document, le geste désespéré de la patiente s'explique ainsi par l'absence de son cousin au rendez-vous. Le fait que l'épicerise soit lue en-dehors de la clinique peut vraisemblablement expliquer les modifications apportées à l'histoire d'Erika S.. Cependant, les circonstances même de sa tentative de suicide, telles qu'elles sont relatées dans l'épicerise, laissent bien apparaître en

¹³⁵¹ Manfred Gehrman, *op. cit.*, p. 111-112 ; Marion Detjen, *Ein Loch in der Mauer. Die Geschichte der Fluchthilfe im geteilten Deutschland 1961-1989*, Munich, Siedler, 2015, p. 261.

¹³⁵² HPAC, F 87/66, Krankengeschichte, Konflikt.

¹³⁵³ « (Pat. wollte eine Auslandsreise machen und nicht wieder in die DDR zurückkehren.) » HPAC, F 87/66, Krankengeschichte (première page).

¹³⁵⁴ À ce sujet, voir : Marion Detjen, *op. cit.*.

¹³⁵⁵ *Ibid.*, p. 250.

¹³⁵⁶ Marion Detjen, *op. cit.*, p. 257.

¹³⁵⁷ Marion Detjen, *op. cit.*, p. 250.

¹³⁵⁸ HPAC, F 87/66, Epikrise, 22 février 1966.

filigrane un désir de gagner l'Ouest. Si Erika S. se jette un matin de janvier dans la Spree glacée, elle le fait non loin de la gare de *Friedrichstraße*, qui est un point de passage entre l'Ouest et l'Est. Selon le dossier, la patiente « avait pensé que l'eau serait si froide qu'elle tomberait inconsciente. Elle voulait que ça se termine, n'avait plus envie de vivre »¹³⁵⁹. Voici cependant la manière dont les choses se sont passées, d'après l'épikrise : « Comme elle ne tomba cependant pas dans l'inconscience, elle regagna la rive à la nage et s'engagea complètement hébétée dans la zone de passage pour les Allemands de l'Ouest et les étrangers. De là, elle nous fut ensuite amenée. »¹³⁶⁰ À sa sortie de l'eau, Erika S., si elle se trouve dans un état de choc, se dirige bien vers un passage menant à l'Ouest, et ce bien qu'elle n'ait aucune chance d'y accéder. Deux semaines environ après son admission à la clinique, un télégramme est envoyé par le médecin-chef à l'hôpital de Schwerin, demandant une « prise en charge rapide » de la patiente¹³⁶¹. Le diagnostic de sortie fait état d'une « dépression réactionnelle chez une personnalité sub-dépressive et paranoïde dans une situation privée conflictuelle » (*Reaktive Depression bei subdepressiver-paranoider Persönlichkeit in privater Konfliktsituation*)¹³⁶². La proximité géographique de la clinique avec la zone-frontière, qu'Erika S. n'a pas été en mesure de passer, ne constitue manifestement pas une condition optimale pour la guérison de la patiente. La localisation de la clinique joue bien un rôle dans les modalités selon lesquelles la thérapie va se poursuivre. On retrouve une logique comparable dans le dossier suivant. Dans le cas de ce patient admis à deux reprises en psychothérapie en février puis en août 1961, le soupçon qui pèse sur ses épaules de vouloir passer à l'Ouest, incite l'équipe médicale à refuser une troisième admission en novembre 1961, admission pourtant souhaitée par le patient (« Comme nous savons qu'il veut absolument aller à Berlin-Ouest et utilise le séjour ici uniquement en vue d'y parvenir d'une manière ou d'une autre, nous n'admettons pas le patient »¹³⁶³). La localisation de la clinique, au plus près de « l'ailleurs possible » qu'est l'Ouest, peut ainsi interférer dans les choix de l'équipe médicale.

¹³⁵⁹ « Sie meinte, daß das Wasser so kalt sei, daß sie bewußtlos werden würde. Sie wollte ein Ende finden, hatte keine Lust zu leben. » HPAC F 87/66, Krankengeschichte, Konflikt.

¹³⁶⁰ « Da sie jedoch nicht bewußtlos wurde, schwamm sie wieder an das Ufer und betrat noch völlig benommen den Übergang für Westdeutsche und Ausländer am Bahnhof Friedrichstraße. Von dort wurde sie dann zu uns gebracht. » HPAC, F 87/66, Epikrise, 22 février 1966.

¹³⁶¹ HPAC, F 87/66, Diensttelegramm, 17 février 1966.

¹³⁶² HPAC, F 87/66, Epikrise, 22 février 1966.

¹³⁶³ « Da wir wissen, daß er durchaus nach Westberlin will und den Aufenthalt hier nur benützt, um dies auf irgendeine Weise zu bewerkstelligen, nehmen wir den Patienten nicht auf. » HPAC, M 565/61, Krankengeschichte, Ambulant, 28 novembre 1961.

3.4.3 Diagnostic et accès à « l'autre côté » : la névrose de pension (Rentenneurose)

Si, durant leur séjour à la clinique, les patients se trouvent au plus près de la zone-frontière et donc de Berlin-Ouest, cette hospitalisation peut également leur ouvrir la porte de l'Ouest, et ce notamment s'ils obtiennent le statut d'invalides (*Invalidenrentner*). En effet, dès novembre 1964, certaines catégories de citoyens sont autorisées à rendre visite une fois par an à leurs proches de l'autre côté du Rideau de fer. Il s'agit des retraités (*Altersrentner*) et des personnes déclarées comme invalides (*Invalidenrentner*), c'est-à-dire de ceux qui ne sont plus actifs professionnellement, dont la force de travail est nulle, et dont l'éventuelle émigration – au gré d'un voyage à l'Ouest – ne viendrait pas nuire à l'économie de la RDA, bien au contraire (cette émigration annulerait en effet le versement d'une pension par l'État)¹³⁶⁴. La déclaration d'invalidité ou d'inaptitude au travail, délivrée par un médecin, et qui donne potentiellement les clés du Rideau de fer, peut ainsi constituer un enjeu important dans les relations entre patients et médecins, comme en attestent plusieurs dossiers de la clinique, à l'instar de celui du patient Franz K.¹³⁶⁵. Cet homme de 38 ans est adressé en avril 1966 à la clinique par la polyclinique de médecine de la Charité, en raison de troubles cardiaques dont il souffrirait depuis l'âge de 16 ans, ainsi que de douleurs aux jambes. Selon le dossier, la dernière crise subie par le patient – qui se caractérise par des douleurs au cœur, une sensation d'étouffer et un fort sentiment d'angoisse – remonte au mois de juin 1965, date à partir de laquelle Franz K. se trouve en arrêt maladie. Cette crise est déclenchée par un événement bien précis, relaté au cours de l'anamnèse :

« Un conflit au ministère précéda l'attaque cardiaque. Il voulait rendre visite à sa mère en Allemagne de l'Ouest, dont l'état de santé est très incertain en raison d'une maladie du cœur et d'une cécité. Malgré une demande et une attestation médicale, il ne parvint pas à obtenir un laissez-passer. Il a vu sa mère en 1959 pour la dernière fois et tient beaucoup à elle. Elle est ce qu'il a de plus cher. Cette affaire le tourmente tellement qu'il fond en larmes, quand il en parle. S'il était lui-même *Rentner* [ici au sens d'invalidé], il pourrait partir tout de suite, mais comme il travaille à la mine, une année de maladie va être payée, avant qu'il ne soit mis en invalidité [*Berentung*]. »¹³⁶⁶

¹³⁶⁴ Sur le cadre juridique qui entoure cette mesure, voir : Heidrun Budde, *Reisen in die Bundesrepublik und der « gläsernde » DDR-Bürger. Eine Dokumentation*, Baden-Baden, Nomos Verlag, 1997, p. 16-18.

¹³⁶⁵ HPAC, M 233/66.

¹³⁶⁶ « Diesem Herzanfall ging eine Auseinandersetzung im Ministerium voraus. Er wollte seine Mutter in Westdeutschland besuchen, deren Lage wegen einer Herzkrankheit und Erblindung sehr zweifelhaft war. Trotz Antrag und ärztl. Bescheinigung gelang es ihm nicht, einen Passierschein zu erhalten. Er hat die Mutter das letzte Mal 1959 gesehen und hängt sehr an ihr. Er bedeutet ihr das Liebste, was er hat. Diese Angelegenheit quält ihn so sehr, daß er in Tränen ausbricht, wenn er darüber spricht. Wenn er selber *Rentner* wäre, könnte er sofort fahren, da er aber im Bergbau arbeitet, wird für ein Jahr Krankengeld bezahlt, ehe die *Berentung* erfolgt. » HPAC, M 233/66, Krankengeschichte, Jetzige Beschwerden.

On perçoit bien ici à quel point l'impossibilité de voir sa mère touche profondément cet homme, dont l'unique chance serait d'être déclaré *Rentner*. Ce statut permettrait en effet à Franz K. d'obtenir l'autorisation de rendre visite à sa mère, de l'autre côté du Rideau de fer, et ce à raison d'une fois par an. Cette séparation pèse particulièrement au patient, qui dit avoir perdu tout ce à quoi il tenait : son père et sa sœur, morts à Auschwitz, sa mère – rescapée des camps mais qu'il ne peut plus voir –, sa maison en Pologne. Si plusieurs de ses proches ont connu le camp de concentration, lui-même a été déporté en Ukraine puis dans le Caucase, où il a fait l'expérience du travail forcé. À sa libération en 1948, il retrouve l'unique membre de sa famille encore en vie, sa mère, devenue aveugle après son internement. Quand il est admis à la clinique, en 1966, cela fait sept ans qu'il ne l'a pas vue (elle s'est installée en RFA en 1956, et leur dernière rencontre remonte à 1959). Lors de son séjour à la clinique, Franz K. est soumis à de nouveaux examens, visant à déterminer une quelconque cause organique à ses maux, en vain. Dès lors, le patient est tenu de se plier à la méthode de la thérapie individualisée, telle qu'elle est pratiquée à la clinique. Cela ne se fait pas sans frictions. Franz K. ne semble en effet pas enclin à suivre le protocole thérapeutique (qui consiste notamment à participer à des activités sportives), soulignant qu'il est bien « malade », malgré les résultats des examens cliniques¹³⁶⁷. Sa parole tout comme sa « volonté de guérir » sont mises en doute par l'équipe médicale qui pose le diagnostic suivant : « névrose de compensation (souhait de pension) chez une personnalité démonstrative et paranoïde » (*Tendenzneurose [Rentenwunsch] bei demonstrativer paranoischer Persönlichkeit*). Ce diagnostic fait ainsi état d'une « névrose de pension » (*Rentenneurose/Rentenwunsch*). D'après Karl Leonhard, il s'agit d'une névrose, « dans le cadre de laquelle, les personnes ne réagissent pas seulement de manière hystérique, mais mènent également un combat pour obtenir une pension »¹³⁶⁸. Ce diagnostic n'est pas spécifique à la RDA, il apparaît au début du siècle alors que les compagnies d'assurance, en plein essor, font face à des demandes de réparations de la part d'ouvriers ayant subi un accident sur leur lieu de travail. Les experts médicaux sont alors sollicités et on trouve le diagnostic de « sinistrose » pour la première fois en 1907 sous la plume du docteur Édouard Brissaud, afin de désigner l'obsession revendicatrice de l'ouvrier accidenté. On parle en Allemagne de « *Rentenneurose* ».

En RDA, le diagnostic de *Rentenneurose* prend une dimension toute particulière, et ce non seulement du fait du caractère central du travail au sein de la société socialiste, mais également en lien avec la liberté de circulation plus grande dont bénéficient les *Rentner*.

¹³⁶⁷HPAC, M 233/66, Krankengeschichte, 20 mai 1966.

¹³⁶⁸ « [...] die Rentenneurose, bei der die Menschen nicht nur hysterisch reagieren, sondern zugleich einen Rentenkampf führen » Karl Leonhard (et.al.), *Normale...*, op.cit., p. 157.

Obtenir ce statut ne permet pas seulement de recevoir une compensation financière mais également – et peut-être surtout – de franchir le Rideau de fer, un privilège accordé à une infime minorité de la population de RDA. Loin du caractère égalitaire inhérent au modèle socialiste et revendiqué par le discours officiel, la société est-allemande est bien traversée par une ligne de fracture, qui sépare ceux qui peuvent se rendre à l'Ouest (comme les *Reisekader* – cadres ayant le droit de voyager – ou les *Rentner*) des autres, qui constituent l'écrasante majorité de la population. Selon une logique comparable, en ce qui concerne la sphère de la consommation, l'historienne Ina Merkel évoque un processus de différenciation sociale touchant la société de RDA, en relation avec la possession de devises ouest-allemandes (qui donnent accès aux magasins Intershop, où l'on trouve des produits ouest-allemands et des denrées rares en RDA)¹³⁶⁹. La société est-allemande est donc traversée par des lignes de fracture, où la relation entretenue avec l'Ouest (y avoir accès, pouvoir disposer de sa devise, pouvoir consommer des produits qui en proviennent) joue un rôle significatif, constituant un facteur-clé dans le processus de distinction. L'attribution du statut de *Rentner* permettrait ainsi à Franz K. de faire partie d'une catégorie privilégiée, dans la mesure où il serait alors autorisé à franchir le Rideau de fer. Par ailleurs, si au gré d'une de ces visites, il souhaitait s'installer définitivement en RFA, il pourrait également y solliciter l'attribution d'une pension (la reconnaissance du statut de *Rentner* en RDA donne en effet le droit au versement d'une pension en RFA [en vertu de la *Fremdrentengesetz*]¹³⁷⁰). Cependant, le diagnostic qui est posé sur Franz K., faisant état d'une « névrose de pension », semble bien lui barrer la porte de l'Ouest.

Dans son dossier, complétant le diagnostic de *Rentenwunsch*, on trouve également une qualification de la personnalité du patient comme étant démonstrative et paranoïaque. On perçoit à nouveau le soupçon qui pèse sur ce dernier. La parole de Franz K. est donc systématiquement mise en doute, le caractère « démonstratif » de son comportement étant souligné à plusieurs reprises dans le dossier. Finalement, au début du mois d'août, soit plus de deux mois après l'admission du patient, le directeur de la clinique intervient et pose un ultimatum au patient : si, dans les deux prochaines semaines, il ne montre pas de « signe d'une meilleure volonté », il devra quitter sur-le-champ la clinique et sera déclaré apte au travail¹³⁷¹. Ce chantage ne donne aucun effet, le patient quitte la clinique de son propre chef deux semaines plus tard, contre l'avis des médecins et est donc déclaré « apte au travail ». Dans le

¹³⁶⁹ Ina.Merkel, *op. cit.*, p. 245.

¹³⁷⁰ Jörg Roesler, « *Rübermachen* ». *Politische Zwänge, ökonomisches Kalkül und verwandschaftliche Bindungen als häufigste Motive der deutsch-deutschen Wanderungen zwischen 1953 und 1961*, Hefte zur DDR-Geschichte, 85, Berlin, 2004, p. 23.

¹³⁷¹ HPAC, M 233/66, Krankengeschichte, 4 août 1966.

rapport adressé à la caisse d'assurance maladie, il est écrit noir sur blanc que « son tableau clinique est uniquement porté par la visée d'obtenir une pension, pour manifestement avoir la possibilité d'un voyage en Allemagne de l'Ouest »¹³⁷². Étant déclaré apte à travailler, Franz K. n'a désormais aucune chance d'obtenir une autorisation de passage vers l'Ouest. À travers ce dossier, on perçoit bien dans quelle mesure l'attribution du statut de *Rentner* (au sens d'invalidé) – qui dépend de l'avis du médecin – recouvre des enjeux spécifiques dans le contexte de la RDA des années 1960. Le regard du médecin sur le patient joue ici un rôle central, puisque lui seul – en tant qu'expert – peut statuer sur le degré de véracité des maux. Dans le domaine de la maladie mentale, cette expertise prend une dimension toute particulière puisque, dans la plupart des cas, aucune preuve matérielle – délivrée par un examen pratiqué sur le corps de l'individu – ne vient attester de la souffrance ressentie par le patient. Dans ce contexte, la manière dont le médecin reçoit la parole du patient, occupe une place centrale dans l'établissement du diagnostic psychiatrique. Dans le cas de Franz K., cette parole est assez rapidement mise en doute, ce qui ne lui laisse aucune chance de convaincre l'équipe médicale de la réalité de ses maux, qu'ils soient physiques ou psychiques.

C'est également un diagnostic de *Rentenneurose* qui est posé sur la patiente Ilse H. lors des deux séjours qu'elle effectue à la clinique en 1964 et en 1968, alors qu'elle est âgée d'une quarantaine d'années¹³⁷³. Dans le bilan de son dernier séjour, on perçoit bien dans quelle mesure le souhait exprimé par la patiente de rejoindre sa sœur en Allemagne de l'Ouest participe de l'établissement du diagnostic psychiatrique. Dans l'épikrise, le thérapeute souligne bien que le désir de passer le Rideau de fer doit vraisemblablement sous-tendre la volonté d'obtenir une pension (d'invalidité), ce qui jette un voile de soupçon sur la véracité des douleurs physiques avancées par la patiente. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans ce document :

« Le souhait d'obtenir une pension [*Rentenwunsch*] se fait probablement particulièrement fort, parce que la pat. attend de pouvoir aller en Allemagne de l'Ouest chez sa sœur. Dans tous les cas, elle exprima déjà ce souhait rapidement après l'admission, quand il lui fut communiqué, que le but du séjour ici était le retour à un travail et non pas l'obtention d'une pension. »¹³⁷⁴

Un lien est bien établi entre l'expression d'une volonté de rejoindre l'Ouest et un diagnostic psychiatrique, qui fait état d'une « névrose de pension chez une psychopathie

¹³⁷² « Das Verhalten des Patienten zeigte erneut, daß sein Beschwerdebild lediglich von der Tendenz getragen wird, eine Rente zu erhalten, um sichtlich so die Möglichkeit einer Reise nach Westdeutschland zu erlangen. » HPAC, M 233/66, Gutachten über den Patienten Franz K., 18 août 1966.

¹³⁷³ HPAC, F 291/68.

¹³⁷⁴ « Möglicherweise besteht der Rentenwunsch auch deshalb in solcher Stärke, weil sich die Pat. damit verspricht, nach Westdeutschland zu ihrer Schwester zu können. Jedenfalls äußerte sie diesen Wunsch schon kurz nach der Aufnahme, als ihr mitgeteilt wurde, daß der Aufenthalt hier der Rückführung in den Beruf und nicht etwas der Beschaffung einer Rente dienen solle. » HPAC, F 291/68, Epikrise, 30 mai 1968.

hystérique et paranoïde » (*Rentenneurose bei hysterisch-paranoider Psychopathie*). Ilse H. quitte finalement la clinique deux jours après son admission. Manifestement, le fait d'avoir exprimé le souhait de rejoindre sa sœur constitue un élément non négligeable dans la construction du diagnostic qui se pose finalement sur cette femme. Dans le contexte spécifique de la RDA, du fait de cette association entre l'obtention du statut de *Rentner* et la possibilité de franchir le Rideau de fer, la simple existence de liens familiaux à l'Ouest peut influencer l'établissement du diagnostic par le médecin. En témoigne le cas d'Helmut T., qui, d'après une pièce de son dossier, aurait été adressé au service de psychothérapie « en raison d'un soupçon de *Rentenneurose* »¹³⁷⁵. Manifestement, le fait que son unique parent (sa fille) réside à Berlin-Ouest a joué un rôle significatif dans l'élaboration du diagnostic, avec lequel le patient n'est pas du tout d'accord. Dans une lettre adressée au directeur de la clinique, ce dernier se défend de vouloir passer à l'Ouest et récuse un diagnostic qu'il ressent comme une accusation de simulation. Comme il l'écrit, « ce serait une calomnie mensongère et malveillante ! »¹³⁷⁶. Il explique combien une émigration à Berlin-Ouest serait « complètement insensée » : sans logement, sans la possibilité de faire reconnaître son diplôme d'ingénieur, il serait un poids pour sa fille. S'ajoute à cela le fait que sa femme et son fils sont enterrés à Potsdam, où lui-même « jettera aussi l'ancre », selon ses propres mots¹³⁷⁷. Helmut T. poursuit en expliquant pourquoi il veut rester en RDA, où il a « une bonne place », de « bons collègues ». Si le patient commence assez classiquement sa lettre par l'exposé de ses maux, il poursuit bien vite par la réfutation de tout projet de départ vers l'Ouest : pour convaincre le médecin de sa bonne foi, il doit ainsi non seulement mettre en avant les souffrances qui sont les siennes, mais aussi faire la preuve de son désir de rester en RDA. On voit bien ici combien le contact entretenu par le patient avec l'Ouest participe de la construction de ce diagnostic, Helmut T. doit ainsi se défendre de toute velléité de départ afin de ne pas se voir attribuer l'étiquette de *Rentenneurotiker*. Comme le montre ce dossier, avoir des attaches à l'Ouest peut ainsi être considéré comme un indice supplémentaire menant à l'élaboration du diagnostic de *Rentenneurose*.

Si Helmut T. se défend de vouloir passer le Rideau de fer, d'autres patients ne se cachent pas de l'utilisation qu'ils pourraient faire de leur état de santé pour obtenir le précieux sésame. Ainsi, d'après son dossier, un jeune patient de 24 ans aurait pensé « peut-être obtenir

¹³⁷⁵ HPAC, M 444/67, document adressé à la clinique ophtalmologique de la Charité (an die Augenklinik der Charité), 27 juillet 1967.

¹³⁷⁶ « Das wäre eine völlig unwahre und böswillige Verleumdung ! » HPAC, M 444/67, lettre du 25 août 1967, adressée au professeur Leonhard.

¹³⁷⁷ « Außerdem liegen meine Frau und mein Sohn auf unsere Dauerstelle in Potsdam, wo auch ich einmal vor Anker gehen werde » HPAC, M 444/67, lettre du 25 août 1967, adressée au professeur Leonhard.

en raison de ses nerfs une autorisation du ministère de la Santé pour quitter la RDA»¹³⁷⁸. Ce jeune homme est admis en psychothérapie en novembre 1968, adressé à la Charité par le médecin en charge de la réhabilitation à l'échelle du district (*Bezirk*) où il réside. D'après l'épître, lors de son admission à la Charité, le patient « se plaint avant toutes choses de lourds blocages dans le domaine social »¹³⁷⁹. Grâce à son dossier, on peut reconstituer en partie le parcours de ce jeune homme, qui présente manifestement des difficultés pour s'insérer au sein du collectif, ce qui peut être particulièrement problématique dans le contexte de la société socialiste. Après des études secondaires, il s'engage dans l'armée, avec pour perspective d'obtenir plus facilement – au terme de quelques années de service – une place d'étudiant. Cette expérience se termine par une peine de prison d'un an, motivée par le refus d'obéir du jeune homme, qui ne parvient pas à s'adapter aux conditions de vie en caserne. Depuis lors, le jeune homme « n'a pas réussi à reprendre vraiment pied, a changé de poste, parce qu'il ne s'en tirait pas sur le plan social »¹³⁸⁰. Il démissionne ainsi d'un poste de mécanicien, « parce qu'il n'y arrivait pas dans la brigade »¹³⁸¹. Il quitte au bout de deux mois un poste de tourneur, « parce que le travail était trop difficile et parce qu'il ne pouvait pas s'habituer au collectif, sur le plan social »¹³⁸². Ces expériences sont entrecoupées de séjours en établissements psychiatriques. Selon le dossier, mû par le désir de quitter la RDA, « pour oublier le passé », le patient a déposé une demande de déchéance de la nationalité, qui a été refusée¹³⁸³. Il dépose également une demande d'émigration vers l'Ouest en novembre 1967 (*Ausreiseantrag*). Dans les années suivant la construction du mur de Berlin, si de telles

¹³⁷⁸ « Auch dachte er, vielleicht wegen seiner Nerven durch das Gesundheitsministerium eine Genehmigung zum Verlassen der DDR zu erhalten. » HPAC, M 519/68, Krankengeschichte, Entwicklungsdaten.

¹³⁷⁹ « Bei der Aufnahme klagte der Pat. vor allen Dingen über starke Hemmungen im sozialen Verkehr. » HPAC, M 519/68, Epikrise, 3 février 1969.

¹³⁸⁰ « Seitdem faßte er nicht mehr richtig Fuß, wechselte die Arbeitsstellen, weil er sozial nicht zurechtkam. » HPAC, M 519/68, Krankengeschichte, Entwicklungsdaten.

¹³⁸¹ « Dann ging er für 3 Monat als Kfz.-Schlosser zum Kraftverkehr, kündigte, weil er in der Brigade nicht zurechtkam. » *Ibid.*

¹³⁸² « Nach 2 Monaten verließ er den Betrieb, weil die Arbeit zu schwer war u. er sich sozial ins Kollektiv nicht eingewöhnen konnte. » *Ibid.*

¹³⁸³ En 1967 est promulguée la loi sur la nationalité de RDA (*Gesetz über die Staatsbürgerschaft der Deutschen Demokratischen Republik*), selon laquelle « un citoyen de RDA peut, à sa demande, être déchu de la nationalité de RDA, s'il réside, avec l'autorisation des organes étatiques compétents de RDA, en dehors de la RDA ou s'il veut le faire [...] » (*Ein Staatsbürger der DDR kann auf seinen Antrag aus der Staatsbürgerschaft der DDR entlassen werden, wenn er seinen Wohnsitz mit Genehmigung der zuständigen staatlichen Organe der DDR außerhalb der DDR hat oder nehmen will [...]*). Conséquence non prévue par le législateur, cette loi suscite le dépôt de demandes de déchéance de la nationalité, dans le but de quitter définitivement la RDA de manière légale. Les citoyens s'emparent donc rapidement du nouveau cadre législatif pour tenter d'émigrer légalement. Cependant, malgré le texte de loi existant, ces demandes sont considérées comme illégales et entraînent dans certains cas des poursuites judiciaires. Le ministère de l'Intérieur fait très vite volte-face, et indique comme préalable à toute demande de déchéance de nationalité, l'autorisation d'une émigration définitive – ce qui n'existe pas dans le cadre législatif de RDA (sauf pour les *Rentner*). Sur le cadre juridique, voir : Lasse O. Johannsen, *Die rechtliche Behandlung ausreisewilliger Staatsbürger in der DDR*, Francfort sur le Main, Peter Lang., 2007, p. 37-39.

demandes sont formulées, aucune disposition législative ne prévoit la possibilité même d'une telle démarche¹³⁸⁴. Dans les années 1960, seuls les retraités, les invalides et les personnes pouvant justifier d'un « regroupement familial » peuvent avoir quelques raisons d'espérer une issue favorable, ce qui n'empêche pas un nombre croissant de personnes n'appartenant à aucune de ces catégories de tenter leur chance¹³⁸⁵. Ce faisant, elles opposent à l'État de RDA, qui considère de telles démarches comme contraires au droit, leur propre conception de ce qui est légal ou pas¹³⁸⁶. Ces demandes ont systématiquement des répercussions négatives pour ceux qui les déposent, qui se retrouvent confrontés non seulement à un processus de discrimination que ce soit sur le plan professionnel ou personnel, mais également à une surveillance accrue par les services de la *Stasi*, pouvant entraîner une arrestation¹³⁸⁷. C'est ce qui peut expliquer les difficultés rencontrées par le jeune homme dans sa recherche d'un emploi et d'un logement. En août 1968, il se tourne vers le ministère de la Santé pour obtenir de l'aide dans ses démarches. Son dossier est transmis à l'échelon du district (*Bezirk*), dont le médecin décide de l'adresser à la Charité. D'après son dossier, derrière la démarche accomplie auprès du ministère de la Santé, on trouve également l'idée que son état de santé (« ses nerfs ») pourrait servir ses projets de départ vers l'Ouest. Un lien est ainsi établi par le patient entre sa santé et un éventuel accès à l'Ouest. On retrouve une même logique dans le dossier de la patiente Elly S., qui se trouve en psychiatrie pour un court séjour à l'été 1963¹³⁸⁸. Elle y est adressée par un médecin car elle souffre d'incontinence chronique, potentiellement d'origine névrotique. Durant l'anamnèse, la patiente est interrogée sur d'éventuelles situations conflictuelles, « elle souligne uniquement qu'elle souffre de contrariété depuis août 1961 »¹³⁸⁹. La patiente pleure à cette évocation. On apprend en effet dans le dossier que sa mère, âgée de 84 ans, habite à Berlin-Ouest. Elly S. aurait déposé « différentes demandes pour passer de l'autre côté », manifestement en vain. Selon le dossier, « en novembre 1962 on lui aurait dit

¹³⁸⁴ Si la première Constitution de RDA (en date de 1949) reconnaît à chaque citoyen le droit d'émigrer, des poursuites sont néanmoins engagées par la justice de RDA à l'encontre des personnes qui déposent de telles demandes. À partir de 1968 (date de la promulgation de la seconde Constitution) jusqu'en 1989, le droit d'émigrer est effacé de la législation de RDA. Lasse O. Johannsen, *op.cit.*, p. 149.

¹³⁸⁵ Ce nombre croît à partir du début des années 1970, en relation avec la reconnaissance accrue de la RDA sur la scène politique internationale (traité de reconnaissance mutuelle entre la RFA et le RDA en 1972, entrée de la RDA à l'ONU en 1973, signature des accords d'Helsinki en 1975), ce qui laisse espérer un assouplissement de la politique d'émigration. À partir des années 1970, le temps d'attente entre le dépôt de la première demande et l'émigration définitive est d'environ 2 ans et demi pour ceux qui persévèrent dans leur choix malgré la politique de discrimination menée à leur encontre. Voir : Renate Hürtgen, *Ausreise per Antrag. Der lange Weg nach drüben : Eine Studie über Herrschaft und Alltag in der DDR-Provinz*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2014, p. 155 ; Manfred Gehrman, *op. cit.*, p. 384.

¹³⁸⁶ Renate Hürtgen, *op. cit.*, p. 11.

¹³⁸⁷ *Ibid.*, p. 195-286 ; Manfred Gehrman, *op. cit.*, p. 382-406.

¹³⁸⁸ HPAC, F 618/63.

¹³⁸⁹ « Nach Konflikten befragt kann die Pat. keinen wesentlichen Konflikt angeben, lediglich betont sie, seit August 1961 an Verstimmung zu leiden [...] ». HPAC, F 618/63, Krankengeschichte, J.[etzig] A.[namnese].

qu'il fallait d'abord qu'elle marche avec des béquilles, et qu'ensuite elle pourrait passer de l'autre côté »¹³⁹⁰. Si l'on ne connaît pas l'identité de l'auteur de ces paroles, on retrouve ici, dans la représentation de la patiente, un lien de cause à effet entre son état de santé et ses chances de « passer de l'autre côté ». De la même façon, selon son dossier, si Gertrud F. « veut absolument aller à l'Ouest », « un conseiller municipal aurait dit qu'il fallait qu'elle apporte une attestation du médecin, alors ça marcherait »¹³⁹¹. Faire preuve d'un état de santé dégradé permettrait ainsi d'accéder à l'Ouest. Contrairement aux propos rapportés par ces patientes, marcher avec des béquilles ou présenter un simple certificat médical ne suffit pas à obtenir une autorisation pour franchir la frontière vers l'Ouest. Pour obtenir le précieux sésame – associé au statut de *Rentner* –, il faut bien plutôt prouver son incapacité à travailler. Il s'agit manifestement du critère central, sur lequel s'appuie également l'équipe médicale. Ainsi, si le médecin en charge du patient Hans R., écrit en juillet 1967 au ministère de l'Intérieur pour demander à ce que ce dernier soit autorisé à émigrer en Allemagne de l'Ouest, l'argument principal qui est avancé est bien celui de l'incapacité de travailler¹³⁹². Hans R., musicien de profession, a quitté la RFA pour la RDA en 1961, avant la construction du Mur, pensant pouvoir rendre visite à ses parents régulièrement. La construction du mur de Berlin en août 1961 vient contrarier ses plans. D'après ce document, cet homme de 26 ans doit faire face à de « lourds conflits ». Il souffre non seulement d'un « trac excessif », mais « se fait également constamment des reproches, parce qu'en 1961, il a quitté ses parents, qui habitent en Allemagne de l'Ouest, pour venir en RDA »¹³⁹³. Face à ce patient, l'équipe médicale se révèle impuissante. Le médecin qui rédige cette attestation en fait bien l'aveu : « Comme nous ne pouvons faire disparaître la cause de ses douleurs psychosomatiques, c'est-à-dire ses conflits, nous ne voyons aucune possibilité d'aider le patient. »¹³⁹⁴. Par ailleurs, comme le souligne le médecin, « en raison de sa prédisposition psychosomatique pour les ulcères d'estomac, il faut compter avec le fait qu'il soit incapable de travailler sur le long terme, si une procédure anticipée de mise en invalidité ne devait pas avoir lieu. »¹³⁹⁵. Si Hans R. reste en RDA, non

¹³⁹⁰ « Im Nov 1962 habe man ihr gesagt, daß sie erst an Krücken laufen müsse, dann könne sie rüber. » HPAC, F 618/63, Krankengeschichte, *Ibid.*

¹³⁹¹ « Pat. will unbedingt nach dem Westen, ein Stadtverordnete hätte gesagt, sie müsse eine Bescheinigung vom Arzt bringen, dann würde es klappen. » HPAC, F 162/68, Krankengeschichte, Jetzige A.[namnese].

¹³⁹² HPAC, M 62/67, ärztliche Bescheinigung, 25 juillet 1967.

¹³⁹³ « Bei genauer Kenntnis der Sachlage ergibt sich aber immer wieder, daß er nicht nur unter Lampenfieber zu leiden hat, sondern sich ständig Vorwürfe macht, daß er 1961 seine Eltern, die in Westdeutschland leben, verlassen hat, um in die DDR zu kommen. » *Ibid.*

¹³⁹⁴ « Da wir die Ursache seiner psychosomatischen Beschwerden, d.h. seine Konflikte, nicht lösen können, sehen wir keine Möglichkeit, dem Patienten zu helfen. » HPAC, M 62/67, ärztliche Bescheinigung, 25 juillet 1967.

¹³⁹⁵ « Auf Grund seiner psychosomatischen Bereitschaft für Magengeschwüre ist damit zu rechnen, daß er immer wieder arbeitsunfähig wird, wenn nicht gar eine vorzeitige Invalidisierung erfolgen muß. » HPAC, M 62/67, ärztliche Bescheinigung, 25 juillet 1967.

seulement, il ne contribuera pas – par sa force de travail – à l'économie de la société socialiste, mais il risque en plus de lui coûter de l'argent, en tant qu'invalidé bénéficiant d'une pension. Pour toutes ces raisons, le médecin conseille d'autoriser le retour d'Hans R. en Allemagne de l'Ouest. Le ministère de l'Intérieur semble suivre l'avis médical puisqu'on retrouve dans le dossier la trace d'une correspondance entre Hans R. et le médecin, en date de l'été 1968, et selon laquelle l'ancien patient se trouve désormais de l'autre côté du Rideau de fer¹³⁹⁶. Si la clinique soutient ici le désir du patient, c'est bien parce qu'une thérapie semble vouée à l'échec, Hans R. apparaissant pour ainsi dire comme une cause perdue. Au regard du fond d'archives que nous avons parcouru, cette démarche auprès du ministère de l'Intérieur se fait plutôt rare. Dans la majorité des cas, quand il est exprimé, la clinique ne soutient pas le projet de départ vers l'Ouest, mais tente bien plutôt de réinsérer le patient sur le marché du travail de RDA. Quoiqu'il en soit, dans le cas d'Hans R., c'est bien la dégradation de son état de santé qui lui donne accès à l'Ouest. Si l'on reste dans l'ordre de la représentation, dans les propos tenus par Gertrud F. et Elly S., on trouve également une relation de cause à effet entre la pathologie (dont attesterait l'utilisation de béquilles ou un simple certificat médical) et l'accès tant désiré à « l'autre côté ».

Selon une logique inverse, vouloir se rendre à l'Ouest pourrait être interprété comme le signe d'un état de santé relevant du pathologique : c'est notamment ce que sous-entend la patiente Irmgard R.¹³⁹⁷. Cette femme d'une cinquantaine d'années effectue un séjour à la clinique entre avril et juillet 1965. Selon l'anamnèse, elle se plaint de violentes douleurs physiques, qui toucheraient plus particulièrement son dos (« le dos est comme cassé [...] ») et sa tête (« Brûlures au visage, qui partent de la racine du nez pour aller dans les deux moitiés du visage »¹³⁹⁸). Irmgard R. connaît déjà la clinique de la Charité puisqu'elle y a passé une semaine en septembre 1964, dans le cadre d'une expertise médicale. Lors de l'anamnèse réalisée durant ce second séjour, la patiente revient sur ses tentatives d'obtenir une pension d'invalidité. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans son dossier :

« Nouvelle demande de pension à nouveau refusée par la ÄBK¹³⁹⁹. Ensuite donc expertise. A écrit avant au Conseil d'État : si on ne lui laisse pas le temps de guérir, alors on doit la laisser aller en Allemagne de l'Ouest, elle ne peut pas travailler maintenant. À K.[arl]-M.[arx]-Stadt [elle évoque la clinique psychiatrique de cette ville], on lui a reproché de ne pas vouloir

¹³⁹⁶ HPAC, M 62/67, lettre du 6 août 1968.

¹³⁹⁷ HPAC, F 473/67.

¹³⁹⁸ HPAC, F 473/67, Krankengeschichte, Jetzige Beschwerden.

¹³⁹⁹ ÄBK : *Ärzteberatungskommission*, commission de conseil médical. Ce type de commission est introduit en juin 1953 au sein des entreprises, afin de faire baisser le taux élevé d'arrêt maladie. Ces commissions doivent juger de la capacité du malade à travailler. Melanie Arndt, *op. cit.*, p. 118.

travailler. On l'aurait choquée parce qu'on aurait trouvé chez elle, la "folie de vouloir aller en Allemagne de l'Ouest". »¹⁴⁰⁰

Les guillemets qui entourent l'expression finale soulignent qu'il s'agit bien des mots utilisés par la patiente, repris ensuite par le rédacteur du dossier. Non sans ironie, Irmgard R. inverse la logique. Dans les dossiers sur lesquels nous nous sommes précédemment penchés, le diagnostic constituait un enjeu dans la mesure où il pouvait potentiellement ouvrir ou fermer la porte de l'Ouest. Ici, selon les dires de la patiente, aux yeux des médecins, c'est le fait même de vouloir se rendre à l'Ouest qui peut être perçu comme le symptôme d'une maladie, le signe d'une « folie ».

Ainsi, quand on se penche sur les dossiers de patients, sur les bribes d'expériences qu'ils contiennent, sur les interactions dont ils font état, on peut reconstituer certains des visages de l'Ouest, qui apparaît bien souvent comme une surface de projection, comme une destination à atteindre, comme un « ailleurs (im)possible ». Son accès peut se faire l'enjeu de la relation qui s'établit entre patients et médecins, autour de l'attribution du statut d'invalide (*Rentner*). Par ailleurs, si, par les dossiers de patients, on a accès aux expériences de ceux qui souhaitent se rendre « de l'autre côté », ces sources permettent également d'interroger les expériences de ceux qui restent, quand leurs proches s'en vont. Ces expériences étant rarement mises en avant, la lumière étant plutôt braquée sur ceux qui partent, ces sources s'avèrent particulièrement intéressantes pour l'historien.

3.4.4 Ceux qui restent, quand les autres partent

Quand on traque le motif de l'Ouest dans les dossiers de patients, on retrouve non seulement les traces d'éventuels souhaits de départ, mais également les bribes d'expériences de ceux qui sont restés. Ces éléments apportent une certaine complexité à l'analyse du phénomène migratoire germano-allemand, dont les répercussions dépassent largement la sphère de ceux qui franchissent la frontière. En témoigne par exemple le dossier de Klara K., qui établit un lien de cause à effet entre d'un côté, le départ de son fils et de sa famille, et de l'autre, le début de son mal¹⁴⁰¹. La patiente est adressée à la clinique par son médecin en septembre 1962, en raison de tremblements et de faiblesses dans les jambes. La première manifestation de ses symptômes a lieu après que son fils a été arrêté par la police, en raison

¹⁴⁰⁰ « Neuerlicher Rentenantrag von ÄBK wiederum abgelehnt. Daher dann Begutachtung. Vorher an Staatsrat geschrieben: wenn man ihr keine Zeit läßt zur Gesundung, dann soll man sie nach WD zurücklassen, jetzt kann sie nicht arbeiten. In K.-M.-Stadt (Nervenklinik) hat man ihr vorgeworfen, daß sie nicht arbeiten wolle. Man hätte sie geschockt, weil man bei ihr "den Wahn gefunden hatte, daß sie nach WD wolle". » HPAC, F 473/67, Krankengeschichte, Verlauf.

¹⁴⁰¹ HPAC, F 556/62.

d'une tentative de « fuite de la République ». Klara K. apprend ce qui s'est passé, « quand des policiers vinrent chercher des costumes de son fils dans son appartement »¹⁴⁰². Selon les mots de la patiente, tels qu'ils sont retranscrits dans le dossier, « la peur [lui] est passée dans les jambes »¹⁴⁰³. Depuis cet événement, la patiente ne peut plus marcher correctement. Après avoir purgé 8 mois de prison, son fils retente à nouveau sa chance, avec femme et enfants, et cette fois-ci avec succès. Cela déclenche une nouvelle dégradation de l'état de santé de sa mère :

« Pat. commença alors un traitement ambulatoire, reçut des comprimés, qui ne l'ont cependant pas aidée. Depuis nov[embre] 60 c'est encore pire. Elle souffre aussi de maux de dos. Elle a beaucoup tenu à son fils, elle en a vu de toutes les couleurs avec lui, elle lui a refait une santé quand il est sorti de prison, a beaucoup aidé dans sa famille, s'est occupée des trois petits-enfants, elle se sent blessée par le fait qu'il l'ait quittée, elle tenait aussi beaucoup à ses enfants. Elle ne lui dirait jamais mais il est responsable de sa maladie, elle n'a jamais été malade sinon. »¹⁴⁰⁴

C'est bien un lien direct qui est établi par la patiente entre le départ de son fils pour l'Ouest et le début de ses maux. C'est également l'avis du médecin pour qui il s'agit d'une « réaction psychogène », le diagnostic sur la couverture du dossier faisant état d'une « paralysie hystérique ». Dans le cas de la patiente Klara K., comme dans celui d'autres patients, le départ de proches pour l'Ouest se fait d'autant plus douloureux qu'il s'agit nécessairement d'un aller simple, sans possibilité de retour. Après un passage illégal de la frontière, revenir en RDA revient à s'exposer à des poursuites judiciaires, passibles d'une peine d'emprisonnement. Du fait des possibilités extrêmement limitées d'émigrer légalement, le régime migratoire qui caractérise la RDA tout comme l'ensemble de l'Europe de l'Est après 1945 se distingue de la plupart des autres systèmes migratoires où les allers-retours entre lieu d'origine et lieu de destination sont partie prenante du processus de migration¹⁴⁰⁵. En RDA

¹⁴⁰² HPAC, F 556/62, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung.

¹⁴⁰³ « Im April 1960 wurde der älteste Sohn der Pat. wegen versuchter Republikflucht verhaftet, die Verhaftung erfolgte auf der Arbeitsstelle des Sohnes. Pat. wusste davon nichts, sie erfuhr es erst, als Polizisten in ihrer Wohnung nach Anzügen des Sohnes suchten. "Der Schreck ist mir so in die Beine gefahren". Von da an kann Pat. nicht mehr richtig laufen. » HPAC, F 556/62, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung.

¹⁴⁰⁴ « Pat. ging dann in amb. Behandlung, bekam Tabletten, die ihr aber nicht geholfen haben. Seit Nov. 60 sei es noch schlechter geworden. Sie leide auch unter Rückenschmerzen. Sie habe sehr an ihrem Jungen gehangen, sie habe viel mit ihm durchgemacht, sie habe ihn hochge[p]appelt als er aus der Gefängenschaft kam, habe viel bei seiner Familie geholfen, habe die 3 Enkelkinder versorgt, sie fühlt sich gekränkt darüber, dass er von ihr weggegangen ist, sie hing auch sehr an seinen Kindern. Sie würde es ihm nicht sagen, aber er sei an ihrer Krankheit schuldig, sie sei doch sonst nie krank gewesen. » HPAC, F 556/62, Krankengeschichte, Zur jetzigen Erkrankung.

¹⁴⁰⁵ Maren Möhring, « Mobilität und Migration in und zwischen Ost und West », in Frank Bösch (dir.), *Geteilte Geschichte. Ost- und Westdeutschland 1970-2000*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2015, p. 369-410, ici p. 372. Comme l'auteur de cet article le souligne, la Yougoslavie constitue ici une exception en tant qu'unique État socialiste autorisant les migrations de travail à destination des pays occidentaux.

cependant, une migration vers l'Ouest exclut un retour en arrière, à moins d'être prêt à risquer une condamnation judiciaire pour « franchissement illégal de la frontière ». Klara K. ne voit cependant pas les choses de cette façon. Comme l'écrit le médecin, la patiente « avait même attendu, qu[e son fils] revienne pour elle en RDA, ne disposa d'aucun discernement quand on attira son attention sur le fait qu'il s'exposerait par là-même à une fardeau particulièrement lourd. »¹⁴⁰⁶. Le médecin fait manifestement allusion aux éventuelles poursuites judiciaires qui attendent son fils, en tant que récidiviste qui plus est, s'il franchit à nouveau la frontière germano-allemande. Ce dossier montre quelles répercussions le départ vers l'Ouest d'un ou plusieurs membres de la famille peut avoir sur ceux qui restent, à l'image de Klara K., qui, étant d'avis que personne ne prend son mal au sérieux, quitte la clinique précocement, une semaine après son admission.

Si le départ du fils de Klara F. et de sa famille l'empêchent littéralement d'avancer, celui de la fille d'Ingeborg E. plonge cette dernière dans un « état d'urgence psychique » (*psychischen Ausnahmezustand*)¹⁴⁰⁷. Voici ainsi ce qu'on peut lire dans le dossier de cette patiente, admise à la clinique en 1963 et qui évoque cet événement douloureux ayant eu lieu 4 ans auparavant :

« Quand sa fille fit part de sa décision définitive à la maison, pat. eut une terrible crise de larmes et s'effondra. Elle s'est alors tordue de douleur, s'est lamentée et a gémi, s'est plaint de "crampes au cœur", tout ça en présence de sa fille et de son mari. »¹⁴⁰⁸

Cette scène a lieu en 1959, c'est-à-dire avant la construction du mur de Berlin. Si la fille d'Ingeborg E. décide de s'installer, avec son époux, à Berlin-Ouest, cette destination reste en théorie tout à fait accessible pour sa mère qui habite à Berlin-Est. La fermeture du dernier point de passage vers l'Ouest n'intervient en effet que deux ans plus tard. La réaction d'Ingeborg E. se fait cependant particulièrement violente, d'autres motifs venant manifestement aviver son désespoir. Pour les comprendre, il convient de parcourir son dossier de manière plus détaillée. Cette femme d'une cinquantaine d'années est adressée au service de psychothérapie par la polyclinique et y est admise en juin 1963. Elle se plaint de violents maux de têtes, particulièrement dans la moitié gauche de son visage. Si la possibilité d'une névralgie est évoquée dans le dossier, le médecin-chef du service n'est pas de cet avis et

¹⁴⁰⁶ « Sie gab ihm nun eine wesentliche Mitschuld an ihrem Leiden und hatte sogar erwartet, daß er ihretwegen wieder in die DDR zurückkommt, besaß auch keine Einsicht als man sie darauf hinwies, daß er sich dadurch einer besonderen Belastung aussetzt. » HPAC, F 556/62, Epikrise, 8 décembre 1962.

¹⁴⁰⁷ HPAC, F 429/63.

¹⁴⁰⁸ « Als die Tochter diese ihre endgültige Entscheidung zu Hause mitteilte, bekam Pat. einen fürchterlichen Weinkrampf und Zusammenbruch. Sie hat sich damals gewunden, gejammert und gestöhnt, über "Herzkrämpfe" geklagt, all dies in Gegenwart ihrer Tochter und deren Mann. » HPAC, F 429/63, Krankengeschichte, Beschwerden u. Entwicklung.

penche plutôt pour une réaction en lien avec un conflit personnel. Comme on peut le lire dans le dossier, cette piste est donc creusée lors des échanges avec la patiente :

« Lors de la visite d'aujourd'hui est abordé le sujet de la fille vivant à Berlin-Ouest, pour rechercher une potentielle situation conflictuelle. Pat. commence tout de suite à pleurer, dit cependant qu'elle s'y est fait, également avec le fait que pour le moment, on ne pourrait se revoir. Elle se rend aussi bien compte que celle-ci, dans un environnement différent sur le plan politique, se déferait des convictions qui lui avaient été inculquées. Il n'y avait rien à faire. Pendant que pat. dit tout ça, les larmes lui viennent à nouveau aux yeux. Il est possible que ce conflit soit bien déterminant pour ses douleurs psychogènes. »¹⁴⁰⁹

Si Ingeborg E. dit s'être accommodée de la situation, la réaction qui est la sienne semble trahir ses émotions. Le médecin souligne bien le contraste qui existe entre ce que la patiente dit – elle se serait fait à la situation –, et les pleurs qui la saisissent et qui semblent montrer que cette blessure est loin d'être refermée. Par ailleurs, au-delà de l'absence de sa fille, le fait que cette dernière évolue désormais à Berlin-Ouest, à savoir dans « un environnement différent sur le plan politique », semble également tourmenter la patiente, qui craint manifestement que sa fille oublie l'éducation politique qui a été la sienne. Le départ de sa fille pour l'Ouest, c'est-à-dire pour l'« étranger capitaliste », est d'autant plus difficile à supporter pour cette femme qu'elle semble particulièrement engagée sur le plan politique. Instructrice pour la *Jugendweihe*¹⁴¹⁰ à l'échelle de Berlin, Ingeborg E. a vraisemblablement activement œuvré à l'éducation idéologique de ses enfants dans un sens conforme au projet socialiste. On peut noter à ce sujet que sa plus jeune fille étudie les sciences économiques, discipline fortement imprégnée par l'idéologie marxiste-léniniste et dont le contenu doit se conformer à la ligne du parti. Par ailleurs, selon les dires de la patiente, toute la famille a déménagé, en 1950, de Berlin-Ouest à Berlin-Est « pour des raisons politiques », remontant ainsi le courant des émigrations vers l'Ouest¹⁴¹¹. À cette époque et avant de reprendre un travail, Ingeborg E. a également « travaillé en tant que bénévole dans le domaine politique »¹⁴¹². Pour cette femme, le départ de sa fille se fait ainsi doublement douloureux : si,

¹⁴⁰⁹ « Bei der heutigen Visite wird, um nach einer möglichen Konfliktsituation zu fahnden, nochmals das Thema der in Westberlin lebenden Tochter angeschnitten. Sogleich beginnt Pat. zu weinen, sagt zwar, sie habe sich damit abgefunden, auch damit, dass es vorherhand kein Wiedersehen geben könnte. Sie sei sich darüber auch im Klaren, dass diese auch in der anderen Umwelt in politischer Hinsicht ihrer anezogenen Gesinnung entwachsen würde. Das sei eben nicht zu ändern. Während Pat all dies sagt, kommen ihr wieder die Tränen. Möglicherweise ist dieser Konflikt doch ausschlaggebend für ihre psychogenen Beschwerden. » HPAC, F 429/63, Krankengeschichte, 25 juin 1963.

¹⁴¹⁰ Cérémonie de passage, instituée par l'État en 1954, visant à concurrencer la confirmation religieuse.

¹⁴¹¹ HPAC, F 429/63, Krankengeschichte, EA [Eigene Anamnese]. En 50 ans (entre 1949 et 1989), 550 000 Allemands émigrent de la RFA vers la RDA, ils sont environ 9 fois plus nombreux (4,9 millions) à faire le chemin en sens inverse. À ce sujet, voir Bernd Stöver, *op. cit.*, p. 9.

¹⁴¹² *Ibid.*

après août 1961, il équivaut à une rupture des contacts directs, il signifie également que cette dernière va désormais évoluer dans l'autre camp, aux antipodes de l'éducation idéologique qu'elle a reçue et qui reflète manifestement les convictions politiques de sa mère. En franchissant le Rideau de fer, sa fille foule ainsi au pied ce à quoi Ingeborg E. semble croire, et c'est peut-être cela qui rend son départ pour l'Ouest d'autant plus difficile à accepter. Aux yeux du thérapeute, ce conflit pourrait en partie expliquer les douleurs physiques qui sont les siennes.

Comme le montrent ces deux dossiers, les départs vers l'Ouest peuvent ouvrir des blessures vivaces chez les proches demeurés à l'Est du Rideau de fer. L'impossibilité du retour, à laquelle s'ajoute le choix d'un environnement idéologique complètement différent, donnent à ces émigrations un caractère tout à fait particulier, et expliquent l'onde de choc qu'elles peuvent susciter chez ceux qui restent. Par ailleurs, au-delà du sentiment de tristesse, d'abandon ou d'incompréhension, les tentatives de fuite – qu'elles soient réussies ou non – ont des répercussions immédiates sur le quotidien de la famille proche, dans la mesure où elle peut être confrontée à l'intervention des forces de police, à l'instar de la patiente Klara K.. Cette dernière n'apprend en effet l'arrestation de son fils qu'au moment où elle voit des policiers dans son appartement, la frayeur qu'elle ressent à cet instant se propageant jusque dans ses jambes. En ce qui concerne Emma G., admise en psychiatrie en septembre 1961, c'est également le départ illégal de son fils pour l'Ouest qui provoque une dégradation de son état de santé, se caractérisant notamment par la résurgence d'anciennes peurs, en relation avec les forces de police¹⁴¹³. D'après sa fille :

« Elle attira l'attention seulement le 24 septembre. Le fils était en vacances avec l'*Interzonenpass*¹⁴¹⁴ et écrivit qu'il ne reviendrait pas, puis il envoya un télégramme disant qu'il reviendrait quand même. Toute la famille aurait été bouleversée. Pat. a eu à nouveau peur de la police. "Maintenant ils vont venir et je n'ai absolument rien à voir avec ça". Quand elle était chez sa fille, la police avait en effet appelé. Depuis, elle serait à nouveau de plus en plus apathique et anxieuse. Depuis environ 14 jours, elle dormait moins bien, depuis 8 jours elle serait apathique de manière frappante. »¹⁴¹⁵

¹⁴¹³ HPAC, F 578/61.

¹⁴¹⁴ L'*Interzonenpass* est un laissez-passer institué en 1946 qui permet de circuler entre les quatre zones d'occupation. Il est remplacé en 1953 par une « attestation personnelle » (*Personalbescheinigung*), document délivré par les autorités de RDA permettant de voyager en RFA. C'est de ce document dont il est ici question.

¹⁴¹⁵ « Auffällig wurde sie erst am 24.9.. Der Sohn war mit Interzonenpass in Urlaub und schrieb, dass er nicht wieder zurückkäme, dann schickte er ein Telegramm, er käme doch. Die ganze Familie wäre in Aufruhr gewesen. Pat bekam wieder Angst vor der Polizei. "Jetzt werden sie kommen und ich habe doch gar nichts damit zu tun". Als sie bei der Tochter war, habe tatsächlich das Polizeirevier angerufen. Seitdem wurde sie wieder zunehmend teilnahmslos und ängstlich. Seit ca. 14 Tagen schlafe sie schlechter, seit etwa 8 Tagen wäre sie auffallend bewegungsarm. » HPAC, F 578/61, Krankengeschichte, Jetzige Anamnese, Exploration der Tochter der Patientin, 2 octobre 1961.

Si cette femme d'une soixantaine d'années a déjà eu des accès de peur en 1954 et en 1957, la perspective d'être confrontée directement à la police, en raison du départ éventuel pour l'Ouest de son fils, la plonge dans un tel état d'angoisse qu'il provoque son admission à la clinique de la Charité. D'après son beau-fils, « elle a peur de la police, croit qu'on va venir chercher des revues occidentales parce que le fils n'est pas rentré de vacances à l'Ouest »¹⁴¹⁶. À nouveau, c'est le spectre de la police qui intervient immédiatement après la suspicion d'une « fuite de la République ». Pour l'équipe médicale, il s'agit d'une « psychose d'angoisse périodique », une cure d'opium est commencée avant que la patiente ne soit transférée à l'hôpital de Weißensee, où elle a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises. La peur d'une descente de police – en relation avec la « fuite de la République » d'un proche – se retrouve également dans le dossier d'Erna T.¹⁴¹⁷. Cette femme de 49 ans est hospitalisée durant un mois en psychothérapie en 1967. Selon l'épikrise, la patiente a dû « traverser énormément de désagréments en relation avec son fils, qui a fui la République »¹⁴¹⁸. Quand on ouvre la *Krankengeschichte*, on peut en effet lire les choses suivantes, dans le paragraphe consacré à « la névrose actuelle de la patiente » :

« Le fils (26 ans) était parti de l'autre côté, pat. avait plusieurs fois eu la police à la maison, avait aussi été emmenée au poste de police [*Präsidium*], où on avait fermé les portes derrière elle avec d'énormes clés. Elle avait refait tout le chemin seule. A pendant cette période à peine dormi, était toujours sous tension, en raison du fait qu'on puisse venir fouiller la maison. »¹⁴¹⁹

Le départ illégal de son fils pour l'Ouest suscite ainsi une situation de tension pour sa mère qui se retrouve directement aux prises avec l'appareil policier de RDA. Si, en cas de départ illégal vers l'Ouest, les répercussions – faisant notamment intervenir les forces de police – se font en premier lieu sentir au sein de la sphère familiale, on retrouve, dans les dossiers de patients, des cas laissant penser que l'onde de choc peut se faire beaucoup plus large. En témoigne par exemple le dossier de la patiente Ingeborg N., qui est admise en psychothérapie en août 1959, en raison de maux de têtes, de problèmes de sommeil et de

¹⁴¹⁶ « Nach Aussage des Schwiegersohns der Pat. sei diese seit 6 Wochen etwa immer stiller geworden. In letzter Zeit esse sie schlecht, schlafe unruhig und leide an Verfolgungswahn. Sie habe Angst vor der Polizei, glaube, dass man nach Westzeitschriften suchen würde, weil der Sohn aus dem Urlaub im Westen mit seiner Familie nicht zurückgekehrt ist. » *Ibid.*

¹⁴¹⁷ HPAC, F 390/67.

¹⁴¹⁸ HPAC, F 390/67, Epikrise, 16 novembre 1967.

¹⁴¹⁹ « Der Sohn (26 J.) war nach drüben gegangen. Pat. hatte mehrmals die Polizei im Hause, wurde auch zum Präsidium mitgenommen, wo ihr ganz unheimlich wurde, als man hinter ihr die Türen mit riesigen Schlüsseln zusperrte. All die Wege ging sie aber noch allein. Hat in der Zeit aber kaum geschlafen, war dauernd in Spannung, daß man zur Haussuchung kommen könnte. » HPAC, F 390/67, Krankengeschichte, Zur jetzigen Neurose.

difficultés pour écrire¹⁴²⁰. Durant l'anamnèse se font jour les conflits auxquels cette jeune patiente de 23 ans a dû récemment faire face. Ils concernent notamment sa scolarité à l'ABF, qui a été interrompue de manière brutale. Selon les dires de la patiente, elle aurait été le témoin d'une altercation entre son professeur de mathématiques et une étudiante, et aurait pris le parti du premier. Cependant, d'après le dossier,

« Comme cet enseignant quitta ensuite soudainement la RDA, on lui aurait reproché, comme elle s'était exprimée en sa faveur, d'avoir su pour son projet de fuite de la République. Le bruit aurait aussi couru qu'elle-même aurait entretenu des relations avec lui, et une procédure disciplinaire avait même été engagée contre elle, ce qui avait été retiré par la suite. Mais elle ne put pas passer son *Abitur* [*examen final d'études secondaires, qui équivaut au baccalauréat*]. Elle se sentait injustement jugée, a une connaissance influente au ZK [*Zentralkomitee, Comité Central*] qui l'aiderait à régler cette affaire. »¹⁴²¹

L'onde de choc que provoque le départ illégal vers l'Ouest de ce professeur semble ainsi toucher directement Ingeborg N., alors qu'elle ne fait manifestement pas partie de ses proches. Lors d'un entretien ultérieur, Ingeborg N. revient sur cet épisode qui a eu lieu au printemps 1959, soit quelques mois avant son admission. Elle se serait alors retrouvée « dans un état de grande anxiété »¹⁴²². La suspicion qui s'abat sur la jeune fille se concrétise en effet par de longs interrogatoires, qui l'empêchent de suivre les cours avec assiduité. Ingeborg N. renonce finalement à passer l'examen final. Si l'on suit les propos de cette patiente, le départ de ce professeur provoque bien une rupture dans sa scolarité, du fait du voile de suspicion qui s'abat alors sur elle. S'il est difficile de saisir la manière dont l'équipe médicale reçoit la parole de la patiente, le dossier ne faisant pas état d'un commentaire sur ce sujet précis, on peut cependant avancer plusieurs éléments permettant d'approcher son point de vue. Tout d'abord, dans le bilan du séjour, les maux de la patiente sont bien désignés comme « des symptômes névrotiques dans une situation conflictuelle »¹⁴²³: le lien de cause à effet entre le conflit et l'état de santé d'Ingeborg N. est bien mis en avant. Dans ce même document sont indiquées les grandes lignes du traitement suivi par la patiente durant son séjour à la clinique : un entraînement régulier à l'écriture a ainsi été mis en place ainsi que des activités visant à

¹⁴²⁰ HPAC, F 431/60.

¹⁴²¹ « Da dieser Lehrer dann aber plötzlich die DDR verlassen hätte, hätte man ihr, da sie ja gut für ihn ausgesagt hätte, vorgeworfen, dass sie von seiner beabsichtigten Republikflucht gewußt hätte. Es wäre auch gemunkelt worden, dass sie selbst Beziehungen zu ihm unterhalten hätte, und es wäre sogar ein Disziplinarverfahren gegen sie eingeleitet worden, was aber dann wieder zurückgezogen worden wäre. Ihr Abitur konnte sie aber nicht machen. Sie fühlte sich ungerecht beurteilt, hat eine einflußreiche Bekannte beim ZK, die ihr helfen würde, diese Angelegenheit zu klären. » HPAC, F 431/60, Krankengeschichte, Anamnese nach Angaben der Pat..

¹⁴²² HPAC, F 431/60, Krankengeschichte, Nachexploration, 10 septembre 1959.

¹⁴²³ HPAC, F 431/60, Epikrise, 23 décembre 1959.

l'occuper (*Belastung*) et à la détourner de ses douleurs (*Ablenkung*). Par ailleurs, toujours selon l'épicrise, « Par des entretiens, pat. a également pu être amenée à assimiler les conflits à l'ABF remontant à quelques temps et a pu être préparée à son retour professionnel. »¹⁴²⁴. Les conflits à l'ABF – dont le plus récent et le plus important a trait à la « fuite » du professeur de mathématiques – ont bien tenu une place centrale dans les échanges qu'Ingeborg N. a pu avoir avec le thérapeute. On en retrouve la trace dans la *Krankengeschichte*, dont la dernière page comporte le diagnostic suivant : « graphospasme chez une constitution tétanoïde et une personnalité paranoïaque » (*Schreibkrampf bei tetanoider Konstitution und paranoischer Persönlichkeit*). Ainsi, si le conflit qui a opposé l'étudiante à l'ABF, en relation avec le départ illégal d'un de ses professeurs vers l'Ouest, est bien pris en compte par l'équipe médicale, pour cette dernière, Ingeborg N. présente cependant une « personnalité paranoïaque », ce qui peut laisser entendre certaines réserves de la part de l'équipe médicale dans la réception de la parole de la patiente. Le conflit est certes pris en compte, mais la « constitution » et la « personnalité » de la patiente – en tant que facteurs endogènes – sont bien avancés dans l'établissement de son diagnostic. Comme en témoigne ce dossier, l'onde de choc qui se propage après un départ illégal vers « l'autre côté » peut toucher bien au-delà du cercle familial ou amical¹⁴²⁵.

Quand on traque – au sein des dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques – les divers visages que peut recouvrir l'Ouest dans les têtes et les expériences des patients, on est loin de faire face à une représentation unique et homogène. Source de menaces, susceptible de nuire à la santé des citoyens de RDA ; source de potentiels ennuis, dont il convient de ne pas se faire trop proche du fait de la répression ; pôle de concurrence, qu'il s'agit de mettre stratégiquement en avant dans certaines situations ; « ailleurs possible », évoqué ou rêvé et dont l'accès peut être lié à une expertise médicale, l'Ouest se fait définitivement multiple. Si ces représentations de l'Ouest se font particulièrement divergentes voire contradictoires, chacune d'entre elles reflète la manière dont a pu être intériorisée, utilisée, ou rejetée l'image de l'ennemi, ou celle de « l'autre côté », dans le contexte de la Guerre froide. Qu'il soit une menace ou un espoir, un repoussoir ou un lieu attractif, celui dont on se distingue ou celui que l'on suit, l'Ouest apparaît comme un motif aux significations multiples et mouvantes, mais qui reste définitivement un point de référence pour les individus vivant de l'autre côté du Rideau

¹⁴²⁴ « Durch Aussprachen konnte Pat. auch zur Verarbeitung der länger zurückliegenden Konflikte an der ABF u. ä. veranlaßt und auf die Rückkehr in ihren Beruf vorbereitet werden. » *Ibid.*

¹⁴²⁵ En ce qui concerne les répercussions dans la sphère familiale, Sandrine Kott souligne le processus de stigmatisation qui peut toucher ceux dont les proches ont franchi illégalement la frontière vers l'Ouest. Sandrine Kott, « *Die "Arbeiterklasse an der Macht" : die Geschichte der DDR aus der Randperspektive* », *op.cit.*, p. 469.

de fer.

Croisement des temporalités, jeux d'échelles, multiples visages de l'altérité. Si chacune des trois parties qui constituent ce chapitre s'est concentrée plus particulièrement sur l'une de ces pistes de réflexion, elles réapparaissent toutes trois dans chacun des thèmes abordés. Se pencher sur les expériences individuelles liées à la sortie de guerre et à la Guerre froide invite nécessairement à jongler avec ces éléments que sont le temps, l'échelle et l'image de l'Autre. Reconstituées à partir des dossiers de psychiatrie ou de psychothérapie, ces expériences des conflits permettent de soulever de nombreuses questions quant au phénomène guerrier. Au travers des dossiers des femmes violées par les soldats de l'Armée Rouge, on aborde la problématique de la lente déprise de la violence de guerre, tout comme celle de la démobilisation des esprits – au coeur de laquelle se trouve la question de la réhabilitation de l'ennemi. Le caractère dynamique de la sortie de guerre – dont les limites chronologiques restent floues – se fait également jour, les enjeux de la Guerre froide venant se superposer aux traumatismes laissés par la Seconde Guerre mondiale. Quant à la Guerre froide « vue d'en bas », telles qu'on peut la reconstituer à partir des expériences des patients, elle pose notamment la question de la physicalité du phénomène guerrier¹⁴²⁶, en l'absence même de combats, en l'absence même de soldats. Comme en attestent les dossiers, si elle ne se traduit pas par des affrontements d'hommes en armes, la Guerre froide laisse néanmoins des traces dans les esprits – et donc dans les corps – des citoyens de RDA. Plusieurs des dossiers sur lesquels nous nous sommes penchés ici, témoignent en effet de l'inscription des logiques de Guerre froide dans les représentations qu'ont ces acteurs de leur propre corps. Contre toute attente, cette version du conflit « vue d'en bas » place bien le corps de l'individu au coeur de la réflexion.

À l'échelle de l'acteur, les temporalités s'enchevêtrent, les échelles se croisent, l'Autre prend des visages multiples, et parfois contradictoires. Cette version « au ras du sol », où les individus, leurs expériences et leurs ressentis se trouvent au coeur de la réflexion, donne une vision complémentaire de la sortie de guerre comme de la Guerre froide, dans le contexte de la RDA des années 1960. La présence des conflits dans l'espace social, au plus intime de l'acteur, se fait alors concrète et visible.

¹⁴²⁶ À ce sujet, voir : Stéphane Audoin-Rouzeau, *Combattre..., op.cit.*, p. 239-315 (chapitre IV : « Combat et physicalité : accéder au corps ? »).

CONCLUSION

Cette étude nous a fait croiser les chemins d'hommes et de femmes ayant fait l'expérience de la société socialiste de l'intérieur. Ce sont les traces laissées par leur passage au sein de la clinique psychiatrique qui nous ont permis de reconstituer leurs maux, leurs expériences, leurs trajectoires singulières. Au hasard de l'ouverture d'un dossier, Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E., et bien d'autres, ont pris chair, sous la plume du médecin ou du psychologue en charge de leur cas. C'est par bribes et au travers du filtre du dossier que nous avons eu accès à ces existences, « à ces vies de quelques lignes ou de quelques pages, des malheurs et des aventures sans nombre, ramassés en une poignée de mots »¹⁴²⁷. Des tensions conjugales provoquées par des dissensions idéologiques aux conflits intérieurs d'une « fervente marxiste », de la douleur suscitée par la radiation du parti à celle née de la construction du Mur, des « délires réunificateurs » à ceux faisant de l'Ouest une source de menaces, ces expériences s'inscrivent dans la réalité sociale de la RDA des années 1960 et constituent un moyen d'entrer, par une porte dérobée, au sein de la société socialiste. Au terme de cette recherche, il convient de revenir sur ses principaux résultats, qu'ils aient trait à la réflexion méthodologique concernant l'utilisation du dossier de patient ou aux éclairages apportés sur la société de RDA.

1. L'apport des dossiers de patients comme source d'histoire de la RDA

Les dossiers de patients, qui constituent le principal matériau archivistique de cette étude, apparaissent comme une source particulièrement riche pour l'historien de la RDA, et ce pour plusieurs raisons. Ils permettent tout d'abord d'avoir accès à une parole rare dans le contexte de la société socialiste. Comme en témoignent nombre de dossiers exploités, l'échange avec le thérapeute constitue un cadre d'interaction propice à une certaine libération de la parole. Le patient peut y évoquer des conflits, ordinairement passés sous silence, du fait de la censure ou de l'auto-censure qui pèse sur les épaules des citoyens de RDA. Ce qui ne se dit pas, ou alors uniquement au sein de la sphère privée, peut être dit et consigné dans le dossier. Paul W. peut ainsi faire part de son incapacité à penser de manière marxiste, et

¹⁴²⁷ Michel Foucault, « La vie des hommes infâmes », in *Dits et Écrits. 1954-1988*, tome III (1976-1979), édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald, Paris, Gallimard, 1994, p. 237-253, ici p. 237.

Gerhard E. du malaise qu'il ressent au sein du contexte politique de la RDA. Les relations conflictuelles entretenues avec le parti sont évoquées par les « patients-camarades ». De la douleur provoquée par la construction du mur de Berlin au souhait de rejoindre l'Ouest, les sujets abordés dans le cadre de l'échange thérapeutique sont loin d'être anodins dans le contexte de la société socialiste et font des dossiers de patients des sources rares et précieuses. La prise de parole des femmes violées par les soldats de l'Armée Rouge, aussi retenue soit-elle, vient confirmer cette constatation. Au-delà du secret médical qui régit l'échange thérapeutique, c'est l'interprétation qui est faite de cette parole qui semble expliquer sa libération. La logique de circularité diagnostique, qui enferme les propos des patients dans une logique démonstrative, permet ainsi une libération de la parole. Étant appréhendés comme des patients de psychiatrie ou de psychothérapie, au sujet desquels il convient avant tout d'établir un diagnostic, les individus semblent jouir d'une certaine marge de manœuvre durant les échanges avec le thérapeute. Et c'est parce qu'ils sont insérés dans un cadre d'explication psychiatrique que les propos des patients peuvent laisser des traces dans la *Krankengeschichte*. Dans le contexte de la société socialiste, lire les comportements à l'aune d'un éventuel diagnostic permet de faire passer au second plan les règles – écrites ou non écrites – qui régissent ordinairement la prise de parole. Si cette découverte vient contredire l'image d'une psychiatrie instrumentalisée par le régime communiste, elle n'en fait pas pour autant un espace de résistance. Finalement, c'est la préservation de logiques professionnelles inhérentes à la pratique psychiatrique – la recherche du diagnostic se fait ici primordiale – qui explique la possibilité de cette prise de parole et de sa mise par écrit.

Plus généralement, au-delà de cette « libération par le diagnostic », une autre raison fait des dossiers de psychiatrie et de psychothérapie des sources précieuses pour l'historien, et ce parce qu'elles lui donnent accès à des éléments qui se font par ailleurs difficilement saisissables. Au travers des dires des patients, on entre dans la sphère de l'intime, des angoisses et des pensées honteuses, qui ne franchissent que difficilement la barrière de la parole. Peu de sources permettent ainsi d'approcher les conflits intérieurs qui tourmentent les individus, à l'image d'Otto F. qui craint de dire « Heil Hitler ! » en public ou d'Anneliese E., « fervente marxiste » aux pensées contre-révolutionnaires. Se font alors jour des pensées latentes – « des pensées provisoires, nébuleuses, incertaines »¹⁴²⁸ – qui, si elles ne se sont pas réalisées, si elles n'ont pas entraîné de passage à l'acte, ont tout de même existé. Ces pensées perturbatrices, douloureuses, lancinantes font entrer l'historien dans ce qui reste habituellement de l'ordre de l'indicible et de l'inavouable, et lui permettent d'interroger

¹⁴²⁸ Sabina Loriga, « La biographie comme problème », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles...*, *op.cit.*, p. 231.

différemment les expériences des acteurs individuels.

Si les dossiers de patients contiennent la trace d'une parole ordinairement censurée ou indicible, on y trouve également celle qu'on n'écoute habituellement pas, la parole délirante, qui, étymologiquement, « sort du sillon » de l'expression raisonnable. Faire du délire une source d'histoire constitue un défi méthodologique, sur lequel se sont récemment penchés les historiens¹⁴²⁹. Dans le cadre de notre étude, nous avons fait le choix d'intégrer les délires des patients à l'analyse. Tout comme le « délire restaurateur » de Martin, haricotier beauceron du XIX^e siècle, les délires des patients de la *Nervenlinik* sont bien « profondément ancré[s] dans l'Histoire »¹⁴³⁰. Tout en sortant du sillon, ils s'inscrivent dans la réalité historique qui les voit naître, témoignant pour chacun d'entre eux de la façon dont ces individus ont vécu leur *propre* Guerre froide. Faire tomber le Mur avec vingt ans d'avance, proclamer le retour de l'unité allemande ou faire passer le Rideau de fer à l'un de ses proches, autant d'expériences singulières qui semblent témoigner d'un « bénéfice positif de la psychose », susceptible de produire « des virtualités de création positives »¹⁴³¹. Le délire peut apparaître comme détenteur d'une certaine logique, donnant accès aux espoirs ou aux attentes les plus profondes de leurs auteurs. Aux côtés des « délires réunificateurs », d'autres font de l'Ouest un ennemi menaçant, susceptible de porter atteinte à la santé des citoyens de RDA, par la transmission d'ondes aériennes ou de rayons malfaisants. Les tensions de la Guerre froide peuvent ainsi être ressenties jusque dans la chair des individus, ce qui atteste bien d'un processus d'intériorisation – voire d'incarnation – du discours de propagande faisant de l'Ouest l'ennemi numéro un. Dans les deux cas, les délires des patients donnent accès à une parole qu'on ne trouve pas en d'autres archives, et qui permet de reconstituer, « au ras du sol », d'autres expériences de la Guerre froide. C'est une autre histoire, du point de vue du sujet délirant, qu'il s'agit alors d'écrire.

Ainsi, parce qu'ils contiennent les traces d'une parole ordinairement mise sous silence, du fait de la censure ou de l'auto-censure, de son caractère indicible, inavouable ou délirant, les dossiers de patients apparaissent, au terme de cette étude, comme une source précieuse pour étudier la société socialiste. C'est l'un des principaux apports de ce travail de recherche, qui cherchait à saisir certaines des tensions qui traversent cette société, en partant des expériences des individus qui la composent.

¹⁴²⁹ Hervé Guillemain, Laurence Guignard, « L'Histoire en délires. Usage des écrits délirants dans la pratique historique », *op. cit.*.

¹⁴³⁰ Philippe Boutry et Michel Nassif, *op. cit.*, p. 253.

¹⁴³¹ Jacques Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Le Seuil, 1975, p. 291. Cité par Jean-Claude Maleval, *op. cit.*, p. 10.

2. Les tensions de la société socialiste

Au fil de notre recherche, plusieurs éléments se sont fait jour, venant confirmer les résultats obtenus à partir d'autres sources, ou bien apporter des éclairages inédits sur la société de RDA. S'articulant autour de quatre axes thématiques, la grille d'interprétation que nous avons élaborée s'est construite à partir des traces laissées par le contexte politique et idéologique dans les dossiers de patients. Nous avons fait le choix de nous pencher sur ce qui nous a semblé spécifique au contexte est-allemand : la politisation des conflits, la présence du parti, la division allemande et les traces des conflits et notamment de la Guerre froide. À la lecture des sources, ces pistes de réflexion nous sont en effet apparues comme autant d'entrées possibles permettant d'interroger le rapport complexe de l'individu au pouvoir politique dans la RDA des années 1960. C'est bien un choix subjectif qui a guidé le dépouillement de ces archives et d'autres lectures pourraient naturellement être envisagées. Si nous nous sommes penchés sur des éléments pouvant apparaître comme les plus manifestes, il ne s'agissait pas de réduire la RDA et son histoire à une spécificité communiste, mais de reconstituer, à l'échelle des acteurs individuels, certaines des tensions et des contradictions qui traversent la société est-allemande, dans ses enchevêtrements avec le politique. À partir des expériences singulières des patients ainsi que de l'interprétation qui en est faite par le savoir psychiatrique, c'est une vision complexe et différenciée de la société socialiste qui est apparue, traversée par des lignes de tensions spécifiques. Traversant les chapitres de cette étude, elles constituent autant de fils directeurs autour desquels s'articule notre travail.

2.1 La présence des conflits et leur enchevêtrement à l'échelle de l'acteur

L'une des premières conclusions que l'on peut tirer concerne la présence des conflits au sein de l'espace social de la RDA, qu'ils appartiennent au passé ou au présent. Tout d'abord, comme on peut le constater au travers des expériences des patients, la société est-allemande porte profondément en elle les traces de la Seconde Guerre mondiale. On retrouve l'empreinte du dernier conflit mondial dans les trajectoires de nombre de patients, qu'ils aient servi au sein des rangs de la *Wehrmacht* (Otto F.), qu'ils aient fait l'expérience de la déportation (Franz K.), de l'expulsion (Elizabeth K.) ou de l'exil (Ursula G.). Au-delà de leurs différences, les parcours de ces individus portent la marque de la guerre, au travers notamment des ruptures biographiques qu'elle a pu susciter. Quinze ans après la fin officielle du conflit, telle qu'elle surgit dans le contexte de la construction du mur de Berlin, la peur de la guerre témoigne également de la prégnance du dernier conflit mondial dans l'espace social de la RDA. La

fermeture du dernier point de passage vers l'Ouest suscite ainsi la réactivation de peurs et d'angoisses directement liées aux souvenirs traumatiques de la Seconde Guerre mondiale (Ruth K., Ingeborg T.). Cet événement-clé de la Guerre froide est ainsi vécu au travers des expériences de la Seconde Guerre mondiale, dans un enchevêtrement des temporalités. L'échelle de l'acteur permet de saisir la manière dont les deux conflits, l'un passé, l'autre présent, s'entremêlent dans les expériences individuelles. Si la parole des femmes violées par les soldats de l'Armée Rouge témoigne de la persistance des traumatismes liés à la Seconde Guerre mondiale, elle souligne également les modalités selon lesquelles le contexte de Guerre froide avive ce souvenir douloureux. Au sein de la RDA des années 1960, où le bourreau d'hier est censé devenir l'ami d'aujourd'hui, la présence des soldats soviétiques fait ainsi remonter à la surface les traumatismes passés. Quand on se penche sur les traces laissées par la Guerre froide dans les dossiers de patients, on retrouve également cette imbrication entre les expériences des deux conflits. Ainsi, si Manfred N. se dit soumis à des signaux venus de l'Ouest, il souligne bien que les tremblements qu'il ressent vont jusqu'à toucher ses blessures de guerre. L'ancien soldat de la *Wehrmacht* fait de son corps le point de contact entre le présent de la Guerre froide et le passé de la Seconde Guerre mondiale. Si elle apparaît de manière plus ou moins éparse au fil des expériences des patients, cette imbrication permet d'éclairer d'une autre lumière l'histoire des conflits du XX^e siècle, en soulignant l'entremêlement qui les caractérise. On rompt alors avec un discours linéaire, qui passe d'un conflit à un autre, sans prendre en compte les effets de persistance et d'allers-retours. « Vue d'en bas », la société socialiste se voit ainsi traversée par des tensions qui s'inscrivent dans l'histoire des conflits du XX^e siècle, et qui soulignent les phénomènes de superposition, d'enchevêtrement et d'imbrication qui la caractérise.

2.2 Les logiques de différenciation et les lignes de partage de la société socialiste : capital politique et accès à l'Ouest

La spécificité des logiques de différenciation qui traversent la société socialiste constitue un deuxième élément sur lequel il convient de revenir au terme de cette étude. La clinique psychiatrique est apparue comme un observatoire privilégié pour saisir, selon une perspective décentrée, certaines des lignes de partage qui traversent la société est-allemande. Les configurations sociales du monde extérieur se perpétuant au sein de l'institution¹⁴³²,

¹⁴³² Cette approche va à l'encontre du concept d'« institution totale », d'après Erving Goffman, qui oppose radicalement la vie à l'intérieur de l'institution au « monde extérieur ». Voir : Erving Goffman, *Asiles...*, *op. cit.*. Pour une approche critique de l'utilisation de ce concept en histoire, voir : Falk Bretschneider, « Die Geschichtslosigkeit der "Totalen Institutionen"... », *op. cit.*. La « porosité » de l'institution est en effet l'une des conclusions tirées par plusieurs historiens de l'époque moderne, et ce pour différents contextes. Voir

braquer le regard sur la clinique permet d'approcher différemment certaines logiques de fonctionnement de la société socialiste.

Le cas particulier des « patients-camarades » a ainsi permis de souligner le rôle du capital politique dans l'espace social de la RDA, ce qui se reflète dans les interactions au sein de la clinique. Activer son capital politique et/ou militant peut permettre de se distinguer de la masse des autres patients (Erika R., Karl T.) ou de faire face à un discours médical potentiellement angoissant (Karl-Heinz R., Wilhelm I.). Les patients puisent dans leurs expériences personnelles, antérieures à leur admission, des ressources leur permettant d'interagir à l'intérieur de l'institution. Contrairement au modèle de l'« institution totale », où l'identité du reclus se trouve entièrement déterminée par sa situation de reclus, les interactions des « patients-camarades » témoignent des multiples ressources dont ils disposent et qui s'inscrivent dans leurs trajectoires individuelles. Quant aux thérapeutes, ils peuvent également s'appuyer sur le capital politique qui leur a été conféré par le parti dans les interactions qu'ils ont avec les patients (dans le cadre notamment du recueil d'informations). Entre les murs de la clinique, des logiques inhérentes au fonctionnement social de la RDA apparaissent bien en filigrane : elles attestent de l'importance du capital politique (et/ou militant) pour se définir non seulement face aux autres mais également et peut-être surtout face à soi-même.

Si le rôle du capital politique en tant que critère de différenciation sociale s'est fait jour au fil des dossiers, distinguant ceux qui en détiennent des autres, nous avons pu constater l'émergence d'une autre ligne de partage qui traverse la société socialiste des années 1960. Elle s'articule autour de la relation entretenue avec l'Ouest. De manière générale, l'analyse des dossiers de patients atteste de l'omniprésence de l'Ouest au sein de l'espace social de la RDA, et ce quelle que soit la forme prise par ce motif. Vecteur de menaces, source d'angoisse, pôle de concurrence ou « ailleurs possible », l'Ouest détient une importance singulière dans les représentations de l'époque, et constitue un point de référence central pour les individus vivant au sein de la société socialiste. C'est ce qui explique la rupture multidimensionnelle provoquée par la fermeture du dernier point de passage vers l'Ouest, et dont on retrouve les traces dans les dossiers de la *Nervenklinik*. Si l'Ouest constitue une référence primordiale pour les citoyens de RDA, les modalités de son accès permettent de dessiner une ligne de partage supplémentaire au sein de la société est-allemande. On la saisit non seulement au travers des expériences des patients de la *Nervenklinik* mais également quand on se penche sur l'interprétation qui en est faite par le discours médical. Tout d'abord, et c'est la première

notamment : Sabina Loriga, *Soldats. Un laboratoire disciplinaire : l'armée piémontaise au XVIII^e siècle*, Paris, Les Belles Lettres, 2007 ; Falk Bretschneider, *Gefangene Gesellschaft. Eine Geschichte der Einsperrung in Sachsen im 18. und 19. Jahrhundert*, Constance, Universitätsverlag Constance, 2008.

déclinaison de cette ligne de partage, ceux qui partent à l'Ouest se voient définitivement séparés de ceux qui restent, du fait de la spécificité du régime migratoire de RDA (en raison des possibilités extrêmement limitées d'émigrer légalement, un retour en RDA revient à s'exposer à des poursuites judiciaires). À cette époque, et c'est l'une des spécificités de ce phénomène migratoire, le départ pour l'Ouest entraîne l'exclusion définitive de la société socialiste. Les dossiers de patients permettent de revenir sur les formes prises, à l'est du Rideau de fer, par cette séparation, en interrogeant les expériences de ceux qui restent quand les autres s'en vont. Deuxièmement, ceux qui peuvent se rendre à l'Ouest, qui bénéficient par exemple du statut d'invalidé (*Invalidenrentner*), se distinguent de l'immense majorité de la population pour laquelle le Rideau de fer reste infranchissable. Dans la RDA des années 1960, l'attribution du statut d'invalidé – qui dépend de l'avis du médecin – recouvre des enjeux tout à fait spécifiques, puisqu'il donne accès à un privilège rare : la possibilité de franchir le Rideau de fer, dans des conditions légales. C'est ce qui explique l'association qui peut être effectuée entre le désir de se rendre à l'Ouest et le diagnostic psychiatrique de « névrose de compensation » (*Rentenneurose*). C'est la troisième déclinaison de cette ligne de partage : ceux qui souhaitent aller à l'Ouest ou chez qui l'on soupçonne un tel désir, se différencient des autres, dans la mesure où ils sont susceptibles d'entrer dans la catégorie des *Rentenneurotiker* (Helmut T., Ilse H.). Comme en attestent les dossiers de patients, une ligne de partage qui fait de l'accès à l'Ouest un critère de différenciation se dessine ainsi au sein de la société socialiste des années 1960. Loin d'être homogène, la société est-allemande est bien traversée par des lignes de différenciation spécifiques, dont on retrouve les traces dans les murs de la clinique.

2.3 Les processus d'appropriation et d'intériorisation à l'œuvre au sein de la société socialiste

Troisièmement, au fil des pistes de réflexion que nous avons soulevées, nous avons pu constater, à l'échelle des individus, les effets des discours et des normes diffusés par le régime. Au travers des cas individuels sur lesquels nous nous sommes penchés, des processus d'appropriation des discours et d'intériorisation des normes se sont ainsi fait jour. Si les effets produits sur les individus ne correspondent pas toujours au vœux du régime, les formes de réappropriation des discours et d'intégration des normes par les individus se font en fonction de leurs expériences présentes et passées, de leurs inscriptions sociales, et des multiples contextes qu'ils ont traversés. C'est bien ce dont attestent les dossiers de patients de la *Nervenklinik*.

En ce qui concerne tout d'abord l'appropriation du cadre idéologique, on peut

distinguer plusieurs éléments de réflexion. Au sein de la sphère privée, le processus d'appropriation peut être démontré par l'utilisation des mots de l'idéologie dans le cadre des relations intra-familiales. Comme nous avons pu le constater, quand on se penche sur la politisation des tensions familiales, la grille de lecture générationnelle peut expliquer un rapport différencié à l'idéologie. De manière générale, les trajectoires personnelles, les parcours singuliers, les expériences biographiques des patients constituent une clé de compréhension centrale quand on se penche sur l'appropriation du discours idéologique par les individus ainsi que sur les limites de ce processus. En témoigne l'exemple du Mur. Les histoires personnelles et familiales des patients, leurs inscriptions géographiques et sociales, sont autant d'éléments qui expliquent l'imperméabilité de ces individus face à un discours idéologique qui fait du Mur un rempart contre les attaques du « camp impérialiste ». En relation avec les multiples ruptures qu'il provoque, dans les esprits des individus, le Mur se fait bien plus source de maux, comme en témoigne la naissance de l'expression « maladie du Mur ». Dans le champ des représentations, l'Ouest constitue bien un « ailleurs possible » – et donc un lieu attractif –, ce qui atteste à nouveau des obstacles auxquels doit faire face la propagande officielle. Quant aux délires qui font de l'Ouest une source de menace, ils témoignent au contraire d'une assimilation du discours idéologique qui fait du « camp impérialiste » un ennemi dont il faut se protéger. Comme le montrent les dossiers de patients, l'éclairage biographique se fait à nouveau particulièrement utile pour apprécier les modalités de ce processus.

Au fil de notre travail, nous nous sommes également penchés sur les processus d'intériorisation des normes – entendues ici comme des règles de comportement. Pour ce faire, nous nous sommes particulièrement intéressés aux tourments qui traversent les sujets, et dont on peut reconstituer la trace à partir des dossiers psychiatriques et psychothérapeutiques. Ainsi, quand on se penche sur les conflits intérieurs dont souffrent les patients, on peut tenter de saisir les modalités selon lesquelles le sujet peut faire siennes les normes inhérentes à la société socialiste. Ce processus ne se fait pas sans frictions, et ce d'autant plus quand les individus font successivement l'expérience de contextes sociaux hétérogènes. Ce qui était la norme quelques années plus tôt (comme le salut hitlérien par exemple), peut se faire signe de déviance, les acteurs devant s'adapter à ce basculement d'un monde à un autre (Otto F.). Les traces des expériences socialisatrices passées peuvent ainsi entrer en contradiction avec ce qui est exigé par la situation présente, et qui s'inscrit dans le contexte social de la RDA. Ces tensions intérieures, documentées dans les dossiers de patients, permettent de saisir le processus d'incorporation des normes sociales, dans toute sa complexité. La peur de la

transgression, qui peut faire basculer l'individu dans la sphère de la maladie, atteste bien de l'assimilation des règles en vigueur au sein de la société socialiste, où il n'est pas de bon ton de faire le salut hitlérien ou d'insulter le parti communiste (Otto F., Eva E.). Les pensées perturbatrices qui tourmentent les patients, et qui sont appréhendées comme autant de signes d'une névrose, témoignent alors d'un processus d'intériorisation en cours. Quand ces pensées, parce qu'elles viennent contredire l'idéologie officielle, restent de l'ordre de l'indicible, quand la censure se transforme en auto-censure, l'incorporation des normes semble avoir atteint un degré nettement plus avancé (Anneliese E.).

Le cas particulier des « patients-camarades » permet également d'interroger ce processus d'intériorisation des normes, chez des individus qui se trouvent au cœur du projet de transformation sociale, puisqu'ils sont censés montrer le chemin à suivre. Comme nous avons pu le constater, les tourments intérieurs dont font part les membres du SED peuvent s'expliquer par l'impossibilité de se conformer au modèle prescrit par l'organisation partisane. L'écart qui existe entre l'idéal militant – l'homme nouveau de la société socialiste – et l'être militant conduit à l'émergence de conflits qui attestent de la prise en charge du contrôle disciplinaire par le sujet lui-même. Ce n'est pas une instance extérieure qui pointe du doigt les défaillances de l'individu mais le camarade lui-même, qui exprime un sentiment de culpabilité ou de honte face à ce qui lui apparaît comme une transgression. Si la contrainte – exercée par le parti – se transforme en des mécanismes d'auto-contrôle, les conflits se transfèrent donc également à l'intérieur du sujet. L'intériorisation du contrôle disciplinaire s'accompagne ainsi d'une intériorisation des conflits, le camarade ayant intériorisé les normes de la vie partisane ne se trouvant plus face au parti mais face à lui-même. On retrouve une logique comparable quand on se penche sur les conflits intérieurs dans lesquels se trouvent plongés les camarades visés par les procédures disciplinaires. En effet, si ces individus se trouvent en proie à de véritables tourments intérieurs, c'est bien parce que la reconnaissance que leur accorde le parti constitue un élément central de leur identité sociale. Les camarades dont la loyauté politique est remise en cause peuvent ainsi se retrouver dans de véritables crises identitaires, comme en attestent les dossiers de patients. Le conflit qui oppose le camarade au parti se transfère à nouveau au sein du camarade, qui se trouve confronté à une « perte de soi ». L'intériorisation des conflits témoigne non seulement de l'intériorisation des normes de la vie partisane mais également de la force du cadre d'identification, dont dispose le parti communiste. Les dossiers de patients, parce qu'ils témoignent du passage des conflits vers l'intérieur du sujet, constituent des sources pertinentes pour saisir ce qui fait la spécificité du rapport à soi dans le cadre de l'engagement communiste.

À travers les cas individuels des patients, qu'ils appartiennent au parti ou non, on perçoit bien dans quelle mesure « l'économie psychique » des individus – au sens où l'entend Norbert Elias¹⁴³³ – peut être mise en relation avec un mode spécifique d'exercice du pouvoir, producteur de normes et de valeurs. Les tourments intérieurs qui rongent les patients de la *Nervenklinik* peuvent être mis en relation avec la configuration extérieure de la société socialiste, avec les règles de comportement qui sont diffusées par le régime. La contrainte se meut en auto-contrainte, la censure en auto-censure, le contrôle n'est plus exercé par une instance extérieure au sujet mais par le sujet lui-même. Ce processus s'accompagne également d'une intériorisation des conflits, qui laisse l'individu face à lui-même. Ce passage de l'extériorité vers l'intériorité constitue un élément central du « processus de civilisation » décrit par Norbert Elias et qui postule l'interaction entre la transformation des structures étatiques (le développement de l'État dans sa forme moderne) et celle des structures psychiques (qui se traduit par une intériorisation progressive des pulsions, des émotions et des contraintes). Ce processus qui associe « sociogénèse de l'État » et « psychogénèse de l'individu » se pense dans le temps long, sur plusieurs siècles (de la seigneurie féodale du XI^e siècle au siècle des Lumières). Comme l'écrit Michel Christian au sujet de la RDA, « il est donc peu prudent de parler d'un "processus de civilisation" à l'échelle de trois générations »¹⁴³⁴. Cela dit, et c'est la conclusion tirée par cet historien, qui s'inscrit dans la réflexion menée par Sandrine Kott, sans parler de « processus de civilisation » socialiste, on peut toutefois avancer l'idée de l'émergence d'un « sujet socialiste »¹⁴³⁵. Les conflits intérieurs auxquels doivent faire face les patients, et qui s'inscrivent pleinement dans le contexte historique de la société socialiste, confirment pleinement cette hypothèse. À l'image de la conception avancée par Norbert Elias, les individus apparaissent alors comme « la conjonction indissociable, d'un contexte historique, d'une configuration extérieure et d'une intériorité »¹⁴³⁶.

3. De l'acteur à la réalité sociale, de l'étude de la société socialiste à celle d'autres sociétés

Cette étude s'est concentrée sur la société socialiste et les individus qui la composent au cours des années 1960. Au travers des expériences de patients de psychiatrie et de psychothérapie et de l'interprétation qui en est faite par le savoir médical, il s'agissait de saisir

¹⁴³³ Norbert Elias, *La Dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.

¹⁴³⁴ Michel Christian, « Parti et société en RDA et en Tchécoslovaquie... », *op. cit.*, p. 609.

¹⁴³⁵ *Ibid.*

¹⁴³⁶ Nathalie Heinich, *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La Découverte, 2002 [1997], p. 51.

certaines des tensions qui traversent cette société, en relation avec le contexte politique et idéologique. Si cette approche a permis d'apporter un éclairage nouveau sur certains aspects de la réalité historique en RDA, elle peut ouvrir des pistes de réflexion que l'on pourrait tester sur d'autres sociétés européennes, qu'elles concernent la valeur heuristique d'un travail centré sur l'acteur ou l'utilisation du dossier de patient comme source d'histoire.

Tout au long de notre travail, nous nous sommes attachés à reconstituer, à partir des traces laissées dans les dossiers, les expériences des patients de la *Nervenlinik*. La focale a donc été placée à l'échelle de l'acteur individuel, le choix de cette échelle d'observation produisant des effets de connaissance spécifiques. En chacun des patients de la clinique, au travers de leurs maux, de leurs angoisses, de leurs conflits, mais également de leurs trajectoires personnelles, est apparue, dans ses dimensions les plus diverses, la réalité sociale de la RDA. Pour reprendre une métaphore développée par le sociologue Bernard Lahire, à l'échelle de l'acteur, on appréhende la réalité sociale sous une forme chiffonnée ou froissée. Les multiples dimensions de l'espace social « se plient toujours de façon relativement singulière en chaque acteur individuel »¹⁴³⁷. C'est ce que le sociologue désigne sous l'expression des « plis individuels du social », qui prennent une forme toujours singulière en chaque individu. Comme le souligne Bernard Lahire, « les acteurs ont traversé dans le passé et traversent en permanence de multiples contextes sociaux (univers, institutions, groupes, situations...) ; ils sont les fruits (et les porteurs) de toutes les expériences (pas toujours compatibles, pas toujours cumulables, et parfois hautement contradictoires) qu'ils ont vécues dans de multiples contextes »¹⁴³⁸. L'acteur individuel se définit alors comme « le produit de multiples opérations de plissements (ou d'intériorisation) et se caractérise donc par la multiplicité et la complexité des processus sociaux, des dimensions sociales, des logiques sociales, etc., qu'il a intériorisés »¹⁴³⁹. À l'échelle de l'acteur, la réalité sociale se manifeste donc sous une forme pliée, froissée, chiffonnée, ce qui permet d'apporter un éclairage nouveau à l'explication historique, qui gagne alors en complexité. Comme nous avons pu le constater, l'échelle de l'acteur permet ainsi de souligner la manière dont les temporalités s'enchevêtrent, en rompant avec un discours historique linéaire. Quant aux processus d'intériorisation des normes, ils prennent une forme différenciée en fonction des expériences des acteurs, qu'elles soient présentes ou passées. Le rapport entretenu avec le régime politique s'éclaire également différemment à la lumière des inscriptions sociales et des trajectoires individuelles des patients de la *Nervenlinik*, telles qu'on peut les reconstituer à partir de leurs

¹⁴³⁷ Bernard Lahire, *op. cit.*, p. 233.

¹⁴³⁸ *Ibid.*

¹⁴³⁹ *Ibid.*

dossiers. Le sens qu'il peuvent donner à cette relation de domination, dont ils constituent l'un des pôles, s'insère toujours dans la singularité d'un parcours individuel, dépendant finalement de la manière dont l'espace social s'est plié en eux. Finalement, et comme l'a écrit l'historienne Sabina Loriga, « les voix individuelles colorent toujours différemment les relations de pouvoir »¹⁴⁴⁰. Feuille de papier froissée ou morceau de tissu chiffonné, l'acteur individuel et singulier apparaît bien comme une entrée possible pour reconstituer la complexité d'un contexte historique donné.

Dans cette perspective, le dossier de patient – sous réserve qu'il soit suffisamment documenté – apparaît comme une source tout à fait précieuse. Parce qu'elle permet de reconstituer, ne serait-ce que par bribes, les trajectoires individuelles, cette source invite à se pencher sur les parcours singuliers des patients, au travers de plusieurs contextes sociaux. Plus généralement, l'approche qui a été la nôtre pourrait s'appliquer à l'étude d'autres sociétés européennes, en approfondissant les pistes de réflexion méthodologiques que nous avons soulevées. Partant de l'analyse des dossiers de patients d'une société donnée, il s'agirait de reconstituer un contexte historique ainsi que certaines des tensions qui lui sont spécifiques. Tout comme les patients de la *Nervenklinik*, les patients d'une clinique ouest-allemande, française ou italienne, au travers de leurs inscriptions sociales et de leurs trajectoires individuelles, portent en eux la complexité de la réalité historique au sein de laquelle ils évoluent. À partir des « froissements toujours singuliers »¹⁴⁴¹ qui constituent ces acteurs, des interactions qui sont les leurs au sein de l'institution, il s'agirait de repérer certaines logiques inhérentes aux sociétés auxquelles ils appartiennent. Par ailleurs, si la logique de circularité diagnostique peut avoir un effet libérateur au sein du contexte socialiste, il serait intéressant de se pencher sur ses effets dans d'autres contextes historiques, comme ceux des démocraties occidentales. Dans quelle mesure, dans un contexte démocratique, cette « libération par le diagnostic » permet-elle d'avoir accès à une parole ordinairement passée sous silence ? Le cadre de l'échange thérapeutique suscite-t-il l'émergence de sujets tabous ? Que nous disent-ils des tensions qui traversent cette société ? C'est une piste de réflexion qui mériterait d'être creusée, en s'appuyant sur des fonds d'archives issus de différentes institutions psychiatriques européennes. Dans le cadre de notre recherche, pour faire l'analyse des fonctionnements sociaux à l'œuvre au sein de la société socialiste, nous avons utilisé des outils méthodologiques – issus notamment de la discipline sociologique – qui ont été forgés pour comprendre le fonctionnement des démocraties pluralistes. Il serait intéressant de faire le chemin en sens inverse, s'inspirant d'une approche testée sur le cas est-allemand pour aborder

¹⁴⁴⁰ Sabina Loriga, *Soldats.., op. cit.*, p. 164.

¹⁴⁴¹ Bernard Lahire, *op. cit.*, p. 234.

un terrain d'enquête occidental.

C'est sur cette perspective que nous souhaiterions clore ce travail, en soulignant une piste de recherche que nous n'avons pu qu'esquisser et qui concerne la constitution du discours délirant en tant que source d'histoire. Si nous avons intégré les délires des patients à notre analyse, en tentant de démontrer dans quelle mesure ils s'inscrivaient dans la réalité historique qui les voit naître, il s'avèrerait sans aucun doute passionnant de se pencher sur les délires qui ont occupé les têtes, durant la même période, de l'autre côté du Rideau de fer. Retrouve-t-on des « délires réunificateurs » en Allemagne de l'Ouest ? Quelles formes prennent-ils ? Plus généralement, comment délire-t-on la Guerre froide dans le camp occidental ? Dans le cadre de notre étude, suivant une perspective avancée par la psychanalyse, nous avons pu interpréter les délires des patients comme des tentatives de guérison, comme des moyens permettant de fuir une réalité insupportable pour en bâtir une autre. Par le délire, l'historien peut alors saisir les espoirs ou les attentes du sujet. C'est une piste de recherche sur laquelle il conviendrait de se pencher, en élargissant le terrain d'enquête. Reconstituer « la logique du délire »¹⁴⁴² permettrait d'écrire l'histoire d'une autre réalité historique, celle qui permet au sujet délirant d'apaiser ses peurs et ses angoisses.

¹⁴⁴² Jean-Claude Maleval, *op. cit.*

SOURCES

ARCHIVES

BUNDESARCHIV BERLIN (BArch)

DQ 1 : Ministerium für Gesundheitswesen

- BArch DQ 1/6195 : Fachausschuss für Psychiatrie (1959-1964)
- BArch DQ 1/3583 : Tagungen der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften für Psychiatrie und Neurologie ; Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch (Vogtland), Mai 1963 ; Studienaufenthalte im sozialistischen Ausland sowie Studienaufenthalte ausländischer Ärzte in der DDR (Berichte) 1958-1965
- BArch DQ 1/2421 : Schriftwechsel mit Zentralen Arbeitskreisen für Forschung und Technik / Psychiatrie und geistige Gesundheit (Problemkommission) 1964-1966

DQ 109 : Rat für medizinische Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen

- BArch DQ 109/278 : Problemkommissionen und Arbeiten auf medizinische Fachgebiete (1967-1968)
- BArch DQ 109/277 : Problemkommissionen und Arbeiten auf medizinische Fachgebiete (1966-1971)
- BArch DQ 109/260 : Problemkommissionen und Arbeiten auf medizinische Fachgebiete (1966-1970)
- BArch DQ 109/258 : Problemkommissionen und Arbeiten auf medizinische Fachgebiete (1968-1971)
- BArch DQ 109/252 : Problemkommissionen und Arbeiten auf medizinische Fachgebiete (1969-1975)
- BArch DQ 109/95 : Problemkommissionen und Arbeiten auf medizinische Fachgebiete (1970)

DR 3-B : Ministerium für Hoch-und Fachschulwesen – Berufungsakten

BArch DR 3-B/15124 : Personalakte Dietfried Müller-Hegemann

BArch DR 3-B/12538 : Personalakte Dagobert Müller

DF 4 : Ministerium für Wissenschaft und Technik (Teil 4 : Jahresberichte zu Forschungsaufträgen der Universitäten und Hochschulen 1952-1963)

Rapports annuels de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (ces rapports ont été comparés aux rapports présents au sein du fonds des archives administratives de la clinique)

BArch DF 4/58977 : Jahresbericht 1956

BArch DF 4/59955 : Jahresbericht 1957

BArch DF 4/60992 : Jahresbericht 1958

BArch DF 4/62024 : Jahresbericht 1959

BArch DF 4/63363 : Jahresbericht 1960

BArch DF 4/53614 : Jahresbericht 1961

BArch DF 4/51683 : Jahresbericht 1962

Stiftung der Parteien und Massenorganisationen der DDR im Bundesarchiv (SAPMO-BArch)

DY 30 : Abteilungen Gesundheitspolitik im Zentralkomitee der SED

SAPMO-BArch DY 30 IV/2/19/104 : Entwicklungen der Psychiatrie 1959-1961

BEHÖRDE DES BUNDESBEAUFTRAGTEN FÜR DIE UNTERLAGEN DES STAATSSICHERHEITSDIENSTES DER EHEMALIGEN DDR (BERLIN) / BStU

IM « Grabowski »

BStU, MfS AIM 1847 / 41, Band 4.

GI « Mertens »

BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A1.

BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band A2.

BStU, MfS AIM 6892 / 62, Band P.

IM « Fritz Steiner »

BStU, MfS AIM 13788 / 83, Band 1.

BStU, MfS AIM 13788 / 83, Band 2.

IM « Schumann »

BStU, MfS ZA, AIM 8249/87, Teil I.

BStU, MfS ZA, AIM 8259/87, Teil II.

Sur la réception du livre de Dietfried Müller-Hegemann (*Die Berliner Mauerkrankheit. Zur Soziogenese psychischer Störungen*, Nicolai, Herford, 1973) : BStU, MfS AP 33192/92

UNIVERSITÄTSARCHIV HUMBOLDT UNIVERSITÄT BERLIN (UA HUB)

Dossiers personnels consultés (*Personalakten*) :

Karl Leonhard, Alfred A., Edith B., Heinz D., Dimitrios F., Hans G., Rudolf H., Richard H., Alma J., Hans M., Josef P., Heinz F. A. S., Heinz S., Hans S., Sieglinde von T. , Eduard W..

Sur le syndicat (FDGB) :

UA HUB Medizinische Fakultät II / 0402 Betriebsgewerkschaftsleitung 1-59

LANDESARCHIV BERLIN (LAB)

LAB C Rep 903-01-12 : Kreisleitung der SED-Humboldt-Universität zu Berlin

LAC C Rep 903-01-12-72 : Protokolle von Leitungssitzungen, Mitgliederversammlungen
und Berichte der Fakultätsparteileitung medizinische Fakultät
Band 1 (1953-1958)

LAC C Rep 901-01-12-73 : Protokolle von Leitungssitzungen, Mitgliederversammlungen
und Berichte der
Fakultätsparteileitung medizinische Fakultät Band 2
(Februar 1959-April 1962)

LAB C Rep 903-01-12-108 : Medizinische Fakultät 1960, 1961, 1962

LAB C Rep 904-225 : **Grundorganisation der SED-Humboldt-Universität zu Berlin, Bereich Medizin (Charité)**

- LAB C Rep 904-225-1 : Delegiertenkonferenzen vom 16. November 1966
- LAB C Rep 904-225-2 : Delegiertenkonferenzen (1963-1966)
- LAB C Rep 904-225-3 : Wahlberichtsversammlungen (1964-1966)
- LAB C Rep 904-225-4 : Mitgliederversammlungen 1963-1967
- LAB C Rep 904-225-5 : Parteiaktivtagungen 1964
- LAB C Rep 904-225-6 : Parteiaktivtagungen 196
- LAB C Rep 904-225-7 : GO-Leitungssitzungen Februar – November 1963
- LAB C Rep 904-225-10 : Beschlüsse der Fakultätsparteileitung (1964-1967)
- LAB C Rep 904-225-11 : Informationsberichte über die politisch-ideologische Arbeit der Parteiorganisation (1963-1967)
- LAB C Rep 904-225-12 : Monatsberichte zu politisch-ideologischen Problemen innerhalb der Parteiorganisation (1963-1967)
- LAB C Rep 904-225-13 : Einschätzung und Berichte über die politisch-ideologische Lage am Bereich Medizin (1964-1966)
- LAB C Rep 904-225-15 : Bericht über das Parteilehrjahr (1963-1967)
- LAB C Rep 904-225-17 : GO Leitungssitzungen (Juni-April 1968-1969)
- LAB C Rep 904-225-21 : Umtausch der Parteidokumente (Berichte und Einschätzungen der Grundorganisation und der Abteilungsparteiorganisation 1970)
- LAB C Rep 904-225-22 : Einschätzungen und Informationen im Zusammenhang mit den Ereignissen in der CSRR 1968
- LAB C Rep 904-225-24 : Wahlberichtsversammlungen der Parteigruppen (Kliniken, Institute, Angestellte) 1969

HISTORISCHES PSYCHIATRIEARCHIV DER CHARITÉ (HPAC), BERLIN

Verwaltungsarchiv der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité¹⁴⁴³

- B II 4 : Ärztlicher Schriftverkehr (1948-1962)
- B II 5 : Ärztlicher Schriftverkehr (1961-1970)

¹⁴⁴³ Nous utilisons les cotes en vigueur au moment où nous avons dépouillé ces sources. Suite à une réorganisation des archives administratives de la clinique, ces cotes ont été remplacées par un autre mode de classement (un double système de cotes étant en place, les anciennes cotes restent cependant toujours valables).

- B II 8 : Zeugnisse Mitarbeiter Nervenlinik (1963-1969)
- B II 9 : Korrespondenzen von Thiele und Leonhard mit ehemaligen Ärzten (1955-1962)
- B II 10 : Verwaltungsakte Reisen (1962-1966)
- B II 11 : Schriftwechsel (1967-1968)
- B II 12 : Ärztlicher Schriftverkehr (1969-1971)
- B III 1 : Direktionsprotokolle, sonstige Protokolle, Jahresberichte für Forschungsleitstelle
- B III 2 : Forschungsarbeiten, Jahresberichte (1949-1967)
- B IV 1 : Schriftverkehr mit Charité-Direktion, Fakultät, Universitätsverwaltung, Regierungsstellen, Allgemeine Personalangelegenheiten (1953-1962)
- B IV 2 : Schriftverkehr mit Charité-Direktion, Fakultät, Universitätsverwaltung, Regierungsstellen, Allgemeine Personalangelegenheiten (1953-1970)
- B IV 6 : Schriftverkehr mit Leonhard, Charité-Direktion und Verwaltung, anderen Kliniken, Apotheken, Universitätsverwaltung (1963-1965)
- B IV 9 : Inspektions-Haus-Angelegenheiten
- B IV 10 : Haushaltspläne, Etatangelegenheiten, Wirtschaftsberichte der Universitätskliniken (1962-1970)
- B IV 11 : Haushaltspläne bezüglich Bauplanung

Krankenaktenarchiv

Année	Cartons de dossiers consultés ¹⁴⁴⁴	
	La date d'admission du patient constitue un premier critère de classement, il est remplacé en 1965. À partir de cette date, les dossiers sont classés par ordre alphabétique.	
1960	FEMMES	HOMMES
	4 janvier – 11 janvier 12 janvier – 25 janvier 28 janvier – 15 février 16 février – 26 février 27 février – 11 mars 11 mars – 28 mars 29 mars – 19 avril 19 avril – 27 avril 28 avril – 11 mai 12 mai – 27 mai 27 mai – 7 juin 8 juin – 20 juin	2 janvier – 11 janvier 11 janvier – 4 février 4 février – 29 février 1er mars – 9 mars 10 mars – 29 mars 31 mars – 24 avril 22 avril – 12 mai 12 mai – 27 mai 29 mai – 9 juin 10 juin – 20 juin 20 juin – 4 juillet 5 juillet – 18 juillet

¹⁴⁴⁴ Nous indiquons ici ce qui est inscrit sur chaque carton.

	<p>20 juin – 30 juin 1er juillet – 17 juillet 18 juillet – 29 juillet 1er août – 14 août 15 août – 25 août 26 août – 8 septembre 8 septembre – 3 octobre 3 octobre – 8 octobre 9 octobre – 3 novembre 4 novembre – 28 novembre 29 novembre – 27 décembre 27 décembre – 31 décembre</p>	<p>18 juillet – 3 août 5 août – 17 août 18 août – 2 septembre 5 septembre – 19 septembre 20 septembre – 6 octobre 6 octobre – 22 octobre 22 octobre – 7 novembre 7 novembre – 22 novembre 22 novembre – 12 décembre 14 décembre – 31 décembre</p>
1961	FEMMES	HOMMES
	<p>2 janvier 1961 - 19 janvier 1961 19 janvier – 15 février 15 février – 6 mars 4 mars – 22 mars 22 mars – 12 avril 12 avril – 22 avril 25 avril – 18 mai 18 mai – 4 juin 5 juin – 28 juin 28 juin – 19 juillet 19 juillet – 4 août 4 août – 31 août 1er septembre – 21 septembre 21 septembre – 9 octobre 9 octobre – 23 octobre 24 octobre – 10 novembre 10 novembre – 5 décembre 6 décembre – 30 décembre</p>	<p>2 janvier – 9 janvier 9 janvier – 25 janvier 25 janvier – 10 février 13 février – 3 mars 3 mars – 23 mars 23 mars – 5 avril 5 avril – 20 avril 21 avril – 15 mai 17 mai – 25 mai 25 mai – 8 juin 12 juin – 28 juin 29 juin – 19 juillet 20 juillet – 2 août 3 août – 23 août 23 août – 5 septembre 7 septembre – 26 septembre 27 septembre – 27 octobre 30 octobre – 7 décembre 8 décembre – 30 décembre</p>
1962	FEMMES	HOMMES
	<p>1er janvier 1962 - 11 janvier 1962 15 janvier – 5 février 5 février – 19 février 20 février – 15 mars 15 mars – 24 avril 24 avril – 9 mai 9 mai – 24 mai 24 mai – 6 juin 6 juin – 25 juin 26 juin – 17 juillet 18 juillet – 6 août 6 août – 12 septembre</p>	<p>1er janvier – 3 janvier 3 janvier – 11 janvier 11 janvier – 7 février 8 février – 5 mars 5 mars – 20 mars 23 mars – 24 mars 24 mars – 7 mai 7 mai – 23 mai 23 mai – 6 juin 5 juin – 27 juin 27 juin – 3 juillet 16 juillet – 10 août</p>

	13 septembre – 8 octobre 10 octobre – 5 novembre 5 novembre – 28 novembre 29 novembre- 31 décembre	13 août – 28 août 29 août – 26 septembre 27 septembre – 22 octobre 22 octobre – 13 novembre 14 novembre – 17 décembre 18 décembre – 30 décembre
1963	FEMMES	HOMMES
	2 janvier 1963 – 7 janvier 1963 7 janvier – 24 janvier 24 janvier – 11 février 11 février – 13 mars 13 mars – 8 avril 11 avril – 24 avril 24 avril – 9 mai 10 mai – 24 mai 27 mai – 5 juin 6 juin – 22 juin 24 juin – 12 juillet 15 juillet – 29 juillet 30 juillet – 23 août 23 août – 13 septembre 13 septembre – 1er octobre 2 octobre – 22 octobre 23 octobre – 4 novembre 4 novembre – 24 novembre 24 novembre- 5 décembre 6 décembre – 31 décembre	2 janvier – 3 janvier 3 janvier – 23 janvier 24 janvier – 16 février 17 février – 25 février 27 février – 16 mars 18 mars – 11 avril 11 avril – 16 avril 16 avril – 22 avril 22 avril – 2 mai 2 mai – 14 mai 16 mai – 24 mai 25 mai – 6 juin 6 juin – 24 juin 25 juin – 4 juillet 4 juillet – 15 juillet 13 juillet – 15 août 16 août – 27 août 27 août – 12 septembre 13 septembre – 24 septembre 25 septembre – 14 octobre 17 octobre – 4 novembre 4 novembre – 29 novembre 2 décembre – 13 décembre 17 décembre – 31 décembre
1964	FEMMES	HOMMES
	2 janvier 1964 – 21 janvier 1964 21 janvier – 19 février 20 février – 18 mars 19 mars – 8 avril 9 avril – 5 mai 6 mai – 19 mai 19 mai – 10 juin 11 juin – 2 juillet 6 juillet – 20 juillet 20 juillet – 3 août 3 août – 17 août 18 août – 1er septembre 2 septembre – 17 septembre	2 janvier – 8 janvier 8 janvier – 22 janvier 23 janvier – 8 février 10 février – 26 février 27 février – 23 mars 24 mars – 7 avril 8 avril – 17 avril 20 avril – 30 avril 2 mai – 15 mai 16 mai – 25 mai 25 mai – 4 juin 4 juin – 25 juin 25 juin – 13 juillet

	18 septembre – 3 octobre 5 octobre – 16 octobre 16 octobre – 30 octobre 30 octobre – 16 novembre 19 novembre – 15 décembre 18 décembre – 30 décembre	13 juillet – 31 juillet 1er août – 15 août 17 août – 28 août 29 août – 14 septembre 14 septembre – 24 septembre 25 septembre – 14 octobre 15 octobre – 3 novembre 7 novembre – 2 décembre 2 décembre – 30 décembre
1965	FEMMES	HOMMES
	A – B B – C D – F F G G2 H H, I, J K1 <i>[K2 : introuvable]</i> K – L <i>[L : introuvable]</i> L – M M M – N O – P P – R S – Sch Sch St, Sch, T V – W	A – B B B – C D E – F G – H G – H H H – J J – K K L M M N – O P R R – S S1 S2 S3 S – T U, V, W, Z W
1966	FEMMES	HOMMES
	Ac – Bi Bl – Dr Ec – Fr Fr – Gi Gi – Gu Ha – Hu Id – Ki Kl – Kr Kr – Ku La – Lu	Al – Bo Bo – Du E – F G H- I Ja – Ko Kr – La La – Me <i>[Me – My : introuvable]</i> Ne – Pe

	Ma – Mu Mu – Pe Pe – Ri Ri – Sc Sc – Sc Sc – St St – Vo Wa – Wi Wi – Zi	Pe – Re Ri – Sa Scha – Schm Schn – Schw Se – St U – We We – Zs
1967	FEMMES	HOMMES
	A – Bl Bö – C D – E F G H – Her Heu – Ho J – Kl Kl – Ku L – La Le – Lu M – Me Mi – Mu N – O P R Sch – Schr Schü – Schw S St T – V Wa – We Wi-Z	Ad – Be Be – Dü Ef – Fi Fi – Gr Ge – He He – Ho Ho – Kl Kl – Kr Kr – Le Le – Ma Ma – Na Ne – Pa Pe – Ro Ro – Sch Sch Se – St St – Th Th – Vo Wa – Zw
1968	FEMMES	HOMMES
	A – Ba Be – Bo Br – C D – E Fa – Fl Fr – Gn Go – He He – J Ka – Kn Ko – La Le – Lu	A – Bl Bo – E F – Go Gr – Ha He – Hu J – Ko Kr – Le Li – Mi Mo – O Pa – Po Pr – Re

	M N – O P – Q Ra – Ro Ru – Sc Scha – Schm Schn – Schw Si – Sz T – V V – Wi Wi – Z	Ri – Ry Sch S T – Z
--	---	------------------------------

Dossiers cités

FEMMES	HOMMES
HPAC, F 131/60	HPAC, M 18/60
HPAC, F 242/60	HPAC, M 116/60
HPAC, F 422/60	HPAC, M 149/60
HPAC, F 431/60	HPAC, M 182/60
HPAC, F 440/60	HPAC, M 345/60
HPAC, F 515/60	HPAC, M 418/60
HPAC, F 754/60	HPAC, M 669/60
HPAC, F 84/61	HPAC, M 780/60
HPAC, F 106/61	HPAC, M 822/60
HPAC, F 172/61	HPAC, M 67/61
HPAC, F 182/61	HPAC, M 78/61
HPAC, F 186/61	HPAC, M 214/61
HPAC, F 284/61	HPAC, M 337/61
HPAC, F 301/61	HPAC, M 408/61
HPAC, F 336/61	HPAC, M 565/61
HPAC, F 342/61	HPAC, M 588/61
HPAC, F 402/61	HPAC, M 671/61
HPAC, F 423/61	HPAC, M 147/62
HPAC, F 448/61	HPAC, M 340/62
HPAC, F 456/61	HPAC, M 329/62
HPAC, F 491/61	HPAC, M 523/62

HPAC, F 578/61	HPAC, M 69/63
HPAC, F 604/61	HPAC, M 417/63
HPAC, F 618/61	HPAC, M 622/63
HPAC, F 682/61	HPAC, M 641/63
HPAC, F 723/61	HPAC, M 801/63
HPAC, F 224/62	HPAC, M 835/63
HPAC, F 239/62	HPAC, M 842/63
HPAC, F 245/62	HPAC, M 860/63
HPAC, F 280/62	HPAC, M 87/64
HPAC, F 373a/62	HPAC, M 153/64
HPAC, F 385/62	HPAC, M 324/64
HPAC, F 409/62	HPAC, M 477/64
HPAC, F 556/62	HPAC, M 546/64
HPAC, F 574/62	HPAC, M 872/64
HPAC, F 745/62	HPAC, M 203/65
HPAC, F 201/63	HPAC, M 253/65
HPAC, F 309/63	HPAC, M 444/65
HPAC, F 372/63	HPAC, M 686/65
HPAC, F 429/63	HPAC, M 233/66
HPAC, F 582/63	HPAC, M 318/66
HPAC, F 597/63	HPAC, M 325/66
HPAC, F 618/63	HPAC, M 337/66
HPAC, F 627/63	HPAC, M 399/66
HPAC, F 722a/63	HPAC, M 589/66
HPAC, F 137/64	HPAC, M 62/67
HPAC, F 297/64	HPAC, M 92/47
HPAC, F 309/64	HPAC, M 350/67
HPAC, F 421/64	HPAC, M 444/67
HPAC, F 433/64	HPAC, M 492/67
HPAC, F 470/64	HPAC, M 633/67
HPAC, F 532/64	HPAC, M 645/67
HPAC, F 569/64	HPAC, M 656/67
HPAC, F 598/64	HPAC, M 212/68
HPAC, F 673/64	HPAC, M 392/68

HPAC, F 744/64	HPAC, M 420/68
HPAC, F 847/64	HPAC, M 519/68
HPAC, F 174/65	
HPAC, F 238/65	
HPAC, F 322/65	
HPAC, F 334/65	
HPAC, F 340/65	
HPAC, F 345/65	
HPAC, F 484/65	
HPAC, F 554/65	
HPAC, F 680/65	
HPAC, F 768/65	
HPAC, F 894/65	
HPAC, F 87/66	
HPAC, F 147/66	
HPAC, F 202/66	
HPAC, F 238/66	
HPAC, F 291/66	
HPAC, F 467/66	
HPAC, F 551/66	
HPAC, F 575/66	
HPAC, F 626/66	
HPAC, F 662/66	
HPAC, F 709/66	
HPAC, F 25/67	
HPAC, F 45/67	
HPAC, F 135/67	
HPAC, F 369/67	
HPAC, F 390/67	
HPAC, F 473/67	
HPAC, F 134/68	
HPAC, F 162/68	
HPAC, F 265/68	
HPAC, F 291/68	

HPAC, F 341/68	
HPAC, F 369/68	
HPAC, F 577/68	
HPAC, F 600/68	

ARCHIVES ORALES

Entretien avec C.H. (infirmière), le 26 février 2014, à Berlin.

Entretien avec H.S. (médecin-chef), le 27 février 2014, à Berlin.

Entretien avec E.S. (psychologue), le 11 mars 2014, à Berlin.

Entretien avec R.D. (médecin), le 2 avril 2014, à Berlin.

SOURCES IMPRIMÉES

Articles et ouvrages spécialisés (médecine, psychiatrie et psychothérapie)

Anonyme, « Deutsches Ärzteblatt », n° 39, 25 septembre 1975, p. XII.

Geuter Ulfried, Schlirf Hans, Schlirf Rose, « "Die Berliner Mauerkrankheit". Überlegungen zu einem Buch von Dietfried Müller-Hegemann », *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 2, 1978, p. 288-296.

Haring Claus, Leickert Karl Heinz, *Wörterbuch der Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, Stuttgart, F.K. Schattauer-Verlag, 1968, p. 212.

Kraepelin Emil, *Klinische Psychiatrie. IV. Band. III. Teil*, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1915 [8^e édition].

Leonhard Karl, *Grundlagen der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1948.

Leonhard Karl, *Aufteilung der endogenen Psychosen*, Berlin, Akademie Verlag, 1957.

Leonhard Karl, « Über die Geschichte der Nervenlinik der Charité », in *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1960, 9, p. 492-496.

Leonhard Karl (et.al.) *Individualtherapie der Neurosen*, Iéna, Gustav Fischer Verlag, 1963.

Leonhard Karl, *Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1964.

Leonhard Karl (et al.), *Normale und abnorme Persönlichkeiten*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1964.

Leonhard Karl, *Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1964.

Leonhard Karl, *Akzentuierte Persönlichkeiten*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1968.

Müller Dagobert, « Die Nervenlinik », in *Charité 1710-1960*, fascicule dirigé par le comité des fêtes du conseil de la faculté de médecine pour la préparation de la célébration des 250 ans de la Charité, Berlin, 1960, p. 44-45.

Müller-Hegemann Dietfried, *Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende*, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1961 [1957].

Müller-Hegemann Dietfried, « Soziogene Neurosen und Psychosen », in *Social Psychiatry*, Vol. 2, n°2, 1967, p. 81-85.

Müller-Hegemann Dietfried, *Die Berliner Mauerkrankheit. Zur Soziogenese psychischer Störungen*, Nicolai, Herford, 1973.

Porot Antoine (dir.), *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychiatrie », 1960 [1952].

Pose U., Schmieschek H., « Zweite Erfolgsstatistik der Individualtherapie der Neurosen », in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 22 (10), 1970, p. 390-399.

« Rodewischer Thesen », *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, 1965, 11 / 1, p. 61-63.

Schirmer Siegfried, Müller Karl, Späte Helmut S., « Neun Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft », in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 1974 (26), p. 50-54.

Schirmer Siegfried, Müller, Karl, Späte Helmut S., « Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft », in *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 1976 (28), p. 21-25.

Schulz H., Müller J., Roth B., Stein J., « Die biologisch kontrollierte Krampfbehandlung der endogenen Psychosen in Narkose und Relaxation », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1968, 211, p. 414-432.

Entretiens et témoignages publiés

Atzl Isabel, Hess Volker, Schnalke Thomas (dir.), *Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenlinik 1940-1999*, Münster, LIT, 2005.

Hagemann Peter, « Bemerkungen zum Fachgebiet Psychiatrie », in *Dokumentation IG Medizin und Gesellschaft*, p. 68-70.

Neumärker Klaus-Jürgen, « Die "Individualtherapie der Neurosen" von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité Berlin », in Michael Geyer (dir.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten. 1945-1995*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2011, p. 99-105.

Sitte Elen, « Erfahrungen mit der Individualtherapie nach Leonhard », in Michael Geyer (dir.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten. 1945-1995*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2011, p. 105-109.

Autobiographies et journaux intimes

Anonyma, *Eine Frau in Berlin. Tagebuchaufzeichnungen vom 20 April bis 22 Juni 1945* (1959), Francfort sur le Main, Eichborn Verlag, 2003. Pour la traduction française : Françoise Wuilmart, *Une femme à Berlin. Journal 20 avril 1945-22 juin 1945*, Paris, Gallimard, « Folio », 2006.

Leonhard Volker (dir.), *Karl Leonhard. Meine Person und meine Aufgaben im Leben*, Hildburghausen, Verlag Frankenschwelle Hildburghausen, 1995.

Reimann Brigitte, *Ich bedaure nichts. Tagebücher 1955-1963*, Berlin, Aufbau Taschenbuch, 2011 [1997].

Presse

Anonyme, « Unser Berlin heute und morgen. Aus der Rede des Genossen Paul Verner vor dem Parteiaktiv der SED von Groß-Berlin », *Berliner Zeitung*, 8 avril 1962.

Anonyme, « Kiefernklamme geheilt », *Der Spiegel*, 1973, n°16, p. 103.

Eberhard-Metzger Claudia, « "Die Spaltung der Stadt war eine Katastrophe". Wie der Bau der Berliner Mauer aus Menschen seelische Wracks gemacht hat », *Neue Zeit [zum Wochenende]*, 7 septembre 1990, p. III.

Documents officiels publiés

Benjamin Hilde, « Das Grundgesetz der Familie im Sozialismus », in *Ein glückliches Familienleben – Anliegen des Familiengesetzbuches der DDR* (Aus der Tätigkeit der Volkskammer und ihrer Ausschüsse), Berlin, Staatsverlag der DDR, 1965.

Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin, Staatsverlag der DDR, 1958.

Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin, Staatsverlag der DDR, 1968.

BIBLIOGRAPHIE

Ahbe Thomas, Gries Rainer, « Gesellschaftsgeschichte als Generationengeschichte. Theoretische und methodologische Überlegungen am Beispiel DDR », in Annegret Schüle, Thomas Ahbe, Rainer Gries, *Die DDR aus generationengeschichtlicher Perspektive. Eine Inventur*, Leipzig, Leipziger Universitätsverlag, 2006, p. 475-571.

Allert Tilman, *Der deutsche Gruß. Geschichte einer unheilvollen Geste*, Francfort sur le Main, Eichhorn, 2005.

Aly Götz (dir.), *Aktion T4 : 1939-1945; die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstraße 4*, Berlin, Hentrich, 1987.

Aly Götz, *Die Belasteten : « Euthanasie » 1939-1945, eine Gesellschaftsgeschichte*, Francfort sur le Main, Fischer, 2013.

Amos Heike, *Justizverwaltung in der SBZ/DDR. Personalpolitik 1945 bis Anfang der 50er Jahre*, Cologne, Böhlau Verlag, 1996.

Arndt Melanie, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin. 1948 bis 1961*, Cologne, Weimar, Vienne, Böhlau Verlag, 2009.

Arnold Klaus, Classen Christoph (dir.), *Zwischen Pop und Propaganda. Radio in der DDR*, Berlin, Links Verlag, 2004

Ash Michael, « Wissenschaft in Zeiten politischer Umwälzungen : Entwicklungen, Verwicklungen, Abwicklungen », in *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 3, 1995, p. 1-21.

Audoin-Rouzeau Stéphane, *L'Enfant de l'ennemi (1914-1918). Viol, avortement, infanticide pendant la Grande Guerre*, Paris, Aubier, « Collection historique », 1995.

Audoin-Rouzeau Stéphane, *Combattre. Une anthropologie historique de la guerre moderne (XIX^e – XXI^e siècle)*, Paris, Seuil, « Les Livres du nouveau monde », 2008.

Augustin, *Œuvres. Les Confessions*, tome 1, Paris, Gallimard, 1998 (édition publiée sous la direction de Lucien Jerphagnon).

Augustine Dolores L, « Frustrierte Technokraten. Zur Sozialgeschichte des Ingenieurberufs in

der Ulbricht-Ära », in Richard Bessel, Ralph Jessen, *Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1996, p. 49-75.

Augustine Dolores L., *Red Prometheus. Engineering and Dictatorship in East Germany*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press, 2007.

Balz Viola, Hess Volker, « Psychopathology and Psychopharmacology. Standardisation from the Bottom Up. Using the Example of Neuroleptics », in Christian Bonah, Christophe Masutti, Anne Rasmussen et Jonathan Simon (dir.), *Harmonizing Drugs. Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*, Paris, Glyphe, 2009, p. 273-296.

Balz Viola, *Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980*, Bielefeld, transcript Verlag, 2010.

Balz Viola, « Terra incognita: an historiographic approach to the first chlorpromazine trials using patient records of the Psychiatric University Clinic in Heidelberg », in *History of Psychiatry*, 22, 2011, p. 182-200.

Balz Viola, Hoheisel Matthias, « East-Side story : The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970 », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 42, 2011, p. 453-466.

Balz Viola, « "Für einen Aktivisten wie mich muß es in einem sozialistischen Staat doch effektive Medikamente geben". Psychopharmaka und Konsumenteninteresse in der DDR », *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, Vol. 21, n°3, 2013, p. 245-271.

Barlet Cyril, *Clinique et position nosographique de la catatonie, des origines à nos jours*, thèse de médecine soutenue en 2010 à l'Université de Franche-Comté.

Barthes Roland, *Critique et vérité*, in Roland Barthes, *Oeuvres complètes. Tome II 1966-1975*, Paris, Seuil, 1994.

Bauerkämper Arnd, Sabrow Martin, Stöver Bernd, « Die doppelte deutsche Zeitgeschichte », in Arnd Bauerkämper, Martin Sabrow, Bernd Stöver (dir.), *Doppelte Zeitgeschichte. Deutsch-deutsche Beziehungen 1945-1990*, Bonn, Dietz, 1998, p. 9-16.

Beddies Thomas, « Universitätspsychiatrie im Dritten Reich. Die Nervenklinik der Charité unter Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis », in Rüdiger vom Bruch (dir.), en collaboration avec Rebecca Schaarschmidt, *Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Band 2 : Fachbereiche und Fakultäten*, Stuttgart, Frank Steiner Verlag, 2005, p. 55-72.

Begenau Jutta, « Die Hauptamtlichen Mitarbeiter des MfS an der Charité », in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010, p. 224-226.

Behrends Jan C., « Sowjetische "Freunde" und fremde "Russen". Deutsch-Sowjetische Freundschaft zwischen Ideologie und Alltag (1949-1990) », in Jan C. Behrends, Thomas Lindenberger, Patrice G. Poutrus (dir.), *Fremde und Fremdsein in der DDR : zu historischen Ursachen der Fremdenfeindlichkeit in Ostdeutschland*, Berlin, Metropol, 2003, p. 75-98.

Bessel Richard, Jessen Ralph (dir.), *Die Grenzen der Diktatur : Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1996.

Betts Paul, *Within Walls. Private Life in the German Democratic Republic*, New York, Oxford University Press, 2010.

Bleker Johanna, Hess Volker (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010.

Bloch Sidney, Reddaway Peter, *Russia's Political Hospitals : The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union*, Londres, Gollancz, 1977.

Bloch Sidney, Reddaway Peter, *Soviet Psychiatric Abuse. The Shadow over World Psychiatry*, Londres, Gollancz, 1984.

Boarelli Mauro, « Autobiographies de militants communistes italiens 1945-1956. Oralité/écriture, tradition/modernité », in Claude Penetier, Bernard Pudal (dir.), *Autobiographies, autocritiques, aveux dans le monde communiste*, Paris, Belin, Collection Socio-Histoires, 2002, p. 203-213.

Bock Gisela, *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1986.

Boutry Philippe, Nassif Jacques, *Martin l'Archange*, Paris, Gallimard, 1985.

Branche Raphaëlle, Fabrice Virgili (et. al.), *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Payot », 2013 [2011].

Branche Raphaëlle, Delpla Isabelle, Horne John, Pieter Lagrou, Daniel Palmieri, Fabrice Virgili, « Introduction. Écrire l'histoire des viols en temps de guerre », in Raphaëlle Branche, Fabrice Virgili (et. al.), *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Payot », 2013 [2011], p. 7-29.

Bretschneider Falk, « Die Geschichtslosigkeit der "Totalen Institutionen". Kommentar zu Erving Goffmans Studie "Asyle" aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive, *Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit*, 8 (1), 2008, p. 135-142.

Bretschneider Falk, *Gefangene Gesellschaft. Eine Geschichte der Einsperrung in Sachsen im 18. und 19. Jahrhundert*, Constance, Universitätsverlag Constance, 2008.

Budde Heidrun, *Reisen in die Bundesrepublik und der « gläsernde » DDR-Bürger. Eine Dokumentation*, Baden-Baden, Nomos Verlag, 1997.

von Buelzingsloewen Isabelle, « À propos d'Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XX^e siècle », in *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 26, 2007, p. 89-106.

von Buelzingsloewen Isabelle, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

von Buelzingsloewen Isabelle, Eyraud Benoît, « Changements institutionnels et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au "long cours" (années 1950 à nos jours) », in Axelle Brodier-Dolino (et al.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires : de l'histoire à la sociologie*, Rennes, PUR, 2014, p. 103-117.

Buton Philippe, Büttner Olivier, Hastings Michel (dir.), *La Guerre froide vue d'en bas*, Paris, CNRS Éditions, 2014.

Buton Philippe, Büttner Olivier, Hastings Michel, « Nouveaux regards sur la Guerre froide », in Philippe Buton, Olivier Büttner, Michel Hastings (dir.), *La Guerre froide vue d'en bas*, Paris, CNRS Éditions, 2014, p. 7-18.

Busch Friedrich W., *Familienerziehung in der sozialistischen Pädagogik der DDR*, Düsseldorf, Schwann, 1972.

Cabanes Bruno, Piketty Guillaume, « Sortir de la guerre : jalons pour une histoire en chantier », [Histoire@Politiques](#), 2007, n°3.

Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.

Cefaï Daniel, Gardella Édouard, « Comment analyser une situation selon le dernier Goffman ? De Frame Analysis à Forms of Talk », in Daniel Cefaï, Laurent Perreau (dir.), *Erving Goffman. L'ordre de l'interaction*, Paris, CURAPP-CEMS, 2012, p. 233-265.

Christian Michel, Droit Emmanuel, « Écrire l'histoire du communisme : l'histoire sociale de la RDA et de la Pologne communiste en Allemagne, en Pologne et en France », in *Genèses*, 61,

décembre 2005, p. 118-133.

Christian Michel, « Le parti et la vie privée de ses membres en RDA », [Histoire@Politique. Politique, culture, société](#), 7, janvier-avril 2009.

Christian Michel, « Parti et société en RDA et en Tchécoslovaquie. Une histoire comparée des partis communistes au pouvoir du début des années 1950 à la fin des années 1970 », thèse de doctorat en histoire, soutenue en 2011 (non publiée), Université de Genève / Université Paris 8.

Christian Michel, « “Le camarade J. ne veut pas reconnaître qu’il doit se corriger”. Réflexion sur la domination comme pratique sociale dans le parti communiste est-allemand », in Emmanuel Droit, Pierre Karila-Cohen (dir.), *Qu’est-ce que l’autorité ? Études historiques (XIX^e-XX^e siècles)*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l’homme, à paraître.

Classen Christoph, « DDR-Medien im Spannungsfeld von Gesellschaft und Politik », in Stefan Zahlmann (dir.), *Wie im Westen, nur anders. Medien in der DDR*, Berlin, Panama Verlag, 2010.

Coffin Jean-Christophe, « Les deux 68 de la psychiatrie », in *Revue d'histoire des sciences humaines*, 26, janvier 2015, p. 115-134.

Cohen Yves, « La co-construction de la personne et de la bureaucratie : aspects de la subjectivité de Staline et des cadres soviétiques (années 30) », in Brigitte Studer, Heiko Haumann (dir.), *Stalinistische Subjekte. Individuum und System in der Sowjetunion und der Komintern, 1929-1953*, Zürich, Chronos Verlag, 2006, p. 175-196.

Coldefy Magali, « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice mais contrastée et inachevée », *La Santé de l'Homme*, Inpes, n°413, mai-juin 2011, p. 16-17.

Coldefy Magali, « L'évolutions des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 180, octobre 2012, p. 1-8.

Collectif, *Grundlagen des Marxismus-Leninismus. Lehrbuch*, Berlin, 1960, Dietz Verlag.
Commaille Jacques, « L'économie socio-politique des liens familiaux », in *Dialogue*, 2006/4, n° 174, p. 95-105.

Corbin Alain, « Présentation », in *Violences sexuelles*, Paris, Imago, 1989, p. 9-11.

David Heinz, « ...es soll das Haus die Charité heissen... ». Kontinuitäten, Brüche und Abbrüche sowie Neuanfänge in der 300jährigen Geschichte der Medizinischen Fakultät

(Charité) der Berliner Universität, tome 1, Hambourg, Akademos, 2004.
Detjen Marion, « Die Mauer », in Martin Sabrow (dir.), *Erinnerungsorte der DDR*, Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, 2010, p. 253-266.

Detjen Marion, *Ein Loch in der Mauer. Die Geschichte der Fluchthilfe im geteilten Deutschland 1961-1989*, Munich, Siedler, 2015.

Dietzsch Ina, « Deutsch-deutscher Gabentausch », in Neue Gesellschaft für Bildende Kunst (dir.), *Wunderwirtschaft. DDR-Konsumkultur in den 60er Jahren*, Cologne, Weimar, Vienne, Böhlau Verlag, 1996.

Dohrmann Ole, *Die Entwicklung der medizinischen Dokumentation im Charité-Krankenhaus zu Berlin am Beispiel der psychiatrischen Krankenakten von 1866 bis 1945*, Husum, Matthiesen Verlag, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 2015.

Droit Emmanuel, Kott Sandrine (dir.), *Die ostdeutsche Gesellschaft. Eine transnationale Perspektive*, Berlin, Links, 2006.

Droit Emmanuel, *La construction de l'homme socialiste nouveau dans les écoles de Berlin-Est : acteurs, pratiques, représentations (1949-1989)*, thèse de doctorat, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2006.

Droit Emmanuel, *Vers un homme nouveau ? L'éducation socialiste en RDA (1949-1989)*, Rennes, PUR, 2009.

Droit Emmanuel, « Le moment totalitaire de l'historiographie sur la RDA après 1989 : de la résurgence à l'essoufflement », in Jean Baudouin, Bernard Bruneteau (dir.), *Le totalitarisme. Un concept et ses usages*, PUR, Rennes, 2014, p. 161-178.

Dufaud Grégory, « Quel usage des thèses pavloviennes en médecine ? Schizophrénie, incertitudes scientifiques et psychiatrie en Union soviétique », *Cahiers du Monde russe*, 56/1, janvier-mars 2015, p.1-35.

Eghihian Greg, « Was there a Communist Psychiatry ? Politics and East German Psychiatric Care, 1945-1989 », *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 2002, p. 364-368.

Eghigian Greg , « Der Kalte Krieg im Kopf. Ein Fall von Schizophrenie und die Geschichte des Selbst in der sowjetischen Besatzungszone », in *Historische Anthropologie*, 11, 2003, p. 101-122.

Eghigian Greg, « Care and Control in a Communist State : the place of politics in East Germany Psychiatry », in Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Vjseelaar, Hugh Freeman (dir.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the XX. Century*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 183-199.

Eghigian Greg, « Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry », in *History of Psychiatry*, 22, 2011, p. 201-214.

Eichhorn Svenja, Kuwert Philipp, *Das Geheimnis unserer Großmütter. Eine empirische Studie über sexualisierte Kriegsgewalt um 1945*, Gießen, Psychosozial-Verlag, 2011.

Eisenhardt Ulrich, *Deutsche Rechtsgeschichte*, Munich, Verlag C.H. Beck, 2004 [rééd.].

Elias Norbert, *La Dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.

Elias Norbert, *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.

Eppelmann Rainer, Möller Horst, Nooke Günter, Wilms Dorothee (dir.), *Lexikon des DDR-Sozialismus. Das Staats- und Gesellschaftssystem der Deutschen Demokratischen Republik*, Paderborn, Schöningh, 1997 [1996].

Ernst Anna Sabine, « Von der bürgerlichen zur sozialistischen Profession ? Ärzte in der DDR, 1945-1961 », in Richard Bessel, Ralph Jessen, *Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1996, p. 25-48.

Ernst Anna Sabine, « Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus ». *Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961*, Münster, Waxmann, 1997.

Farge Arlette, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil, 1989.

Faulstich Heinz, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949*, Fribourg-en-Brisgau, Lambertus, 1998.

Faure Justine, « De la Grande Alliance à l'affrontement armé Est-Ouest (1944-1950) : origines de la Guerre froide et débats historiographiques », [Histoire@Politique](#), n°3, 2007.

Fischbeck Hans-Jürgen, en collaboration avec Ludwig Mehlhorn et Stephan Bickhardt, « Das Mauersyndrom – die Rückwirkung des Grenzregimes auf die Bevölkerung der DDR », in Deutscher Bundestag (dir.), *Materialien der Enquete Kommission Aufarbeitung und Geschichte von Folgen der SED-Diktatur in Deutschland*, tome 5.2, Baden Baden, Nomos Verlag, p. 1188-1211.

Fitzpatrick Sheila (dir.), *Russia in the Era of the NEP : Explorations in Soviet Society and Culture*, Bloomington, Indiana University Press, 1991.

Fitzpatrick Sheila, *Stalinism. New directions*, Londres, Routledge, 2000.

Fitzpatrick Sheila, *Le stalinisme au quotidien : la Russie soviétique dans les années 1930*, Paris, Flammarion, 2002.

Friedrich Carl Joachim, Brzezinski Zbigniew, *Totalitarian Dictatorship and Autocracy*, Cambridge, Harvard University Press, 1956.

Foucault Michel, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, Coll.Tel, 1972.

Foucault Michel, « La vie des hommes infâmes », in *Dits et Écrits. 1954-1988*, tome III (1976-1979), édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald, Paris, Gallimard, 1994, p. 237-253.

Foucault Michel, *Les Anormaux. Cours au Collège de France 1974-1975*, Paris, Seuil, 1999.

Foucault Michel, *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au collège de France 1973-1974*, Paris, Seuil, 2003.

Foucher Jack R., *35 psychoses. La classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. Synopsis et revue des travaux*, Paris, Books on demands GmbH, 2009.

Freeland Jane, « Morals on Trial: State-Making and Domestic Violence in the East German Courtroom », *Perspectives on Europe*, n° 44, 2014, p. 55-60.

Fuchs Petra, Rotzoll Maike, Müller Ulrich, Richter Paul, Hohendorf Gerrit (dir.), « *Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst* ». *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen « Euthanasie »*, Göttingen, Wallstein Verlag, 2007.

Fulbrook Mary, « Theoretische Überlegungen zur DDR-Geschichte. Die französische DDR-Forschung in vergleichender Perspektive », in Emmanuel Droit, Sandrine Kott (dir.), *Die ostdeutsche Gesellschaft. Eine transnationale Perspektive*, Berlin, Links, 2006, p. 278-285.

Fulbrook Mary , « The Concept of "Normalisation" and the GDR in Comparative Perspective », in Mary Fulbrook, *Power and Society in the GDR 1961-1979. The « Normalisation of Rule » ?*, Oxford, Berghahn Books, 2009, p. 1-30.

Gauchet Marcel, Swain Gladys, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.

Gehrmann Manfred, *Die Überwindung des « Eisernen Vorhangs ». Die Abwanderung aus der DDR in die BRD und nach West-Berlin als innerdeutsches Migranten-Netzwerk*, Berlin, Links, 2009.

Gieseke Jens, *Mielke-Konzern. Die Geschichte der Stasi. 1946-1990*, Munich, Deutsche Verlags-Anstalt, 2001.

Gieseke Jens, « Zeitgeschichtsschreibung und Stasi-Forschung. Der besondere Weg der Aufarbeitung », in Siegfried Suckut, Jürgen Weber (dir.), *Stasi-Akten. Zwischen Politik und Zeitgeschichte. Eine Zwischenbilanz*, Munich, Olzog, 2003, p. 218-239.

Gieseke Jens, Jessen Ralph, « Die SED in der staatssozialistischen Gesellschaft », in Jens Gieseke, Hermann Wentker (dir.), *Die Geschichte der SED. Eine Bestandsaufnahme*, Berlin, Metropol Verlag, 2011, p.16-60.

Goffman Erving, *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968.

Goffman Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974.

Grashoff Udo « In einem Anfall von Depression... ». *Selbsttötungen in der DDR*, Berlin, Links, 2006.

Greiner Bernd, « Angst im Kalten Krieg. Bilanz und Ausblick », in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (dir.), *Angst im Kalten Krieg. Studien zum Kalten Krieg*, t. III, Hamburg, Hamburger Edition, 2009, p. 7-33.

Grévy Jérôme, « Conclusion : historiciser les peurs », in Frédéric Chauvaud (dir.), *L'ennemie intime. La peur : perceptions, expressions, effets*, Rennes, PUR, 2011, p. 277-280.

Grosser Pierre, *Les temps de la Guerre froide : Réflexions sur l'histoire de la guerre froide et sur les causes de sa fin*, Bruxelles, Complexe, 1995.

Grosser Pierre, « Histoire de la guerre froide ou histoire des vainqueurs ? », in *Critique internationale*, 12, juillet 2001, p. 69-80.

Grosser Pierre, « Écrire l'histoire de la Guerre froide après la fin de la Guerre froide :

quelques éléments de réflexion et de bilan bibliographique », in *Communisme*, n° 80/81/82, 2004/2005, p. 43-76.

Grossmann Atina, « A Question of Silence. The Rape of German Women by Occupation Soldiers », *October*, Vol. 72, printemps 1995, p. 42-63.

Guignard Laurence, Guillemain Hervé, Tison Stéphane, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e - XX^e siècles)*, Rennes, PUR, 2013.

Guignard Laurence, Guillemain Hervé, « L'Histoire en délire. Usages des écrits délirants dans la pratique historique », à paraître.

Guillemain Hervé, « Médecin et religion au XIX^e siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860) », in *Le Mouvement social*, n° 215, avril-juin 2006, p. 35-49.

Guillemain Hervé, Tison Stéphane, *Du front à l'asile. 1914-1918*, Paris, 2013, Alma.

Hahn Alois, « Identität und Selbstthematisierung », in Alois Hahn, Volker Kapp, *Selbstthematisierung und Selbstzeugnis : Bekenntnis und Geständnis*, Francfort sur le Main, Suhrkamp, 1987, p. 9-24.

Hanrath Sabine, *Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg : ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn, Schöningh, 2002.

Harsch Dona, *Revenge of the Domestic. Women, the Family and Communism in the German Democratic Republic*, Princeton, Princeton University Press, 2007.

Hellbeck Jochen, « Speaking out: Languages of Affirmation and Dissent in Stalinist Russia », *Kritika: Explorations in Russian and Eurasian History*, Vol.1(1), hiver 2000, p. 71-96.

Heinich Nathalie, *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La Découverte, 2002 [1997].

Henckes Nicolas, « Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 », thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2007.

Henckes Nicolas, « Réformer et soigner. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France 1944-1955 », in Jean Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, Presses universitaires de Caen, 2008.

Herrn Rainer, Hottenrott Laura (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West 1945- 1992. Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin, bebra Verlag, 2010.

Herrn Rainer, « Die Charité als Versorgungsobjekt », in Rainer Herrn, Laura Hottenrott (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West 1945- 1992. Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin, bebra Verlag, 2010, p. 90-108.

Herrn Rainer, « Die Charité als Grenzobjekt », in Rainer Herrn, Laura Hottenrott (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West 1945- 1992. Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin, bebra Verlag, 2010, p. 171-188.

Hess Volker, « Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte », *Medizinhistorisches Journal*, 42 (1), 2007, p. 61-84.

Hess Volker, « Die Alte Charité, die moderne Irrenabteilung und die Klinik (1790-1820) », in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010, p. 44-69.

Hess Volker (dir.), *Die Charité in Berlin. Fotografien um 1910, Berlin*, bebra Verlag, 2010.

Hess Volker, « Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830) », in *Medizinhistorisches Journal*, 45, 2010, p. 293-340.

Hess Volker, Majerus Benoît, « Writing the history of psychiatry in the 20th century », *History of Psychiatry*, 22, 2011, p. 139-145.

Hess Volker, « The Rodewisch (1963) and Brandenburg (1974) propositions », in *History of Psychiatry*, 22, 2011, p. 232-243.

Hess Volker, « Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichtsschreibung », in *Historia Hospitalium*, 27, 2011, p. 43-52.

Hess Volker, Ledebur Sophie, « Taking and Keeping : A Note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records », in *Journal of the Society of Archivists*, 32(1), 2011, 32, p. 21-33.

Hess Volker, « Beyond the Therapeutic Revolution: Psychopharmaceuticals Crossing the Berlin Wall », in Sara Mark, Matt Savelli, (dir.), *Psychiatry in Communist Europe*, Londres, Palgrave, 2015, p. 153-179.

Hoheisel Matthias, « Von der Suchtdroge zum Therapeutikum – Zur Bewertung von Beruhigungsmitteln an der Charité Nervenlinik von 1962-75 », in *Medizinhistorisches Journal*, 47, 2012, p. 62-98.

Hohmann Joachim S., *Der « Euthanasie »-Prozeß Dresden 1947 : eine zeitgeschichtliche Dokumentation*, Francfort sur le Main, Lang, 1993.

Hottenrott Laura, « Die Charité als Observationsobjekt des MfS », in Rainer Herrn, Laura Hottenrott (dir.), *Die Charité zwischen Ost und West (1945-1992). Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin, be.bra wissenschaft verlag, 2010, p. 189-202.

Hottenrott Laura, « Der Einfluß der Staatssicherheit auf die Charité », in Benjamin Schröder, Jochen Staadt (dir.), *Unter Hammer und Zirkel. Repression, Opposition und Widerstand an den Hochschulen der SBZ/DDR*, Francfort sur le Main, Lang, 2011, p. 349-363.

Hürtgen Renate, *Ausreise per Antrag. Der lange Weg nach drüben: Eine Studie über Herrschaft und Alltag in der DDR-Provinz*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2014.

Jarauschkonrad H., « Realer Sozialismus als Fürsorgediktatur. Zur begrifflichen Einordnung der DDR », *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20, 1998, p. 33-46.

Jeannesson Stanislas, *La Guerre froide*, Paris, La Découverte, 2014

Jessen Ralph, « Vom Ordinarius zum sozialistischen Professor. Die Neukonstruktion des Hochschullehrerberufs in der SBZ/DDR, 1945-1969 », in Richard Bessel, Ralph Jessen (dir.), *Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, p. 76-107.

Jessen Ralph, « Dictature communiste et milieu universitaire. Étude d'histoire sociale des professeurs d'université de la RDA, 1945-1961 », in *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53^e année, n°1, 1998, p. 91-117.

Jessen Ralph, *Akademische Elite und kommunistische Diktatur. Die ostdeutsche Hochschullehrerschaft in der Ulbricht-Ära*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1999.

Johannsen Lasse O., *Die rechtliche Behandlung ausreisewilliger Staatsbürger in der DDR*, Francfort sur le Main, Peter Lang, 2007.

Johr Barbara, « Die Ereignisse in Zahlen » in Helke Sander, Barbara Johr (dir.), *BeFreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigungen, Kinder*, Francfort sur le Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1995, p. 46-73.

Kaelble Hartmut, Kocka Jürgen, Zwahr Hartmut (dir.), *Sozialgeschichte der DDR*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1994.

Karila-Cohen Pierre, « Les mutilés de l'âme », *Le Monde des Livres*, 11 octobre 2013.

Kersting Franz-Werner, Teppe Karl, Walter Bernd, « Gesellschaft – Psychiatrie – Nationalsozialismus. Historisches Interesse und gesellschaftliches Bewußtsein », in Franz-Werner. Kersting, Karl Teppe et Bernd Walter (dir.), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*, Paderborn, Schöningh, 1993, p. 9-61.

Kersting Franz-Werner (dir.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform : die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre*, Paderborn, Schöningh, 2003.

Kestel Laurent, *La conversion politique. Doriot, le PPF et la question du fascisme français*, Paris, Raisons d'agir, 2012.

Klee Ernst, « Euthanasie » im Dritten Reich : die « Vernichtung lebensunwerten Lebens », Francfort sur le Main, Fischer-Taschenbuch-Verlag, 2010 [1983].

Klein Thomas, *Für die Einheit und Reinheit der Partei : die innerparteilichen Kontrollorgane der SED in der Ära Ulbricht*, Cologne, Böhlau Verlag, 2002.

Kleßmann Christoph, « Kalter Krieg oder nationaler Hoffnungsträger? Offizielle Wahrnehmung und gesellschaftliche Wirkung Willy Brandts in der DDR seit den sechziger Jahren », in Bernd Rother (dir.), *Willy Brandt. Neue Fragen, neue Erkenntnisse*, Berlin, Dietz, Willy-Brandt-Studien, tome 5, 2011, p. 34-53.

Klöppel Ulrike, « Das historische Krankenakten-Archiv der Nervenlinik der Charité », in *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, n°12, 2009, p. 267-270

Klöppel Ulrike, Balz Viola « Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren », in *Bericht zur Wissenschaftsgeschichte*, 33, 2010, p. 382-400.

Klöppel Ulrike, Hoheisel Matthias, , « "Wunschverordnung" oder objektiver "Bevölkerungsbedarf"? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970), in *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 21, 2013, p. 213-244.

Kocka Jürgen, « Eine durchherrschte Gesellschaft », in Hartmut Kaelble, Jürgen Kocka, Hartmut Zwahr (dir.), *Sozialgeschichte der DDR*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1994, p. 547-553.

Korzilius Sven, « *Asoziale* » und « *Parasiten* » im Recht der SBZ/DDR. *Randgruppen in Sozialismus zwischen Repression und Ausgrenzung*, Cologne, Böhlau Verlag, 2005.

Kott Sandrine, *Le communisme au quotidien. Les entreprises d'État dans la société est-allemande*, Paris, Belin, 2001.

Kott Sandrine, « La RDA dans la recherche historique allemande. De la "Seconde dictature" à l'histoire politique au quotidien », in *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 68, 2002, p. 24-29.

Kott Sandrine, « Pour une histoire sociale du pouvoir en Europe communiste : introduction thématique », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 49-2, avril-juin 2002, p. 5-23.

Kott Sandrine « *Die "Arbeiterklasse an der Macht" : die Geschichte der DDR aus der Randperspektive* », in Belinda Davis, Thomas Lindenberger, Michael Wildt (dir.), *Alltag, Erfahrung, Eigensinn. Historisch-anthropologische Erkundungen*, Francfort sur le Main / New York, Campus, 2008, p. 458-471.

Kott Sandrine, *Histoire de la société allemande au XX^e siècle. III. La RDA 1949-1989*, Paris, La Découverte, Coll. Repères, 2011.

Kowalczuk Ilko-Sascha, Wolle Stefan, *Roter Stern über Deutschland. Sowjetische Truppen in der DDR*, Berlin, Links, 2001.

Lahire Bernard, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 2001 [1998].

Ledebur Sophie, « Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten », in *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 34 (2), 2011, p. 102-124.

Ledebur Sophie, « L'espace de la policlinique psychiatrique dans la ville : l'émergence de nouveaux savoirs », in *Cultures et Conflits*, 90, été 2013, p. 39-58.

Leffler Melvyn, Painter David (dir.), *Origins of the Cold War : an international history*, Londres, New York, Routledge, 1994.

Leffler Melvyn, « The Cold War: What Do « We Now Know »? », *American Historical Review*, n°2, avril 1999, p. 501-524.

Leffler Melvyn, Westad Odd Arne, *The Cambridge History of the Cold War*, Vol.1,

Cambridge, New York, Melbourne, Cambridge University Press, 2010.

Leuenberger Christine, « Cultures of Categories : Psychological Diagnoses as Institutional and Political Projects before and after the Transition from State Socialism in 1989 in East Germany », in Greg Eghigian, Andreas Killen, Christine Leuenberger (dir.), *The self as project : politics and the human sciences*, Chicago, University of Chicago Press, 1997, p. 180-204.

Leuenberger Christine, « Socialists psychotherapy and its dissidents », in *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 37 (3), 2001, p. 261-273.

Lewin Moshe, *La formation du système soviétique : essais sur l'histoire sociale de la Russie dans l'entre-deux-guerres*, Paris, Gallimard, 1987.

Lewin Moshe, *Le siècle soviétique*, Paris, Fayard, 2003

Lindenberger Thomas, « Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung », in Thomas Lindenberger (dir.), *Herrschaft und Eigen-Sinn in der Diktatur. Studien zur Gesellschaftsgeschichte der DDR*, Cologne, Böhlau Verlag, 1999, p. 13-44.

Lindenberger Thomas, « Geteilte Welt, geteilter Himmel? Der Kalte Krieg und die Massenmedien in gesellschaftlicher Perspektive », in Klaus Arnold, Christoph Classen (dir.), *Zwischen Pop und Propaganda. Radio in der DDR*, Berlin, Links, 2004, p. 27-44.

Lindenberger Thomas, « "Asoziale Lebensweise". Herrschaftslegitimation, Sozialdisziplinierung und die Konstruktion eines "negativen Milieus" in der SED-Diktatur », in *Geschichte und Gesellschaft*, 31, n°2, 2005, p. 227-254.

Lindenberger Thomas, « "Asociality" and Modernity. The GDR as a Welfare Dictatorship », in Katherin Pence et Paul Betts (dir.), *Socialist Modern. East German Everyday Culture and Politics*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2008, p. 211-233.

Lindenberger Thomas, « Eigen-Sinn, Herrschaft und kein Widerstand », in *Docupedia-Zeitgeschichte*, <http://docupedia.de/zg/Eigensinn>, consulté le 1er octobre 2015.

Loriga Sabina, « La biographie comme problème », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Seuil, 1996, p. 209-231.

Loriga Sabina, *Soldats. Un laboratoire disciplinaire : l'armée piémontaise au XVIII^e siècle*, Paris, Les Belles Lettres, 2007.

- Lüdtke Alf, *Des ouvriers dans l'Allemagne du XX^e siècle. Le quotidien des dictatures*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Malach Henry, *Die Individualtherapie Karl Leonhards – Rekonstruktion und Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden der 50er und 60er Jahre*, thèse de médecine soutenue en 2009, Faculté de médecine de la Charité, Berlin.
- Majerus Benoît, « Dire la folie. Expériences de patients psychiatriques (1930-1980) », in Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e - XX^e siècles)*, Rennes, PUR, 2013, p. 293-302
- Majerus Benoît, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, PUR, 2014.
- Major Patrick, « Vor und nach dem 13. August 1961 : Reaktionen der DDR-Bevölkerung auf den Bau der Berliner Mauer », in *Archiv für Sozialgeschichte*, 39, 1999, p. 325-354.
- Major Patrick, *Behind the wall. East Germany and the frontiers of power*, New York, Oxford University Press, 2010.
- Maleval Jean-Claude, *La logique du délire*, Rennes, PUR, 2011.
- Malycha Andreas, « Die Struktur der SED an der Berliner Charité 1945 bis 1989 », in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie-Verlag, 2010, p. 220-223.
- Marks Sara, « From Experimental Psychosis to Resolving Traumatic Pasts : Psychedelic Research in Communist Czechoslovakia, 1954-1974 », in *Cahiers du monde russe*, 56/1, 2015, p. 53-75.
- Marks Sara, Savelli Matt (dir.), *Psychiatry in Communist Europe*, Londres, Palgrave, 2015.
- Marks Sara, Savelli Matt, « Communist Europe and Transnational Psychiatry », in Sara Marks et Matt Savelli (dir.), *Psychiatry in Communist Europe*, Londres, Palgrave, 2015, p. 1-26.
- Materialen der Enquete-Kommission « Aufarbeitung von Geschichte und Folgen der SED-Diktatur in Deutschland », Berlin, Nomos Verlag, 1995.
- Matonti Frédérique, Poupeau Franck, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°155, 2004/5, p. 4-11.

Matonti Frédérique, « Crises politiques et reconversions : Mai 68 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 158, 2005/3, p. 4-7.

Meier Marietta, « Ordnungsversuche und Grenzziehungen : Krankenakten in der Psychiatrie », in Claudia Kaufmann et Walter Leimgruber (dir.), *Was Akten bewirken können*, Zürich, Seismo Verlag, 2008.

Messerschmidt James W., « The Forgotten Victims of World War II. Masculinities and Rape in Berlin », in *Violence against Women*, vol. 12, n° 7, juillet 2006, p. 706-712

Merkel Ina, *Utopie und Bedürfnis. Die Geschichte der Konsumkultur in der DDR*, Cologne, Weimar, Vienne, Böhlau Verlag, 1999.

Meuschel Siegrid, *Legitimation und Parteiherrschaft in der DDR. Zum Paradox von Stabilität und Revolution in der DDR 1945-1989*, Francfort, Suhrkamp, 1992.

Meuschel Siegrid, « Überlegungen zu einer Herrschafts- und Gesellschaftsgeschichte der DDR », *Geschichte und Gesellschaft*, 19, 1993, p. 5-14.

Missa Jean-Noël, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006.

Möhring Maren, « Mobilität und Migration in und zwischen Ost und West », in Frank Bösch (dir.), *Geteilte Geschichte. Ost- und Westdeutschland 1970-2000*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2015, p. 369-410.

Müller Christian Th., « "O Sowjetmensch !" Beziehungen von sowjetischen Streitkräften und DDR-Gesellschaft zwischen Ritual und Alltag », in Christian Th. Müller, Patrice G. Poutrus (dir.), *Ankunft – Alltag – Ausreise. Migration und interkulturelle Begegnung in der DDR-Gesellschaft*, Cologne, Böhlau Verlag, 2005, p. 17-134.

Müller Christian Th., « Im Bann der Bombe. Überlegungen zu Luftschutz und Zivilverteidigung in der DDR », in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (dir.), *Angst im Kalten Krieg. Studien zum Kalten Krieg*, t. III, Hambourg, Hamburger Edition, 2009, p. 94-122.

Müller Klaus-Dieter, « Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und der DDR 1945-1989 » in Robert Jütte (dir.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*, Cologne, Deutscher Ärzte-Verlag, 1997, p. 243-273.

Murat Laure, *L'Homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*,

Paris, Gallimard, 2011.

Muravyeva Marianna G., « Le viol dans la législation militaire russe », in Raphaëlle Branche, Fabrice Virgili (et. al.), *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Payot », 2013 [2011], p. 31-53.

Naimark Norman M., *The Russians in Germany. A History of the Soviet Occupation Zone, 1945-1949*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1995.

Naimark Norman M. « Russes et Allemands : viols de guerre et mémoires postsoviétiques », in Raphaëlle Branche, Fabrice Virgili (et. al.), *Viols en temps de guerre*, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Payot », 2013 [2011], p. 269-295.

Nolte Karen, *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Francfort sur le Main, Campus, 2003.

Nolte Karen, « Die Erfahrung 'zwischen den Zeilen'. Eine patientenzentrierte Perspektive als eine andere Geschichte », in Marguérite Bos, Bettina Vincenz et Tanja Wirz (dir.), *Erfahrung : Alles nur Diskurs ? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffes in der Geschlechtergeschichte*, Zürich, Chronos Verlag, 2004, p. 273-281.

Passeron Jean-Claude, Revel Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », in Jean-Claude Passeron et Jacques Revel, (dir.), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005, p. 9-44.

Pennetier Claude, Pudal Bernard, « La volonté d'emprise », in Claude Pennetier, Bernard Pudal (dir.), *Autobiographies, autocritiques, aveux dans le monde communiste*, Paris, Belin, 2002, p. 15-39.

Pennetier Claude, Pudal Bernard, « Les mauvais sujets du stalinisme », in Brigitte Studer, Berthold Unfried, Irène Hermann (dir.), *Parler de soi sous Staline. La construction identitaire dans le communisme des années trente*, Paris, Maison des sciences de l'Homme, 2002, p. 65-95.

Pennetier Claude, Pudal Bernard, « La peur de l'autre : vigilance anti-trotskiste et travail sur soi », in Brigitte Studer, Heiko Haumann (dir.), *Stalinistische Subjekte. Individuum und System in der Sowjetunion und der Komintern, 1929-1953*, Zürich, Chronos Verlag, 2006, p. 253-271.

Porter Roy, « The Patient's view. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 14, 1985, p. 175-198.

Postel Jacques (dir.), *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris, Larousse, 2006 [rééd.], p. 28.

Poutrus Kirsten, « Von den Massenvergewaltigungen zum Mutterschutzgesetz. Abtreibungen und Abtreibungspraxis in Ostdeutschland, 1945-1950 », in Richard Bessel, Ralph Jessen (dir.), *Die Grenzen der Diktatur. Staat und Gesellschaft in der DDR*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, p. 170-198.

Quétel Claude, *Murs. Une autre histoire des hommes*, Paris, Perrin, 2012.

Radkau Joachim, « Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität », in Dieter Meyer, Bernd Hey (dir.), *Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung*, Neustadt an der Aisch, Degener, 1997, p. 73-101.

Radkau Joachim, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, Munich, Hanser, 1998.

Revel Jacques, « L'histoire du ras du sol », in Giovanni Levi, *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989, p. I-XXXIII.

Revel Jacques (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Seuil, 1996

Revel Jacques, « Présentation », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Seuil, 1996, p. 7-14.

Revel Jacques, « Micro-analyse et construction du social », in Jacques Revel (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Seuil, 1996, p. 15-36.

Roelcke Volker, « Continuities or ruptures ? Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth-Century German Psychiatry and Mental Health Care », in Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Visselaar, Hugh Freeman (dir.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the XX. Century*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 162-182.

Roelcke Volker, « Expérimentations humaines sous le nazisme. Synthèse des travaux récents avec une attention particulière à la psychiatrie », in Christian Bonah, Anne Danion-Grilliat, Josiane Olf-Nathan, Norbert Schappacher (dir.), *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006, p. 43-64.

Roelcke Volker, « Politische Zwänge und individuelle Handlungsspielräume : Karl

Bonhoeffer und Maximilian de Crinis im Kontext der Psychiatrie im Nationalsozialismus », in Sabine Schleiermacher, Udo Schagen (dir.), *Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus*, Paderborn, Schöningh, 2008, p. 67-84.

Roesler Jörg, « Rübermachen ». *Politische Zwänge, ökonomisches Kalkül und verwandtschaftliche Bindungen als häufigste Motive der deutsch-deutschen Wanderungen zwischen 1953 und 1961*, Hefte zur DDR-Geschichte, 85, Berlin, 2004.

Rose Wolfgang, *Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990*, Berlin, Bebra Verlag, 2005.

Ross Corey, « East Germans and the Berlin Wall : Popular Opinion and Social Change before and after the Border Closure of August 1961 », in *Journal of Contemporary History*, Vol. 39 (I), 2004, p. 25-43

Rotzoll Maike, Hohendorf Gerrit, Fuchs Petra (et.al.), *Die nationalsozialistische « Euthanasie »-Aktion « T4 » und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*, Paderborn, Schöningh, 2010.

Rowell Jay, « L'étonnant retour du "totalitarisme". Réflexions sur le "tournant" de 1989 et l'historiographie de la RDA », in *Politix*, 47, 1999, p. 131-150.

Rowell Jay, *Le totalitarisme au concret. Les politiques du logement en RDA 1945-1989*, Paris, Economica, 2005.

Rowell Jay, « Socio-Histoire der Herrschaft », dans Emmanuel Droit, Sandrine Kott (dir.), *Die ostdeutsche Gesellschaft. Eine transnationale Perspektive*, Berlin, Links, 2006, p. 26-34.

Sälter Gerhard, *Grenzpolizisten. Konformität, Verweigerung und Repression in der Grenzpolizei und den Grenztruppen der DDR 1952 bis 1965*, Berlin, Links, 2009.

Sammet Kai, « Wilhelm Griesinger, die Charité und die "Weiterentwicklung der Irrenanstalten" », in Eric J. Engstrom, Volker Hess (dir.), *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, 3, 2000, p. 137-61.

Sammet Kai, « Ökonomie, Wissenschaft und Humanität - Wilhelm Griesinger und das Non-Restraint-System », in Eric J. Engstrom, Volker Roelcke, (dir.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert: Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Bâle, Schwabe, 2003, p. 95-116

Sammet Kai, « Akteure, Konflikte, Interessen : Wilhelm Griesingers Reformversuche in der Irrenabteilung der Charité 1865-1868 », in *Medizinhistorisches Journal*, 38, 2003, p. 285-311.

Satjukow Silke, *Besatzer. „Die Russen“ in Deutschland. 1945-1994*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2008.

Schagen Udo, Schleiermacher Sabine, « Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit », in Dierk Hoffman, Michael Schwartz (dir.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. 1949-1961 : Deutsche Demokratische Republik. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus*, tome 8, Baden-Baden, Nomos-Verlag, 2004, p. 390-433.

Schagen Udo, Schleiermacher Sabine, « Unter dem Hakenkreuz (1933-1945), in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010, p. 169-187.

Schagen Udo, Schleiermacher Sabine, « Charité in Trümmern (1945-1949) », in Johanna Bleker, Volker Hess (dir.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010, p. 188-203.

Schattenberg Susanne, « Der neue Mensch. Jüngste Entwicklung in der Stalinismusforschung », in *Potsdamer Bulletin für Zeithistorische Studien*, 26/27, 2002, p. 7-19.

Scheer Monique, « „Unter Deinen Schutz und Schirm fliehen wir.“ Religiöse Ausdrucksformen in der Angstkultur des Kalten Krieges », in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (dir.), *Angst im Kalten Krieg. Studien zum Kalten Krieg*, t. III, Hambourg, Hamburger Edition, 2009, p. 322-346.

Schildt Axel, « Zwei Staaten – eine Hörfunk- und Fernsehnation. Überlegungen zur Bedeutung der elektronischen Massenmedien in der Geschichte der Kommunikation zwischen der Bundesrepublik und der DDR », in Arnd Bauernkämper, Martin Sabrow, Bernd Stöver (dir.), *Doppelte Zeitgeschichte. Deutsch-deutsche Beziehungen 1945-1990*, Bonn, Dietz, 1998, p. 58-71.

Schmelz Andrea, *Migration und Politik im geteilten Deutschland während des Kalten Krieges. Die West-Ost-Migration in die DDR in den 1950er und 1960er Jahren*, Opladen, Leske + Budrich, 2002.

Schmiedebach Heinz-Peter (et al.), « Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie Enquete : Drei Reformansätze im Vergleich », *Psychiatrische Praxis*, 27, 2000, p. 138-143.

Schmidt-Harzbach Ingrid, « Eine Woche im April. Berlin 1945. Vergewaltigung als Massenschicksal », *Feministische Studien*, vol. 3 (2), 1984, p. 51-65.

Schmuhl Hans-Walter, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung*

zur Vernichtung « lebensunwerten Lebens », 1840-1945, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1987.

Schulz Jörg, « Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie », in Franz-Werner Kersting (dir.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre*, Schöningh, Paderborn, 2003, p. 87-100.

Schütrumpf Jörn, « Zu einigen Aspekten des Grenzgängerproblems im Berliner Raum von 1948/49 bis 1961 », in *Jahrbuch für Geschichte*, 31, 1984, p. 333-358.

Smith Therera C., Oleszczuk Thomas A., *No Asylum : State Psychiatric Repression in the Former USSR*, New York, New York University Press, 1996.

Soutou Georges-Henri, *La guerre de cinquante ans : Les relations Est-Ouest, 1943-1990*, Paris, Fayard, 2001.

Spencer Ian Henry, *An investigation of the relationship of Soviet psychiatry to the State*, thèse de doctorat non publiée, Université de Glasgow, 1997.

Stöver Berndt, « Radio mit kalkuliertem Risiko. Der RIAS als US-Sender für die DDR 1946-1961 », in Klaus Arnold, Christoph Classen, *Zwischen Pop und Propaganda. Radio in der DDR*, Berlin, Links Verlag, 2004, p. 191-228.

Stöver Berndt, *Der Kalte Krieg 1947-1991. Geschichte eines radikalen Zeitalters*, Bonn, C.H. Beck, 2007.

Stöver Berndt, *Zuflucht DDR : Spione und andere Übersiedler*, Munich, Beck, 2009.

Studer Brigitte, Unfried Berthold, Hermann Irène (dir.), *Parler de soi sous Staline. La construction identitaire dans le communisme des années trente*, Paris, Maison des sciences de l'Homme, 2002.

Studer Brigitte, Heiko Haumann (dir.), *Stalinistische Subjekte. Individuum und System in der Sowjetunion und der Komintern, 1929-1953*, Zürich, Chronos Verlag, 2006.

Süß Sonja, *Politisch missbraucht ? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Berlin, Links, 1998.

Süß Winfried, « Gesundheitspolitik », in Hans Günter Hockerts (dir.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, Munich, Oldenbourg Verlag, 1998, p. 55-100.

Todes Daniel, *Pavlov's Physiology Factory: Experiment, Interpretation, Laboratory Enterprise*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2002.

Todes Daniel, *Ivan Pavlov: A Russian Life in Science*, Oxford, Oxford University Press, 2014.

Topp Sascha, *Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie*, Göttingen, V&R unipress, 2013.

Traverso Enzo (textes choisis et présentés par), *Le totalitarisme. Le XX^e siècle en débat*, Paris, Seuil, 2001.

Van Melis Damian, Bispinck Henrik, « *Republikflucht* ». *Flucht und Abwanderung aus der SBZ/DDR 1945 bis 1961*, Munich, Oldenbourg Verlag, 2006.

Vincent Bernard (dir.), *Les marginaux et les exclus dans l'histoire*, Cahiers Jussieu, Université Paris Diderot, Paris, 1979, p. 7-15.

Velpry Livia, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008.

Vigarello Georges, *Histoire du viol. XVI^e – XX^e siècle*, Paris, Seuil, « L'univers historique », 1998.

Weil Francesca, *Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR*, Göttingen, V&R unipress, 2008.

Weindling Paul *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

Weise Klaus, Uhle Matthias, « *Entwicklungsformen und derzeitige Wirkungsbedingungen der Psychiatrie in der Deutschen Demokratischen Republik* », in Achim Thom, Erich Wulff (dir.), *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*, Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1990.

Wentker Hermann, *Justiz in der SBZ/DDR. Transformation und Rolle ihrer zentralen Institutionen*, Munich, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2001.

Zajicek Benjamin, « *Scientific Psychiatry in Stalin's Soviet Union: The Politics of Modern Medicine and the Struggle to Define « Pavlovian » Psychiatry, 1939-1953* », thèse de

doctorat, Université de Chicago, 2009.

Zatlin Jonathan R., *The currency of socialism. Money and political culture in East Germany*, Cambridge, University Press, 2007.

« Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandaufnahme und Empfehlungen. Im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit », 30 mai 1991.

ZUSAMMENFASSUNG

Gliederung der Zusammenfassung

1. Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E. und die Anderen
2. Forschungsstand und Forschungsansatz
 2. 1. *Die Gesellschaft der DDR: ein legitimes Forschungsobjekt?*
 2. 2. *Die Psychiatrie in der DDR: ein unterentwickeltes Forschungsobjekt*
 2. 3. *Die Patienten als Akteure einer Sozialgeschichte der DDR*
3. Die Wahl eines Observatoriums: die Psychiatrische und Nervenlinik der Charité während des Direktorats von Karl Leonhard (1957-1969)
4. Durchführung des Projekts, Quellen und Methodologie
 - 4.1. *Kontextualisierungsquellen*
 - 4.1.1. *Auf der Ebene der DDR*
 - 4.1.2. *Auf der Ebene der Klinik*
 - 4.2. *Die Krankenakten*
 - 4.2.1. *Was ist eine Krankenakte?*
 - 4.2.2. *Methodologie der Auswertung*
5. Forschungsergebnisse
 - 5.1. *Erster Teil: Psychiatrie und Gesellschaft: von der Ebene der DDR bis zur Ebene der Klinik*
 - 5.1.1. *Kapitel 1: Die Psychiatrie in der DDR: zwischen politischer Gleichgültigkeit und Atomisierung*
 - 5.1.2. *Kapitel 2: Die Psychiatrische und Nervenlinik der Charité (1957-1969): zwischen Psychiatriegeschichte und Sozialgeschichte des Kommunismus*
 - 5.2. *Zweiter Teil: Geschichten von Patienten*
 - 5.2.1. *Kapitel 3: Die psychiatrische Klinik: eine andere Perspektive auf politische Konflikte*
 - 5.2.2. *Kapitel 4: Die Partei 'im Kopf'*
 - 5.2.3. *Kapitel 5: „Die Mauer ist ihr zu Kopf gestiegen.“¹⁴⁴⁵ Mauererfahrung und das 'Umkippen' ins Pathologische*

¹⁴⁴⁵ HPAC, F 532/64, Krankengeschichte, Anamnese, 11. August 1964.

5. 2. 4. Kapitel 6: 'Sortie de guerre' und Kalter Krieg „von unten“

6. Schlussbemerkung

6.1. Der Mehrwert der Krankenakten als Quellen für eine Geschichte der DDR

6.2. Die Spannungen der sozialistischen Gesellschaft

6.2.1. *Die Präsenz der Konflikte und ihre Verflechtungen auf der Ebene des individuellen Akteurs*

6.2.2. *Die Differenzierungsprinzipien und die Trennlinien der sozialistischen Gesellschaft: politisches Kapital und Zugang zum Westen*

6.2.3. *Die Aneignungs- und Verinnerlichungsprozesse in der sozialistischen Gesellschaft*

6.3. Vom Akteur bis zur sozialen Realität, von der Studie der sozialistischen Gesellschaft bis zur Studie anderer Gesellschaften

1. Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E. und die Anderen

Paul W. kann nicht marxistisch denken¹⁴⁴⁶; Erika E. hat das Vertrauen in die Partei verloren¹⁴⁴⁷; Ursel H. sagt, die Berliner Mauer sei ihrer Mutter zu Kopf gestiegen¹⁴⁴⁸; Gertraude T. denkt, daß Strahlen aus dem Westen ihren Körper durchdringen¹⁴⁴⁹; Karl-Heinz E. hat einen Plan zur Wiedervereinigung Deutschlands¹⁴⁵⁰.

Wer sind diese Individuen? Was haben sie gemeinsam? Wie sind diese Lebenssplitter zu uns gelangt? Welche Auskünfte liefern sie uns über die Gesellschaft, aus der sie stammen? Diese Fragen bilden den roten Faden der vorliegenden Forschungsarbeit, deren Hauptakteure Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E. und viele andere sind.

Das erste Element, das diese Individuen gemeinsam haben, ist die Tatsache, dass sie alle im gleichen historischen Kontext gelebt haben, und zwar in der Deutschen Demokratischen Republik der sechziger Jahre. Auch wenn sie unterschiedliche soziale Stellungen hatten, vom Ingenieur bis zur Hausfrau, vom Arbeiter bis zur Richterin, gehörten sie alle zu einer Gesellschaft, die sich mitten im politischen Projekt des 'Aufbaus des Sozialismus' befand. Diese Individuen erlebten die sozialistische Gesellschaft 'von innen'. Das zweite Element, das sie gemeinsam haben, ist ihr Aufenthalt in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité in Ost-Berlin. Diese stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik hat Spuren hinterlassen, die sich in den Krankenakten der Patienten materialisieren. Anhand dieser Spuren kann sich der Historiker mit den Erfahrungen dieser Individuen und mit dem Blick, den das psychiatrische Wissen auf sie wirft, befassen.

Ob sie ein paar Wochen oder mehrere Monate in der Klinik geblieben sind, ob die Diagnose eine Neurose, eine Depression oder eine Schizophrenie lautete, Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T. und Karl-Heinz E. wurden während der Dauer ihrer stationären Behandlung als Patienten einer psychiatrischen Klinik wahrgenommen. Auch wenn ihre sozialen Erfahrungen sich als besonders heftig erweisen konnten, auch wenn der medizinische Diskurs sie – durch die Diagnose – der Sphäre des Pathologischen zuschrieb, gehören diese Erfahrungen zum historischen und sozialen Kontext, aus dem diese Individuen stammen. Dies ist die Haupthypothese der Arbeit, deren Ziel es ist, die Erfahrungen der Patienten in die unterschiedlichen Kontexte einzubetten, die ihnen „Sinn und Form“ geben¹⁴⁵¹. Dabei ist der

¹⁴⁴⁶ HPAC [Historisches Psychiatriearchiv der Charité], M 523/62, Krankengeschichte, Zur Erkrankung.

¹⁴⁴⁷ HPAC, F 131/60, Krankengeschichte, 27. Februar 1960 (Exploration).

¹⁴⁴⁸ HPAC, F 532/64, Krankengeschichte, Anamnese, 11. August 1964.

¹⁴⁴⁹ HPAC, F 186/61, Krankengeschichte, Exploration, 24. März 1961.

¹⁴⁵⁰ HPAC, M 872/64, Krankengeschichte, Verlauf, 10. August 1960.

¹⁴⁵¹ Jacques Revel, „Présentation“, in Jacques Revel (Hg.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*,

ärztliche Blick, der auf sie geworfen wird, zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird die Institution Psychiatrie nicht als ein 'Außenraum' der Gesellschaft betrachtet, sondern vielmehr als eine Beobachtungsstelle. Anhand der Erfahrungen ihrer Akteure können so manche Spannungen erfasst, untersucht und analysiert werden, die die sozialistische Gesellschaft durchdringen.

Wie die Krankenakten belegen, können die Patienten innerhalb der Klinik das Wort in einer besonderen Art ergreifen. Weil man sie vor allem als Patienten betrachtet und ihre Worte als potentielle Zeichen einer Krankheit wahrgenommen werden, ist es diesen Individuen möglich, Themen zu behandeln, die im Kontext der sozialistischen Gesellschaft ansonsten verschwiegen werden. Diese Forschungsarbeit, die auf der Auswertung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenakten basiert, wirft ein neues Licht auf die Institution Psychiatrie im Rahmen eines diktatorischen Kontexts. Die psychiatrische Klinik erscheint hier nicht als ein Instrument der Diktatur, in dem die politischen Opponenten mundtot gemacht werden, sondern als ein Ort, an dem sich das Wort befreien kann, weil es bei der Suche nach der Diagnose eingesperrt wird. Die Patienten werden nicht als Opfer einer psychiatrischen Macht betrachtet, sondern als historische Akteure, deren Erfahrungen und Lebenswege zu rekonstruieren sind.

2. Forschungsstand und Forschungsansatz

2.1 Die Gesellschaft der DDR: ein legitimes Forschungsobjekt?

Im Rahmen dieser mikrohistorischen Studie wird die Aufmerksamkeit auf den Patienten – als sozialer Akteur – gelenkt, das heißt er wird als Mensch betrachtet, „der sich im Feld vielfältiger Einflüsse, Interessen und Interaktionen bewegt, dessen Handlungsmotive und Sinnzusammenhang es zu rekonstruieren gilt“¹⁴⁵². Der Fokus liegt auf der komplexen Beziehung zwischen dem Individuum und dem Politischem innerhalb der sozialistischen Gesellschaft. Im Gegensatz zu dem totalitären Interpretationsrahmen wird die DDR-Gesellschaft nicht als eine „stillgelegte“ oder „entdifferenzierte“ Gesellschaft verstanden¹⁴⁵³.

Paris, Seuil, 1996, S. 12.

¹⁴⁵² Alf Lütcke, „Alltagsgeschichte, Mikro-Historie, historische Anthropologie“, in Hans-Jürgen Goertz (Hg.), *Geschichte. Ein Grundkurs*, Reinbek, Rowohlt, 1998, S. 557-578, hier S. 565-567. Zitiert von Brigitte Studer, „Introduction“, in Brigitte Studer, Berthold Unfried, Irène Herrmann (Hg.), *Parler de soi sous Staline. La construction identitaire dans le communisme des années trente*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 2002, S. 1-30, hier S.15.

¹⁴⁵³ Siegrid Meuschel, *Legitimation und Parteiherrschaft in der DDR. Zum Paradox von Stabilität und Revolution in der DDR 1945-1989*, Francfort, Suhrkamp, 1992. Siehe auch: Siegrid Meuschel, „Überlegungen zu einer Herrschafts- und Gesellschaftsgeschichte der DDR“, *Geschichte und Gesellschaft*, 19, 1993, S. 5-14.

Nach den Vertretern der Totalitarismustheorie hat die jahrzehntelange Herrschaft der Partei zum „Prozess des Absterbens der Gesellschaft“ geführt¹⁴⁵⁴. Das Soziale sei ganz vom Politischen – vom Willen der Partei – bestimmt gewesen. In dieser Perspektive erscheinen nur die SED und der Staat als historische Akteure einer DDR-Geschichte.

Im Gegensatz dazu knüpft die vorliegende Arbeit an die Sozialgeschichte der DDR an, die eine mikrohistorische Perspektive privilegiert und die Herrschaft als eine Interaktion, als „eine soziale Praxis“ versteht¹⁴⁵⁵. Diese Betrachtungsweise setzt „ein[en] bestimmte[n] Typus von Interaktionen (Herrschaft als soziale Praxis) und die für die Akteure damit verbundenen Möglichkeiten der Sinn-Gebung und Sinn-Gewinnung“¹⁴⁵⁶ in Verbindung. Durch die Begriffsbildung „Herrschaft und Eigen-Sinn“ werden die Prozesse der Aneignung und Deutung von Herrschaftsstrukturen durch die Individuen (die 'Beherrschten') im Alltag hinterfragt. Im Vordergrund dieser Perspektive steht die eigene Bedeutung, die die Individuen in ihre Handlungen hineinlegen. Diese „individuelle Sinnzuschreibung“ ist vom Sinn der offiziellen Ideologie zu unterscheiden¹⁴⁵⁷. Im Rahmen dieser Betrachtungsweise wird der Fokus auf die Mikroebene gelegt, und „die Geschichte der in der DDR lebenden Menschen“ in den Mittelpunkt gerückt¹⁴⁵⁸. Ein vergleichbarer Ansatz findet sich in den Forschungen über die DDR, die von französischen Historikern geführt werden¹⁴⁵⁹. Hier wird Herrschaft ebenfalls als eine Austauschbeziehung verstanden, innerhalb derer das Subjekt zum Akteur der Herrschaftsmechanismen wird¹⁴⁶⁰. Diese mikrohistorische Perspektive befasst sich besonders mit den Prozessen der Aneignung und Verinnerlichung von Normen, Werten und Diskursen, die vom sozialistischen Regime produziert wurden sowie mit den Bildungsprozessen der individuellen Identitäten. In der Perspektive der *Socio-Histoire* werden analytische Werkzeuge aus der Soziologie verwendet, um die Interaktionen zwischen den Akteuren im Rahmen der ostdeutschen Gesellschaft zu untersuchen. Die vorliegende Studie schließt an diese beiden Forschungsansätze an, indem sie die individuellen und singulären

¹⁴⁵⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵⁵ Thomas Lindenberger, „Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung“, in Thomas Lindenberger (Hg.), *Herrschaft und Eigen-Sinn in der Diktatur. Studien zur Gesellschaftsgeschichte der DDR*, Köln, Böhlau Verlag, 1999, S.13-44.

¹⁴⁵⁶ *Ibid.*, S. 24.

¹⁴⁵⁷ Thomas Lindenberger, „Eigen-Sinn, Herrschaft und kein Widerstand“, in *Docupedia-Zeitgeschichte*, <http://docupedia.de/zg/Eigensinn>.

¹⁴⁵⁸ Thomas Lindenberger, „Die Diktatur der Grenzen. Zur Einleitung“, *op. cit.*, S. 18.

¹⁴⁵⁹ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien. Les entreprises d'État dans la société est-allemande*, Paris, Belin, 2001 ; Jay Rowell, *Le totalitarisme au concret. Les politiques du logement en RDA 1945-1989*, Paris, Economica, 2005 ; Emmanuel Droit, *Vers un homme nouveau ? L'éducation socialiste en RDA (1949-1989)*, Rennes, PUR, 2009 ; Michel Christian, „Parti et société en RDA et en Tchécoslovaquie. Une histoire comparée des partis communistes au pouvoir du début des années 1950 à la fin des années 1970“, 2011 (unveröffentlichte Dissertation), Universität Genf / Universität Paris 8.

¹⁴⁶⁰ Sandrine Kott, „Pour une histoire sociale du pouvoir en Europe communiste : introduction thématique“, in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 49-2, avril-juin 2002, S. 16.

Erfahrungen von Patienten und ihre Beziehungen zum politischen und ideologischen Kontext der DDR hinterfragt.

Dabei wird der Blick auf den Rand der sozialistischen Gesellschaft gerichtet. Während der stationären Behandlung werden die Individuen – zu Patienten geworden – von ihrem Alltag, von ihren sozialen Einschreibungen, von der Welt, in der sie leben, getrennt. Was die psychiatrischen Patienten betrifft, wird dieser Marginalisierungsprozess durch die Stigmatisierung, die eine Diagnose von psychischer Krankheit begleitet, noch verstärkt. Als privilegiertes Observatorium der Spannungen und der Mechanismen, die die Gesellschaft durchdringen, hat dieser soziale Rand einen besonderen heuristischen Wert. Wie der spanische Historiker Bernard Vincent es formuliert hat, kann man diese Vorgehensweise wie folgt zusammenfassen: „Die Stimmen der Randständigen – und mehr noch der Diskurs über die Randständigen – verraten uns viel über die gesamtgesellschaftlichen Konsense und Befürchtungen“¹⁴⁶¹. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Rand als ein Ort betrachtet, an dem bestimmte Spannungen der sozialistischen Gesellschaft geäußert werden können, gerade weil sie innerhalb eines spezifischen Kontexts – des psychiatrischen Kontexts – aufgefasst werden. Diese Studie, die die DDR-Gesellschaft 'von unten' und aus der Randperspektive hinterfragt, fügt sich somit in verschiedene historiographische Ströme der Sozialgeschichte der DDR ein, die sich auf der einen wie auf der anderen Seite des Rheins entwickelt haben.

2.2 Die Psychiatrie in der DDR: ein unterentwickeltes Forschungsobjekt

Die vorliegende Studie steht in engem Zusammenhang mit den aktuellsten historischen Forschungen über die Geschichte der Psychiatrie im Kommunismus. Wie das 2015 veröffentlichte Buch der Historiker Sara Marks und Matt Savelli verdeutlicht, stellen die psychiatrischen Versorgungssysteme des Ostblocks mittlerweile Untersuchungsfelder historischer Forschungen dar¹⁴⁶². Die Ergebnisse dieser Forschungen stehen im Gegensatz zum monolithischen Bild einer 'kommunistischen Psychiatrie', deren Aufgabe sich darauf beschränkt hätte, politische Gegner zum Schweigen zu bringen, sondern zeichnen vielmehr ein kompliziertes und differenziertes Bild der psychiatrischen Versorgungssysteme dieser Länder. Die Psychiatrie wird als ein „hervorragendes Prisma [betrachtet], um die verschiedenen Facetten der sozialen, politischen und intellektuellen Geschichte des

¹⁴⁶¹ „[...] le discours des marginaux – et plus encore le discours sur les marginaux – nous révèle les consensus et les préoccupations de la société globale.“ Bernard Vincent, „Présentation“, in Bernard Vincent (Hg.), *Les marginaux et les exclus dans l'histoire*, Cahiers Jussieu, Université Paris Diderot, Paris, 1979, S. 12.

¹⁴⁶² Sara Marks et Matt Savelli (Hg.), *Psychiatry in Communist Europe*, London, Palgrave, 2015.

kommunistischen Osteuropas zu erforschen¹⁴⁶³. Die vorliegende Untersuchung schließt an dieses Forschungsbestreben an, den totalitären Interpretationsrahmen zu de-konstruieren, und stattdessen die Geschichte der Psychiatrie im Kommunismus in einen breiteren Kontext einzubetten.

Im Verhältnis zu den anderen Ländern des ehemaligen Ostblocks hat die Geschichte der Psychiatrie in der DDR mehr Interesse geweckt, auch wenn die historischen Ansätze zur DDR-Psychiatrie in der Fachliteratur bislang unterentwickelt sind. Ein möglicher politischer Missbrauch der Psychiatrie in der DDR wurde in den neunziger Jahren kontrovers diskutiert. Die Untersuchungskommissionen, die in vier der fünf ostdeutschen Bundesländern eingesetzt worden sind, kamen zum gleichen Ergebnis: einen systematischen Missbrauch nach dem sowjetischen Vorbild mit Zwangspsychiatisierung psychisch gesunder Dissidenten hat es in der DDR nicht gegeben¹⁴⁶⁴. In den folgenden Jahren hat sich die Psychiaterin Sonja Süß ebenfalls mit diesem Thema beschäftigt. In ihrer 1998 veröffentlichten Studie kam sie zu demselben Schluss¹⁴⁶⁵. Die Geschichte der Psychiatrie in der DDR darf sich aber nicht auf die Frage der Instrumentalisierung beschränken. Erst in den 2000er Jahren wurden Forschungen veröffentlicht, die eine breitere Betrachtungsweise anbieten. Die 2002 erschienene Studie von Sabine Hanrath, die einen systematischen Vergleich der psychiatrischen Anstaltsfürsorge in der SBZ/DDR und in der Bundesrepublik während der ersten beiden Nachkriegsjahrzehnte unternimmt, stellt einen wichtigen Beitrag in diesem Forschungsfeld dar¹⁴⁶⁶. Sie zeigt auf, dass „die Parallelen der Anstaltspsychiatrieentwicklung in Ost- und Westdeutschland – bei aller notwendigen Differenzierung im Einzelnen – in der Zeitspanne von 1945 bis zum Beginn der sechziger Jahre überwogen“¹⁴⁶⁷. Den Blick auf die lokale Ebene richtend, wird klar, dass die psychiatrische Landschaft der DDR nicht als eine homogenisierte Entität zu betrachten ist, die von den Direktiven der Partei geformt wurde, sondern als ein differenziertes Ensemble¹⁴⁶⁸. Die These einer lokal geprägten Praxis wird auch von den jüngsten Forschungen auf diesem Feld unterstützt, die sich mit der Einführung von Psychopharmaka in der DDR beschäftigen¹⁴⁶⁹. Diese Forschungsarbeiten schließen an die

¹⁴⁶³ „Psychiatry can also offer an excellent prism through which to explore the different facets of social, political, and intellectual history of Communist Eastern Europe“. Sara Marks et Matt Savelli, „Communist Europe and Transnational Psychiatry“, in Sara Marks et Matt Savelli (Hg.), *op. cit.*, S. 20.

¹⁴⁶⁴ Sonja Süß, *Politisch mißbraucht ? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Berlin, Links, 1998, S.100-114.

¹⁴⁶⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶⁶ Sabine Hanrath, *Zwischen Euthanasie und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn, Schöningh, 2002.

¹⁴⁶⁷ *Ibid.*, S. 462.

¹⁴⁶⁸ Wolfgang Rose gelangt zum gleichen Ergebnis. Wolfgang Rose, *Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990*, Berlin, bebra Verlag, 2005.

¹⁴⁶⁹ Siehe: Matthias Hoheisel, „Von der Suchtdroge zum Therapeutikum – Zur Bewertung von Beruhigungsmitteln an der Charité Nervenlinik von 1962-75“, in *Medizinhistorisches Journal*, 47, 2012, S.

neuere Arzneimittelgeschichte an und fragen nach den Verflechtungen zwischen Pharmaindustrie, klinischer Forschung und staatlicher Regulierung im ostdeutschen Kontext. Im Rahmen dieser ambitionierten Forschung werden die Patienten nicht als passive Objekte einer medikamentösen Behandlung, sondern eher als Akteure ihrer eigenen Therapie verstanden, die über die Fähigkeit verfügen, Forderungen dazu zu äußern¹⁴⁷⁰. So zeigt Viola Balz, wie der Patient als Konsument im sozialistischen Kontext agieren kann. Anhand der Auswertung einer Krankenakte gelingt es der Historikerin den Sinn zu rekonstruieren, den der Patient seinem (gewünschten) Konsum von Psychopharmaka gibt¹⁴⁷¹. Dieser Sinn steht im engen Zusammenhang mit dem Verhältnis des Patienten zum sozialistischen Staat. In Balz' mikrohistorischer Untersuchung wird der Patient als historischer Akteur betrachtet, dessen Erfahrungen – und der Sinn, den er diesen Erfahrungen gibt – zu rekonstruieren sind. Die vorliegende Arbeit teilt vieles mit dieser Vorgehensweise. Untersucht werden die Erfahrungen der Patienten und ihre Beziehungen zum politischen und ideologischen Kontext.

2.3 Die Patienten als Akteure einer Sozialgeschichte der DDR

Mit der vorliegenden Arbeit wird an Entwicklungen angeknüpft, die die deutschsprachigen und französischsprachigen Forschungsfelder über die Psychiatrie betreffen. Die Patienten und ihre Geschichten wecken in beiden Ländern zunehmend das Interesse der Psychiatriehistoriker¹⁴⁷². In dieser historiographischen Neuerung spielt die Verwendung der Krankenakte als historische Quelle eine wichtige Rolle. Die 2014 vorgelegte Studie von Benoît Majerus veranschaulicht diesen neuen Ansatz¹⁴⁷³. In dieser Studie, die die Geschichte eines psychiatrischen Krankenhauses im Brüssel des zwanzigsten Jahrhunderts untersucht, gelingt es dem Historiker – anhand von Krankenakten – die Stimmen der Patienten zu rekonstruieren. Nicht als „Opfer einer allmächtigen psychiatrischen Macht sondern als Akteur“¹⁴⁷⁴ wird der Patient hier betrachtet. Die letzten Forschungsarbeiten der Historiker Hervé Guillemain und Stéphane Tison, die sich mit den individuellen Erfahrungen der

62-98.

¹⁴⁷⁰ Ulrike Klöppel, Matthias Hoheisel, „Wunschverordnung“ oder objektiver „Bevölkerungsbedarf“? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970)“, *op. cit.*

¹⁴⁷¹ Viola Balz, „Für einen Aktivist wie mich muß es in einem sozialistischen Staat doch effektive Medikamente geben“. Psychopharmaka und Konsumenteninteresse in der DDR“, *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, Vol. 21, n°3, 2013, S. 245-271.

¹⁴⁷² Der Ruf nach einer Geschichte des Patienten ist nicht neu. Siehe dazu: Roy Porter, „The Patient's view. Doing Medical History from Below“, *Theory and Society*, 1985, 14, S. 175-198.

¹⁴⁷³ Benoît Majerus, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, PUR, Rennes, 2014.

¹⁴⁷⁴ „ Sans se focaliser exclusivement sur le patient, il s'agit néanmoins de le faire (r)entrer dans le récit historique, non pas en tant que „victime“ d'un pouvoir psychiatrique tout-puissant, mais en tant qu'acteur.“ *Ibid.*, S. 24.

'verrückten Soldaten' des Ersten Weltkrieges beschäftigen, haben ebenfalls gezeigt, dass es möglich ist, eine Geschichte des Wahnsinns und der Psychiatrie 'auf der Ebene des Patienten' zu schreiben¹⁴⁷⁵. Die Verwendung der psychiatrischen Krankenakte, der auf die Stimme der Patienten gelegte Fokus und der mikrohistorische Ansatz stellen die wesentlichen Berührungspunkte zur vorliegenden Studie dar.

Während Hervé Guillemain und Stéphane Tison die Erfahrungen der 'verrückten Soldaten' in die Geschichte des Ersten Weltkrieges einbetten, werden hier die Erfahrungen der Patienten einer Ostberliner Klinik in die Geschichte der DDR-Gesellschaft eingefügt. „Sobald sie aus ihrer medizinischen Spezialisierung heraustritt und zur globalen Geschichte beiträgt“¹⁴⁷⁶, nimmt die Geschichte der Psychiatrie eine ganz andere Dimension ein. Durch die Fokussierung auf diese anderen historischen Akteure werden andere Erfahrungen des „alltäglichen Kommunismus“ (*communisme au quotidien*)¹⁴⁷⁷ rekonstruiert, wobei die medizinische Interpretation dieser Erfahrungen besonders berücksichtigt wird. Befasst man sich mit Erfahrungen von Patienten, kann man nicht nur das erfragen, was innerhalb der Klinik passiert, sondern auch das, was außerhalb ihrer Wände geschieht.

Diese Beobachtungsebene, auf der Höhe der Patienten, lenkt die Aufmerksamkeit auf die „winzigen Leben“ (*vies minuscules*), die „eine andere, diskrete, komplexe Version“¹⁴⁷⁸ der sozialen Realität der DDR liefern. Nach Thomas Lindenberger rechtfertigt die besondere Konfiguration dieser Gesellschaft einen solchen Ansatz 'von unten'. Dadurch wird eine Differenzierung der Gesellschaft sichtbar, die auf anderen Ebenen nicht zu fassen ist¹⁴⁷⁹. 'Nach oben' schauend, stößt man auf das politische Projekt zum 'Aufbau des Sozialismus', wo die sozialistische Gesellschaft einen homogenisierten Eindruck gibt, in einer angekündigten Fusionierung von Partei, Staat und Gesellschaft. Die unterste soziale Einheit – der individuelle Akteur – aber erweist sich als ein geeignetes Prisma, um die Heterogenität und die Komplexität der Machtbeziehungen sowie der sozialen Interaktionen der DDR-Gesellschaft zu untersuchen. Indem die Akte nach den individuellen Erfahrungen des Patienten innerhalb des Sozialismus und seinem eigenen Verhältnis zum politischen Kontext befragt wird, wird er gewissermaßen aus seinem Status als psychiatrischer Patient

¹⁴⁷⁵ Hervé Guillemain et Stéphane Tison, *Du front à l'asile. 1914-1918*, Paris, 2013, Alma.

¹⁴⁷⁶ Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, „Introduction générale“, in Laurence Guignard, Hervé Guillemain, Stéphane Tison, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e - XX^e siècles)*, Rennes, PUR, 2013, S. 10. Die Autoren beziehen sich hier auf den folgenden Aufsatz: Greg Eghigian, „Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry“, in *History of Psychiatry*, 22(2), 2011, S. 201-214.

¹⁴⁷⁷ Sandrine Kott, *Le communisme au quotidien...*, *op. cit.*.

¹⁴⁷⁸ „[...] ces vies minuscules participent elles aussi, à leur place de la „grande histoire“, dont elles livrent une version différente, discrète, complexe.“ Jacques Revel, „Présentation“ in Jacques Revel (Hg.), *Jeux d'échelles...*, *op. cit.*, S. 12.

¹⁴⁷⁹ Thomas Lindenberger, „Die Diktatur der Grenzen...“, *op. cit.*, S. 31-33.

herausgelöst. Weitere und andere soziale Einschreibungen, deren Spuren sich in den Krankenakten finden, werden rekonstruiert. Im Rahmen dieser Studie erscheint der Patient als ein „pluraler Akteur“¹⁴⁸⁰ (*acteur pluriel*), der über mehrere Handlungsrepertoires verfügt.

3. Die Wahl eines Observatoriums: die Psychiatrische und Nervenlinik der Charité während des Direktorats von Karl Leonhard (1957-1969)

Um die Bedingungen rekonstruieren zu können, unter denen Patienten psychiatrischer Kliniken das Wort ergriffen, ist es nötig, sich mit dem Alltag der psychiatrischen Institutionen, mit ihren Positionen in der psychiatrischen Landschaft, mit den durchgeführten Therapien, der Personalsituation und vielem Weiteren zu befassen. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, und die Untersuchung auf eine tiefgehende Grundlage zu stellen, wurde beschlossen, die Analyse auf eine einzige Klinik zu beschränken.

In der psychiatrischen Landschaft der DDR besitzt die Nervenlinik der Charité eine besondere Stellung. Sie gehört zu dem wichtigsten Universitätskrankenhaus der DDR, an dem die Medizinstudenten der Humboldt-Universität ausgebildet werden¹⁴⁸¹. In unmittelbarer Nähe zur Grenze nach West-Berlin gelegen, soll die Charité als Vorzeiginstitution der DDR-Medizin dienen. Ihr Status als Universitätsklinik bringt mit sich, dass die Behandlung der Patienten mit Forschungs- oder Unterrichtsaktivitäten verbunden ist. An die Direktion der Klinik ist der Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie der Humboldt-Universität angeschlossen. Im Zusammenhang mit den Forschungsaktivitäten konzentriert sich die Universitätspsychiatrie eher auf akute Fälle als auf chronische Fälle, was erklärt, warum die Aufenthaltsdauer meist kurz ist, nämlich im Durchschnitt zwischen mehreren Wochen und mehreren Monaten. Die Fluktuation der Patienten ist damit relativ hoch. Auch wenn die meisten Patienten aus Ost-Berlin und der Umgebung stammen, behandelt die Klinik Patienten aus der gesamten DDR. Dabei spielt der gute Ruf der Klinik eine besondere Rolle.

Was den Zeitraum betrifft, konzentriert sich diese Studie auf die sechziger Jahre, da sie nicht nur auf der Ebene der Klinik sondern auch auf der Ebene der DDR-Gesellschaft eine chronologische Einheit darstellen. Auf der Ebene der Klinik sind die sechziger Jahre vom Direktorat des Professors Karl Leonhard geprägt. Dieser aus der BRD stammende Psychiater leitet die Klinik von 1957 bis 1969 und hat maßgeblichen Einfluss auf ihre Entwicklung. Das Gewicht seines Einflusses erklärt sich aus der hierarchischen Struktur der

¹⁴⁸⁰ Bernard Lahire, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 2001 [1998].

¹⁴⁸¹ Zur Geschichte der Charité siehe: Johanna Bleker, Volker Hess (Hg.), *Die Charité. Geschichte eines Krankenhauses*, Berlin, Akademie Verlag, 2010 ; Rainer Herrn und Laura Hottenrott (Hg.), *Die Charité zwischen Ost und West 1945- 1992. Zeitzeugen erinnern sich*, Berlin, bebra Verlag, 2010.

Universitätskliniken. Während seines Direktorats verändert sich die Klinik hinsichtlich der räumlichen Organisation wie auch der durchgeführten Therapien. Dabei lassen sich allgemeine Entwicklungen des psychiatrischen Fachs beobachten, die auch für andere europäische Länder charakteristisch sind. Das Behandlungsangebot wird vielseitiger, die Stationstüren öffnen sich teil- und schrittweise, das Disziplinarregime wird gelockert. 1959 wird eine psychotherapeutische Abteilung eröffnet, in welcher die Individualtherapie nach Leonhard durchgeführt wird und in der die Patienten, die unter Neurosen leiden, behandelt werden. Im Allgemeinen stellen die sechziger Jahre, unter dem Direktorat von Karl Leonhard, eine Einheit dar, sowohl was die therapeutische Orientierung als auch das Verhältnis zwischen Direktion und politischem Regime angeht.

Auf der Ebene der DDR-Geschichte bilden die sechziger Jahre ebenfalls einen kohärenten Zeitabschnitt. Zu Beginn der sechziger Jahre ist die Zeit der radikalen Transformationen vorbei. Während des vorigen Jahrzehnts wurden wirtschaftliche und soziale Reformen durchgeführt, die zum Entstehen einer neuen Gesellschaft führen sollten. Die Kollektivierungs-, Verstaatlichungs- und Planungsmaßnahmen, sowie die Abschaffung aller parteiunabhängigen politischen oder sozialen Verbände trugen zum Wandel der Gesellschaft bei. Auch wenn dieses ideologische Streben zur gesellschaftlichen Umgestaltung auf Hindernisse stieß, gehen Anfang der sechziger Jahre die sozialen Umbrüche zu Ende. Eine Stabilisierungsperiode des Regimes beginnt, das Projekt zur Umgestaltung der Gesellschaft wird zwar weitergeführt, verringert aber sein Tempo. Im August 1961 ändert die Schließung des letzten Schlupfloches in die BRD die Herrschaftsbedingungen. Da der Weg zum Westen nun versperrt ist, wird es nötig, sich an die Existenzbedingungen hinter dem Eisernen Vorhang anzupassen. Folgt man der Historikerin Mary Fulbrook, beginnt nun eine Periode der Normalisierung für die DDR, die sich durch drei Tendenzen charakterisieren lässt: eine Tendenz zur Stabilisierung der Machtstrukturen (im Zusammenhang mit dem Entspannungskontext auf der internationalen Ebene), eine Tendenz zur Routinisierung (was die Regeln des sozialen Miteinanders betrifft), und eine Tendenz zur Verinnerlichung der Normen¹⁴⁸². Die Norm – als Verhaltensregel verstanden – wird demnach vom Subjekt verinnerlicht. Der äußere Zwang wird zum Selbstzwang, die Zensur zur Selbstzensur. Die Individuen lernen mit den geschriebenen und ungeschriebenen Regeln des Regimes

¹⁴⁸² Mary Fulbrook, „The Concept of "Normalisation" and the GDR in Comparative Perspective“, in Mary Fulbrook, *Power and Society in the GDR 1961-1979. The „Normalisation of Rule“?*, Oxford, Berghahn Books, 2009, S. 1-30. Zur Definition der „Normalisierung“ siehe auch: Mary Fulbrook, „Theoretische Überlegungen zur DDR-Geschichte. Die französische DDR-Forschung in vergleichender Perspektive“, in Emmanuel Droit, Sandrine Kott (Hg.), *Die ostdeutsche Gesellschaft. Eine transnationale Perspektive*, Berlin, Links, 2006, S. 278-285.

umzugehen. Im Zentrum dieser Forschungsarbeit steht nicht nur die Frage der Normaneignung sondern auch die Frage der Definition des 'Normalen' (im Gegensatz zum Pathologischen) im Rahmen der sozialistischen Gesellschaft. Deswegen scheint die Periode der sechziger Jahre einen besonders günstigen chronologischen Rahmen für die unternommene Forschung zu bieten. Anhand der Erfahrungen der Patienten kann man die Spuren oder die Wirkungen der von der kommunistischen Diktatur produzierten Diskurse und Normen (die nicht systematisch mit den Ansprüchen der politischen Macht übereinstimmen) rekonstruieren, und die Modalitäten der Aneignungsprozesse durch die Individuen hinterfragen.

4. Durchführung des Projekts, Quellen und Methodologie

4.1 Kontextualisierungsquellen

Parallel zu der Auswertung der Krankenakten wurde eine Kontextualisierungsarbeit durchgeführt, um den Rahmen der Forschung auf verschiedenen Ebenen zu bestimmen.

4.1.1 Auf der Ebene der DDR

Um die Situation der Psychiatrie in der DDR der sechziger Jahre schildern zu können, wurde hauptsächlich auf Sekundärliteratur zurückgegriffen. Parallel dazu wurden Unterlagen des Archivs des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR ausgewertet. Die Überlieferungen zweier Gremien, die aus Vertretern des psychiatrischen Fachs bestehen, wurden mit besonderer Aufmerksamkeit ausgewertet. Es handelt sich um den „Fachausschuss für Psychiatrie“, der 1959 gegründet wurde, sowie um die „Problemkommission Psychiatrie und Neurologie“, die ihn in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre ersetzt. Auch wenn die Geschichte dieser Gremien von deutschen Historikern schon geschildert wurde¹⁴⁸³, hat durch die Neuinterpretation des Archivs zusätzliche Verständniselemente geliefert (insbesondere, was die Geschichte der Problemkommission betrifft). Durch die von diesen konsultativen Organen produzierten Berichte wurde die globale Situation des psychiatrischen Sektors auf der Ebene der DDR während der sechziger Jahre erfasst, sowie die marginale Bedeutung, die dem psychiatrischen Versorgungsbereich im Gesundheitswesen zugeschrieben wurde.

¹⁴⁸³ Sabine Hanrath, *op.cit.*, S.427-447 ; Wolfgang Rose, *op. cit.*, S. 115-125.

4.1.2 Auf der Ebene der Klinik

Was die Psychiatrische und Nervenlinik der Charité betrifft, wurde auf das Verwaltungsarchiv der Klinik zurückgegriffen¹⁴⁸⁴. Im Rahmen der Untersuchung standen besonders die interne Korrespondenz der Klinik (zwischen den Stationen und der Direktion) und die Korrespondenz zwischen der Klinikleitung und der Charité-Leitung im Fokus der Analyse. Diese Dokumente beinhalten vor allem Informationen über die Organisation der Stationen, über ihre Veränderungen im Laufe der sechziger Jahre, sowie über die Situation des Klinikpersonals. Im Verwaltungsarchiv befinden sich außerdem die Jahresberichte der Klinik der Jahre 1953 bis 1964, die einen Überblick über die Aktivitäten der Klinik (in Forschung, Unterricht, und Personalausbildung) geben. Parallel zu der Auswertung der Verwaltungsakten wurden auch Personalakten ehemaliger Mitarbeiter der Klinik eingesehen (die Personalakten von 14 Ärzten und einer Krankenschwester)¹⁴⁸⁵. Mittels dieser Akten konnten die Karrieren dieser Individuen rekonstruiert werden. Die Personalakte des Klinikleiters Karl Leonhard erlaubte es, das Verhältnis zwischen Klinikleitung und dem politischen Regime zu untersuchen.

Um die Rolle der Partei in der Klinik zu erfassen, wurden SED-Akten eingesehen, die die Parteigruppe der Nervenlinik während der sechziger Jahre betreffen¹⁴⁸⁶. Es handelt sich in erster Linie um Protokolle der Mitgliederversammlungen der Parteigruppe, anhand derer Auskünfte über die Zahl der Genossen, über ihre politischen Aktivitäten, über ihre Positionierung der Klinikleitung gegenüber gewonnen wurden.

Was die Überwachung der Klinik durch den Staatssicherheitsdienst anbelangt, wurde die Akte eines inoffiziellen Mitarbeiters (Geheimer Informator „Mertens“) ausgewertet, der während des Direktorats von Karl Leonhard als Arzt in der Nervenlinik gearbeitet hat¹⁴⁸⁷. Mehrere Indizien, die sich in den Quellen befinden, sprechen dafür, dass es sich um den einzigen Inoffiziellen Mitarbeiter handelte, der während dieses Zeitraums für die Überwachung der Klinik verantwortlich war.

Im Rahmen dieser Kontextualisierungsarbeit wurde auch auf veröffentlichte Quellen zurückgegriffen. Was den Inhalt der Therapien betrifft, wurden mehrere wissenschaftliche Publikationen eingesehen. Die meisten davon wurden von Karl Leonhard, in Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen der Klinik, herausgegeben. Mit kritischer Distanz wurde

¹⁴⁸⁴ HPAC, Verwaltungsarchiv der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité.

¹⁴⁸⁵ Diese Personalakten befinden sich im Universitätsarchiv der Humboldt Universität zu Berlin.

¹⁴⁸⁶ Diese Akten befinden sich im Landesarchiv Berlin.

¹⁴⁸⁷ BStU [Behörde des Bundesbeauftragten für die Stasi-Unterlagen], MfS AIM 6892 / 62, Band A1, Band A2, Band P.

weiterhin die post mortem erschienene Autobiographie von Karl Leonhard verwendet, die es erlaubte, mehrere Aspekte der Klinikgeschichte zu präzisieren¹⁴⁸⁸. Die veröffentlichten Gespräche, die mit ehemaligen Mitarbeitern der Nervenlinik durchgeführt wurden, haben eine zusätzliche Informationsquelle dargestellt (sechs von den neun interviewten Mitarbeitern waren in den sechziger Jahren in der Klinik tätig)¹⁴⁸⁹. Parallel dazu wurden auch Gespräche mit ehemaligen Mitarbeitern der Nervenlinik geführt (eine Krankenschwester, eine Psychologin und zwei Ärzte)¹⁴⁹⁰. Zwei von ihnen waren schon im Rahmen der erwähnten Publikation interviewt worden. Diese Gespräche dienten vor allem der Nachprüfung von Informationen, die aus der Analyse der Textquellen gewonnen wurden.

Anhand dieser Kontextualisierungsquellen wurde ein Verständnisrahmen zur Auswertung der Krankenakten aufgebaut. Ziel war nicht, eine ausführliche Geschichte der Nervenlinik während der sechziger Jahre zu schreiben, sondern Anhaltspunkte zu bieten, die nicht nur den alltäglichen Betrieb der Klinik, die durchgeführten Therapien, die Situation ihres Personals, sondern auch den Herrschaftsmodus der SED (Anwesenheit der Partei, Überwachung durch die Stasi, Interaktionen zwischen den Akteuren und den Machtstrukturen) betreffen.

4.2 Die Krankenakten

4.2.1 Was ist eine Krankenakte?

Jenseits der Spezifika, die mit ihrem Produktionsort zu tun haben, ist die psychiatrische Krankenakte durch eine homogenisierte Struktur gekennzeichnet, die das Ergebnis eines im 19. Jahrhundert begonnen Prozesses der Formalisierung ist¹⁴⁹¹. Auf der europäischen Ebene verflochten sich Verwaltungserfordernisse – in Verbindung mit der Geburt des modernen Krankenhauses – und Wandlungen der wissenschaftlichen Schreibweise, was zur Entstehung einer patientenbezogenen medizinischen Dokumentation

¹⁴⁸⁸ Volker Leonhard (Hg.), *Karl Leonhard. Meine Person und meine Aufgaben im Leben*, Hildburghausen, Verlag Frankenschwelle Hildburghausen, 1995.

¹⁴⁸⁹ Isabel Atzl, Volker Hess, Thomas Schnalke (Hg.), *Zeitzeugen Charité. Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenlinik 1940-1999*, Münster, LIT, 2005. Die im Rahmen des Projekts „Zeitzeugen Charité“ geführten Interviews finden sich in dieser Veröffentlichung wieder, die eine Ausstellung im Berliner Medizinhistorischen Museum begleitet hat.

¹⁴⁹⁰ Gespräch mit C.H. am 26. Februar 2014 in Berlin ; Gespräch mit H.S. am 27. Februar in Berlin ; Gespräch mit E.S. am 11. März in Berlin ; Gespräch mit R.D. am 2. April 2014 in Berlin.

¹⁴⁹¹ Volker Hess, „Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830)“, in *Medizinhistorisches Journal*, 45, 2010, S. 293-340.

führt¹⁴⁹². In der Charité wird eine solche Dokumentation Anfang der 1820er Jahre eingeführt¹⁴⁹³. Die Informationen bezüglich des Patienten werden nicht mehr im Krankenjournal des Krankensaals oder der Abteilung aufgeschrieben, sondern es wird für jeden Patienten ein individuelles Journal mit Einlegeblättern geführt. Die aus den 1960er Jahren stammenden Krankenakten, die für diese Studie ausgewertet wurden, sind das Ergebnis eines Formalisierungsprozesses der psychiatrischen Dokumentation, die Anfang des vorigen Jahrhunderts beginnt¹⁴⁹⁴.

Eine Krankenakte ist die Sammlung von heterogenen Unterlagen, die von unterschiedlichen Autoren und aus diversen Provenienzen stammen, und deren Gemeinsamkeit ist, dass sie sich alle auf den Patienten beziehen. Der Aktendeckel stellt das erste Element dar, mit dem der Leser konfrontiert ist. Darauf findet man die ersten Informationen bezüglich des Patienten: seinen Namen, sein Geburtsdatum, sein Alter, seinen Beruf, seine Adresse, die Aufnahme- und Entlassungsdaten, die Nummer der Abteilung, wo die stationäre(n) Behandlung(en) stattgefunden hat / haben, und die Diagnose(n). Auf dem Aktendeckel ist auch die Signatur vermerkt, die eine zentrale Rolle im Archivierungsprozess der Akte spielt.

In der Krankenakte befinden sich unterschiedliche Dokumente: Verwaltungs- und Personalakten, medizinische Berichte, in manchen Fällen Briefe. Unter diesen Dokumenten findet sich in den meisten Fällen eine Krankengeschichte, die für diese Untersuchung zentral ist. Im Gegensatz zu der Akte, in die sie sich einfügt, ist die Krankengeschichte narrativ organisiert (mit einem Anfang: der Aufnahme, und einem Ende: der Entlassung¹⁴⁹⁵). In aller Regel ist diese Krankengeschichte von einem Hauptautor geschrieben. Die Krankengeschichte untergliedert sich in zwei Teile. Zuerst findet man die Transkription der Anamnese – aus dem griechischen *mnêsia* (sich erinnern). In der Anamnese wird die Vorgeschichte des Patienten und seiner Krankheit ergründet. In den meisten Fällen wird die Anamnese während der ersten Gespräche mit dem Patienten durchgeführt, direkt nach seiner Aufnahme. Bei diesem ersten Austausch, der durch Fragen des Therapeuten gelenkt wird, soll

¹⁴⁹² Volker Hess, Sophie Ledebur, „Taking and Keeping: A Note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records“, in *Journal of the Society of Archivists*, 2011, 32 (1), S. 21-33 ; Volker Hess, „Formalisierte Beobachtung...“, *op. cit.* ; Sophie Ledebur, „Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten“, in *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 2011, 34(2), S. 102-124.

¹⁴⁹³ Volker Hess, „Die Alte Charité, die moderne Irrenabteilung und die Klinik (1790-1820)“, in Johanna Bleker, Volker Hess, *op. cit.*, S. 52 ; Volker Hess und Sophie Ledebur, „Taking and...“, *op. cit.*, S. 28 ; Volker Hess, „Formalisierte...“, *op. cit.*, S. 310.

¹⁴⁹⁴ Siehe dazu: Ole Dohrmann, *Die Entwicklung der medizinischen Dokumentation im Charité-Krankenhaus zu Berlin am Beispiel der psychiatrischen Krankenakten von 1866 bis 1945*, Husum, Matthiesen Verlag, Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 2015.

¹⁴⁹⁵ Volker Hess, „Formalisierte...“, *op. cit.*, S. 295.

der Patient über sich sprechen, sich mit sich selbst befassen. Die medizinische Anamnese, wie sie in der Nervenlinik durchgeführt wurde, kann man mit den „Biografiegeneratoren“ nach dem Soziologen Alois Hahn vergleichen¹⁴⁹⁶. Diese Formen von „Selbstthematization“ – wie die Beichte, das Tagebuch, das Geständnis vor dem Gericht – erlauben die Transformation der Identität an sich in eine Identität für sich. Ein „implizites Selbst“ wird vom „expliziten Selbst“ ersetzt.

Nach der Anamnese kommt der Verlauf, in welchem der Aufenthalt des Patienten nach einer chronologischen Logik dokumentiert wird. Hier vermerkt der Verfasser die Elemente, die er für bedeutungsvoll hält, ob es sich um therapeutische Gespräche, um die Visite des Stationsarztes, um Aussagen oder Gesten des Patienten handelt. Wie die Anamnese, so ist auch der Verlauf nach der Perspektive des Beobachters konstruiert. Das sind die Ärzte und die Psychologen, die die Krankengeschichte verfassen, indem sie sich dafür entscheiden, bestimmte Ereignisse oder Aussagen des Patienten aufzuschreiben, die potenziell zur Bildung der Diagnose führen können. Hier sind Übersetzungs-, Reformulierungs-, Verschriftlichungs- und Verschweigungsprozesse am Werk, durch die Initiative des Verfassers, der auf der Suche nach einer Diagnose einer demonstrativen Logik folgt.

So ist der Entstehungskontext der Krankengeschichte durch die „Machtasymmetrie zwischen denjenigen, die schreiben, und denjenigen, über die geschrieben wird“¹⁴⁹⁷ gekennzeichnet. Was den psychiatrischen Patienten betrifft, werden seine Worte und seine Gesten oft auf seinen vermuteten Krankenzustand reduziert. Diese Logik wird von dem Historiker Benoît Majerus als „diagnostische Zirkularität“ (*circularité diagnostique*) bezeichnet¹⁴⁹⁸. Sobald die Patienten die Schwellen der Klinik betreten, werden ihre Worte als potentielle Zeichen einer psychischen Krankheit wahrgenommen, während diese Krankheit einen Grund bildet, um ihre Worte nicht zu berücksichtigen.

Dennoch – auch wenn die Krankengeschichte auf Formalisierung mündlicher Aussagen, die durch den ärztlichen Blick gefiltert sind, auch wenn dieses Dokument nur einen Ausschnitt der Erlebnisse der Patienten bietet – die Patienten bleiben nicht unhörbar. Im Vergleich zu anderen medizinischen Fächern spielt das Wort des Patienten eine besondere Rolle im Rahmen der psychiatrischen Diagnosebildung. Es handelt sich oft um den einzigen Weg, um ein Leiden zu erreichen, dessen Symptome unsichtbar sind. Diese Spezifität spiegelt sich in der Krankengeschichte wider. Jenseits des ärztlichen Filters, der diese Quelle

¹⁴⁹⁶ Alois Hahn, „Identität und Selbstthematization“, in Alois Hahn, Volker Kapp, *Selbstthematization und Selbstzeugnis: Bekenntnis und Geständnis*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1987, S. 12.

¹⁴⁹⁷ Benoît Majerus erwähnt: „la dissymétrie de pouvoir entre ceux qui écrivent et ceux sur lesquels on écrit.“. Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op. cit.*, S. 35.

¹⁴⁹⁸ *Ibid.*, p. 24.

kennzeichnet, scheint es möglich, die Spuren der Erfahrungen der Patienten darin zu finden. „Die psychiatrischen Akten gegen ihre Intention lesen“¹⁴⁹⁹ (*contre-lire les archives psychiatriques*), „zwischen den Zeilen lesen“¹⁵⁰⁰, „die Erlebnisse der PatientInnen sichtbar zu machen“¹⁵⁰¹: diese Formulierungen fordern den Historiker auf, „[sich] vom Blickwinkel des Arztes frei[zu]machen“¹⁵⁰², die „diagnostische Zirkularität“, die die Worte und die Gesten des Patienten einsperrt, zu überwinden, um den Sinn zu rekonstruieren, den der Patient seiner eigenen Erfahrung gibt.

Die „diagnostische Zirkularität“ nimmt im spezifischen Kontext der DDR eine besondere Bedeutung ein, die bei der Auswertung der Quellen deutlich geworden ist. Im Rahmen der Gespräche mit den Therapeuten ergreifen die Patienten das Wort nach Modalitäten, die sich von den im Kontext der sozialistischen Gesellschaft geltenden Regeln unterscheiden. Hier entwickelt sich ein relativer Freiraum, von dem die Patienten profitieren können. Aus diesem Grund können sie Themen behandeln, die sonst verschwiegen werden, weil sie von einer politischen Dimension durchgedrungen sind. Dies wird vor allem bei der Thematisierung innerer Konflikte sichtbar, die mit dem politischen Kontext zu tun haben, bei Auseinandersetzungen mit der Partei, bei der Äußerung des Leidens nach dem Mauerbau oder des Wunsches, die DDR zu verlassen. In diesem Kontext kann die „diagnostische Zirkularität“ einen befreienden – und beschützenden – Effekt haben. Diese Tatsache stellt eine der wichtigsten Entdeckungen dar, die bei der Auswertung der Krankenakten gemacht wurden.

4.2.2 Methodologie der Auswertung

Diese für diese Studie ausgewerteten Krankenakten gehören zum Historischen Psychiatriearchiv der Charité, dessen Verantwortung das Institut für Geschichte der Medizin von Berlin trägt¹⁵⁰³. Es handelt sich um einen sehr reichen Archivbestand, der mehr als ein

¹⁴⁹⁹ *Ibid.*, S. 25.

¹⁵⁰⁰ Karen Nolte, *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt am Main, Campus, 2003, S. 26 ; Karen Nolte, „Die Erfahrung 'zwischen den Zeilen'. Eine patientenzentrierte Perspektive als eine andere Geschichte“, in Marguérite Bos, Bettina Vincenz, Tanja Wirz (Hg.), *Erfahrung: Alles nur Diskurs ? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffes in der Geschlechtergeschichte*, Zürich, Chronos, 2004, S. 273-281.

¹⁵⁰¹ Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980*, Bielefeld, transcript Verlag, 2010, S. 42.

¹⁵⁰² Joachim Radkau, „Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität“, in Dieter Meyer, Bernd Hey (Hg.), *Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung*, Neustadt an der Aisch, Degener, 1997, S. 92. Siehe auch: Joachim Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, Munich, Hanser, 1998.

¹⁵⁰³ Zum historischen Potential dieses Archivs: Ulrike Klöppel, „Das historische Krankenakten-Archiv der

Jahrhundert der Psychiatrie abdeckt. Ungefähr 70 000 Krankenakten werden dort verwahrt, von den 1870er bis zu den 1970er Jahren.

Die Krankenakten der sechziger Jahre sind nach dem Einweisungsdatum und dem Geschlecht der Patienten in Kartons eingelagert. Ab 1965 sind sie nach alphabetischer Reihenfolge geordnet. Zwischen 1960 und 1968 findet man pro Jahr ungefähr zwischen 800 und 1200 Akten (sie betreffen alle Stationen der Nervenlinik, was die neurologischen, die kinderpsychiatrischen und kinderneurologischen Stationen einschließt). Ungefähr 40-50% dieser Akten sind den psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen zuzuordnen (was 400-500 Akten pro Jahr entspricht).

Bei ihrer Auswertung wurden zuerst Ausschlusskriterien bestimmt: die Akten, die aus den neurologischen Abteilungen und aus den Kinderabteilungen stammen, wurden beiseite gelassen. Besonders berücksichtigt wurden Krankenakten, die eine Krankengeschichte beinhalten. Die erste Etappe dieser Arbeit bestand im 'Eintauchen' in die Akten. Anhand einer zufälligen Stichprobe von Krankenakten wurde induktiv erarbeitet, inwiefern sich das Politische darin bemerkbar macht¹⁵⁰⁴. Es ging darum, die in diesen *medizinischen* Akten manifestierten Spuren des *politischen* Kontexts festzustellen. Im Laufe der Zeit sind Forschungsspuren aufgetaucht und stärker geworden. Anhand der so ermittelten Forschungslinien und Forschungsfragen wurde allmählich ein Interpretationsrahmen gebildet, der es erlaubt hat, eine systematische Auswertung der psychiatrischen Akten zwischen 1960 und 1968 durchzuführen¹⁵⁰⁵.

Dieser Interpretationsrahmen umfasst vier thematische Linien: die politischen Konflikte, die Partei 'im Kopf', die Erfahrung der deutschen Teilung sowie die vom Zweiten Weltkrieg und vom Kalten Krieg hinterlassenen Spuren. Bei der Auswertung wurden Krankenakten im Zusammenhang mit diesen thematischen Untersuchungsfeldern gesammelt und vernetzt. Die Krankenakten, auf die diese Studie sich stützt, sind nicht repräsentativ für den Bestand, aus dem sie stammen. Doch auch wenn sie eine Minderheit unter den vorhandenen Krankenakten darstellen, auch wenn diese Akten singuläre Fälle oder Grenzfälle sind, besitzen sie einen historischen Wert. Sie sind in dem Maße 'Fälle', wie sie die Möglichkeit anbieten, sich mit einer gemeinsamen Frage zu befassen¹⁵⁰⁶: die Frage des

Nervenlinik der Charité“ in *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, 12, 2009, S. 267-270. Zur Geschichte dieser medizinischen Dokumentation, siehe: Ole Dohrmann, *op. cit.*

¹⁵⁰⁴ Diese erste Serie bestand aus ungefähr 130 Akten, die aus dem Zeitraum 1961-1968 stammen und die Patienten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen betreffen.

¹⁵⁰⁵ 1960 ist das erste ganze Jahr, während dessen die 1959 eröffnete psychotherapeutische Abteilung arbeitet. 1968 ist das letzte ganze Jahr des Direktorats von Karl Leonhard. Da die Krankenakten mit ihrem Produktionskontext eng verbunden sind, wurde beschlossen, diesen Zeitraum zu berücksichtigen.

¹⁵⁰⁶ Jean-Claude Passeron, Jacques Revel, „Penser par cas. Raisonner à partir de singularités“, in Jean-Claude Passeron et Jacques Revel, (Hg.), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005, S. 11.

Verhältnisses zwischen dem Individuum und dem Politischen in der ostdeutschen Gesellschaft der sechziger Jahre.

Anhand dieser singulären Quellen wird versucht, „zum Fall zu denken“ (*penser par cas*)¹⁵⁰⁷. Wie der Soziologe Jean-Claude Passeron und der Historiker Jacques Revel es formuliert haben, besteht „zum Fall machen“ (*faire cas*) darin, „eine Situation zu berücksichtigen, ihre Umstände – ihre Kontexte – zu rekonstruieren, und sie wieder in eine Geschichte einzubetten“¹⁵⁰⁸. Die Geschichte, in die diese Fälle einzubetten sind, ist die Geschichte der ostdeutschen Gesellschaft der sechziger Jahre und ihrer Verflechtungen mit dem Politischen.

5. Forschungsergebnisse

Diese Arbeit untergliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil befasst sich mit dem Kontext der Forschung (auf verschiedenen Ebenen). Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit den 'Geschichten der Patienten', anhand der Auswertung der Krankenakten. Jedes Kapitel folgt einer der vier oben vorgestellten Forschungslinien.

5.1 Erster Teil: Psychiatrie und Gesellschaft: von der Ebene der DDR bis zur Ebene der Klinik

5.1.1 Kapitel 1: Die Psychiatrie in der DDR: zwischen politischer Gleichgültigkeit und Atomisierung

Das Ziel dieses Kapitels ist, Orientierungslinien bezüglich der Situation des psychiatrischen Sektors in der DDR der sechziger Jahre zu bieten, insbesondere was sein Verhältnis zur politischen Macht anbelangt. Die Situation der DDR-Psychiatrie wird hier in einen europäischen Kontext eingebettet. Im Laufe der sechziger Jahre wird ihre randständige Situation im sozialistischen Gesundheitswesen besonders deutlich. Bis zu den sechziger Jahren überwiegen die Parallelen, wenn man die Situation der beiden deutschen Psychiatrien vergleicht, die mit den gleichen strukturellen Schwierigkeiten konfrontiert sind. In den sechziger Jahren wird eine Reform der Psychiatrie unter den Psychiatern der DDR diskutiert (wie die „Rodewischer Thesen“ es beweisen¹⁵⁰⁹). Dabei fügt sich der ostdeutsche Fall in die Entwicklungen der europäischen Psychiatrie ein, welche durch eine Öffnung zur Gesellschaft

¹⁵⁰⁷ *Ibid.*

¹⁵⁰⁸ „Faire cas, c'est prendre en compte une situation, en reconstruire les circonstances – les contextes – et les réinsérer ainsi dans une histoire, celle qui est appelée à rendre raison de l'agencement particulier qui d'une singularité fait un cas.“ *Ibid.*, S. 22.

¹⁵⁰⁹ „Rodewischer Thesen“, *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, 1965, 11 / 1, S. 61-63.

gekennzeichnet sind. Diesem auftauchenden Reformwillen steht aber das Fehlen an staatlicher Unterstützung gegenüber. Im Gegensatz zu den westlichen Demokratien, wo die Psychiatrie versucht, mit ihrer Isolierung zu brechen, kann dieser Prozess in der DDR nicht stattfinden. Diese verpasste Annäherung zwischen Psychiatrie und Gesellschaft lässt sich durch eine fehlende zentrale Unterstützung sowie durch die fehlende Öffentlichkeitssphäre erklären. Das erste Kapitel dieser Arbeit kann zeigen, dass gerade dieser Umstand die psychiatrische Landschaft in der DDR stark prägt. Da keine auf einer zentralen Ebene beschlossene Reform der Psychiatrie durchgeführt wird, erweist sich die psychiatrische Landschaft als besonders differenziert. Die Ebene der Anstalt oder der Klinik spielt gerade aus diesem Grund eine grosse Rolle in der Durchführung von Reformen wie in der Bestimmung von therapeutischen Behandlungen. In diesem Kapitel werden weiterhin die Beziehungen zwischen Ideologie und Psychiatrie in der DDR untersucht. Dabei wird der Fokus auf die fünfziger Jahre (auf die Pavlov-Kampagne) sowie auf die siebziger Jahre gelegt, wo Versuche politischer Einflussnahme der SED auf die Ausrichtung des psychiatrischen Fachgebietes festgestellt werden können, ohne dass sie zum gewünschten Ergebnis führten.

5.1.2 Kapitel 2: Die Psychiatrische und Nervenlinik der Charité (1957-1969): zwischen Psychiatriegeschichte und Sozialgeschichte des Kommunismus

In diesem Kapitel wird auf die Ebene der Klinik fokussiert. Nach einem historischen Rückblick, der die Geschichte der Klinik in die Geschichte der deutschen Psychiatrie einbettet, wird die Situation der Klinik in den sechziger Jahren untersucht. Die Autorität des Klinikleiters prägt besonders Alltag und Machtbeziehungen innerhalb des Hauses, weshalb das Verhältnis von Karl Leonhard zum sozialistischen Regime anhand von verschiedenen Quellen rekonstruiert wird. Dabei zeigt sich, dass die Positionierung von Karl Leonhard der Ideologie gegenüber durch einen bestimmten Pragmatismus gekennzeichnet ist. Während seines Direktorats erweist sich die Klinik als ein heterogener Raum, der sich im Laufe der sechziger Jahre deutlich verändert. In der 1959 geöffneten psychotherapeutischen Abteilung werden die Patienten durch die Individualtherapie behandelt. Es handelt sich um eine psychotherapeutische Methode, die in Ablenkung, Belastung, Gewöhnung und Umerziehung besteht und auf die jeweilige Besonderheit der neurotischen Symptomatik fokussiert. Ziel der Therapie ist nicht die Beseitigung einzelner Symptome, sondern eine Verhaltensänderung und Neuausrichtung der Persönlichkeit. Auch wenn sie von verschiedenen Menschenbildern und Methodologien ausgehen, stellen die Individualtherapie und die frühen Verhaltenstherapien,

die im westlichen Kontext entwickelt wurden, vergleichbare klinische Vorgehensweisen dar¹⁵¹⁰. Im Allgemeinen entsprechen die in der Klinik durchgeführten Therapien den therapeutischen Verfahren, die auch in anderen europäischen Institutionen zur Verfügung stehen, und die sich zunehmend „einer Erweiterung des Behandlungsfelds“¹⁵¹¹ (*élargissement du champ des traitements*) zuwenden. Was die Situation des Personals der Klinik angeht, konnte gezeigt werden, dass diese nicht einzig durch den spezifischen Kontext der DDR geprägt ist, sondern durch die allgemeinen Merkmale des psychiatrischen Felds bestimmt ist. Vor allem für die Berufsgruppe der Ärzte, die die besondere Aufmerksamkeit des politischen Regimes erweckt, stellte sich heraus, dass die politischen Kriterien, wie etwa die Zugehörigkeit zu der Partei, keine zentrale Rolle spielen. Weit bedeutender sind die klassischen Berufskriterien (wie die Habilitation zum Beispiel). Was diesen Aspekt betrifft, unterscheidet sich die Nervenlinik nicht von Universitätskliniken, die sich auf der anderen Seite des Eisernen Vorhangs befinden.

Anhand des Archivs der Parteigruppe wird die Rolle der Partei innerhalb der Klinik untersucht. Die Parteilarbeit stößt auf verschiedene Hindernisse, die unter anderem mit der Kontinuität von hierarchischen Strukturen zu tun haben (der politische Einfluss der Genossen scheint nämlich durch die Autorität des Direktors beschränkt zu werden). Die Anwesenheit des Staatssicherheitsdienstes innerhalb der Klinik wird durch die Zusammenarbeit des inoffiziellen Mitarbeiter „Mertens“ rekonstruiert. Die Akten dieses IM belegen, dass die Überwachung der Patienten nicht im Zentrum des Interesses des Ministeriums für Staatssicherheit stand. Seine Hauptaufgabe besteht nämlich darin, Auskünfte über seine Arztkollegen (und insbesondere über deren Beziehungen zum Westen) zu liefern.

Durch dieses Kapitel werden wichtige Aspekte der Geschichte der Nervenlinik in den sechziger Jahren untersucht. Die Geschichte, die hier geschildert wird, oszilliert zwischen zwei Perspektiven. Auf der einen Seite fügt sich die Geschichte der Nervenlinik sowohl in die deutsche Tradition als auch in die Veränderungen der europäischen Psychiatrie dieses Zeitraums ein. Auf der anderen Seite bettet sie sich auch in den spezifischen Kontext der DDR der sechziger Jahre ein. So stellen die Anwesenheit der Partei und der Stasi innerhalb der Klinik Besonderheiten dar, die mit dem Herrschaftsmodus der SED in der DDR zu tun haben. Nichtsdestotrotz stößt diese Durchdringung der politischen Herrschaft in der Klinik auf bestimmte Grenzen, die man mit dem klassischen Betrieb einer Universitätsklinik in Verbindung setzen kann. Wenn man sich mit der Situation dieses Observatoriums befasst,

¹⁵¹⁰ Henry Malach, *Die Individualtherapie Karl Leonhards – Rekonstruktion und Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden der 50er und 60er Jahre*, Dissertation, vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2009, S. 90 und S. 100.

¹⁵¹¹ Benoît Majerus, *Parmi les fous...*, *op.cit.*, S. 250.

muss der scheinbare Widerspruch zwischen dem diktatorischen Kontext, in den diese Klinik sich einfügt auf der einen Seite, und der „psychiatrischen Normalität“, die ihren Alltag charakterisiert auf der anderen Seite, überwunden werden. Diese beiden Pole – die Herrschaftsgeschichte und die Alltagsgeschichte – verflechten sich in der Geschichte der Nervenlinik.

5.2 Zweiter Teil: Geschichten von Patienten

5.2.1 Kapitel 3: Die psychiatrische Klinik: eine andere Perspektive auf politische Konflikte

Während seines Aufenthalts in der Nervenlinik, bei den Gesprächen mit dem Arzt oder mit dem Psychologen, wird der Patient dazu aufgefordert, die Konflikte zu erwähnen, die seinen Alltag durchdringen und die teilweise seinen gesundheitlichen Zustand erklären können. In manchen Fällen besitzen diese Konflikte eine politische oder ideologische Dimension. Dieses Kapitel befasst sich mit der Rolle des Politischen in den von den Patienten erwähnten Konflikten, mit dem Freiraum, der ihre Interaktion mit dem Therapeuten charakterisiert, und mit der Interpretation des Arztes oder des Psychologen. Drei Typen von Konflikten werden herausgearbeitet und analysiert: die Familienkonflikte, die inneren Konflikte, die Konflikte mit dem Regime.

Die Quellen machen deutlich, dass der Rahmen des therapeutischen Gesprächs besonders günstige Voraussetzungen bietet, die zur Befreiung des Wortes des Patienten führen können. Anhand der Krankenakten wurden die Modalitäten der Politisierung der Familiensphäre rekonstruiert. Was den Sinn anbelangt, den die Ärzte oder die Psychologen diesen individuellen Erfahrungen geben, stimmt er nicht notwendigerweise mit dem offiziellen Interpretationsrahmen überein. Im Falle von „ideologischen Auseinandersetzungen“, die die Ehepartner zerrissen, folgt die ärztliche Antwort nicht unbedingt der ideologischen Linie, die von der Partei vorgeschrieben wird. In manchen Fällen erscheint sogar der Therapeut als eine alternative Autoritätsfigur.

Was die inneren Konflikte betrifft, können sie auch von einer politischen beziehungsweise ideologischen Dimension durchgedrungen sein. In der Interaktion mit dem Therapeuten werden auch solche Konflikte erwähnt, die den Patienten gefährden könnten, würden sie nicht 'medikalisiert' und im Rahmen der Therapie behandelt. Durch diese inneren Konflikte wurde der Verinnerlichungsprozess von Normen innerhalb der sozialistischen Gesellschaft deutlich und rekonstruiert. Die individuellen Lebenswege der Patienten wurden berücksichtigt, um ihr Verhältnis zum politischen Kontext zu verstehen.

In den Krankengeschichten werden weiterhin Konflikte erwähnt, in denen sich der Patient gegen die politische Situation oder gegen das Regime äußert. Die Tatsache, dass solche Konflikte innerhalb der Klinik – beziehungsweise in der therapeutischen Interaktion – besprochen werden konnten und dass sie schriftliche Spuren in die Akten hinterlassen haben, steht in engster Verbindung mit der Logik der „diagnostischen Zirkularität“.

5.2.2 Kapitel 4: Die Partei 'im Kopf'

In diesem Kapitel wurde der Fokus auf die 'Genossen-Patienten' gelegt, das heißt auf Individuen, die sich an der Kreuzung zwischen politischen und medizinischen Mechanismen befinden. Mit Hilfe der Krankenakten kann man diese Individuen nicht innerhalb der Partei, sondern in einem anderen sozialen Kontext – der psychiatrischen Klinik – fassen. Diese 'dezentrierte' Perspektive erweist sich als besonders aufschlussreich.

Durch die Erfahrungen der 'Genossen-Patienten' können manche Prozesse innerhalb der SED rekonstruiert werden, sowie ihre konkreten Auswirkungen auf die betroffenen Individuen. Anhand von Krankengeschichten wird das 'Parteiweh' der Genossen berücksichtigt: ohne von einem spezifischen Syndrom zu sprechen, kann man nämlich Ähnlichkeiten in den Ängsten, in den Enttäuschungen, in den Leiden der Genossen feststellen, die unter dem disziplinarischem Druck der Partei stehen. Deutlich wurde, wie stark sich die Disziplinarverfahren als beklemmend und destabilisierend erweisen konnten, weil sie eine zentrale Dimension der sozialen Einschreibung der Genossen in Frage stellten. Im sozialen Raum der DDR besitzt das politische Kapital eine besondere Bedeutung, und die Tatsache, dass dieses Kapital instabil und schwankend ist (nur die Partei – als einzige Legitimationsquelle – kann es zurückholen und wiedergeben), kann zur psychischen Unsicherheit der Parteimitglieder führen. Durch die inneren Konflikte der Genossen ließ sich gleichfalls die Verinnerlichung der Pflichten feststellen, die mit der Rolle der Genossen als tadellose Beispiele des sozialistischen Menschen verbunden sind. Die individuellen Erfahrungen der 'Genossen-Patienten' zeigen, in wie fern sich – auf der Ebene des Akteurs – das Verhältnis zur Partei als besonders komplex erweisen kann.

Anhand der Akten der Genossen werden ebenfalls die Beziehungen zwischen der Partei und der psychiatrischen Klinik untersucht. Im Rahmen dieser Interaktion kann die Partei einerseits als eine Informationsquelle, andererseits als ein Verhandlungspartner für die Klinik betrachtet werden. Weil sie zu Patienten geworden sind, und dabei aber Genossen geblieben sind, setzen diese Individuen zwei Disziplinarinstitutionen – die Partei und die

Klinik – in Verbindung, deren Ziele voneinander abweichen können. In den Interaktionen mit der Partei, ob sie konfliktgeladen sind oder nicht, versucht die Klinik, den Patienten dem Genossen überzuordnen.

Schließlich wird die Rolle des politischen Kapitals innerhalb der Klinik analysiert. Die Untersuchung der Quellen macht deutlich, dass dieses Kapital von den Patienten als eine Ressource benutzt werden kann, mit der sie auf die Situationen im psychiatrischen Kontext reagieren können. Ihren Status als Genosse können sie zum Beispiel in den Vordergrund stellen, um sich von der Masse der anderen Patienten zu unterscheiden. Die Ideologie, und die Identität, die sie zuschreibt, können als Abwehrmittel verwendet werden, um sich gegen einen beängstigenden medizinischen Diskurs zu schützen. Nicht nur die Patienten sondern auch die Ärzte können ihr politisches Kapital in diesem medizinischen Kontext aktivieren, um beispielsweise Informationen über den Patienten zu sammeln (das ist nämlich der Fall, wenn 'Genossen-Ärzte' sich an die Parteigruppe des Patienten wenden). Anhand der Krankenakten werden Situationen rekonstruiert, in denen Patienten sowie Ärzte mit der politischen Trennlinie umgehen sollen, die die Genossen und die Parteilosen in der staatssozialistischen Gesellschaft trennt. Diese Grenzfälle zeigen, inwiefern es sich als nötig erweist, die Akteure der psychiatrischen Klinik – ob nun Patienten oder Therapeuten – in ihren Interaktionen mit dem umgebenden sozialen Raum zu erfassen.

5.2.3 Kapitel 5: „Die Mauer ist ihr zu Kopf gestiegen.“¹⁵¹² Mauererfahrung und das 'Umkippen' ins Pathologische

Dieses Kapitel befasst sich mit den Erfahrungen des Mauerbaus und der deutschen Teilung, die in die Krankenakten Spuren hinterlassen haben. Es fragt auch nach dem Sinn, den das psychiatrische Wissen diesen Erfahrungen gibt.

Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen des Mauerbaus auf den Alltag der Individuen; dieses Schlüsselereignis des Kalten Kriegs wird 'von unten' untersucht. Diese Quellen zeigen, inwiefern der Mauerbau zum 'Umkippen' von Individuen in die Sphäre des Pathologischen beigetragen hat. Wenn die Mauer „in die Köpfe“ gelangt, geschieht dies in Form eines multidimensionalen Bruchs. Plötzlich werden die geographischen Orientierungspunkte – die auch eine soziale und affektive Dimension besitzen – in Frage gestellt. Das Zerreißen der Freundes- und Familienkreise, der brutale Verlust einer Arbeitsstelle (für die Grenzgänger) stellen direkte Konsequenzen des Mauerbaus dar, die von den Patienten als Auslöser ihrer Krankheit betrachtet wurden. Diese Erfahrungen werden im

¹⁵¹² HPAC, F 532/64, Krankengeschichte, Anamnese, 11. August 1964.

Rahmen der Bildung der Diagnose vom medizinischen Diskurs in einen psychiatrischen Interpretationsrahmen integriert.

In den Krankenakten kann auch der Mauerbau – oder das Motiv der Mauer – als Auslöser von Ängsten bezeichnet werden. Die Krankenakten erweisen sich als eine einzigartige Quelle, weil sie es ermöglichen, Ängste zu erreichen, die in der Regel verschwiegen werden. Die Umstände der Grenzschiessung riefen Erinnerungen an den Zweiten Weltkrieg ins Gedächtnis zurück. Angst ist nämlich dadurch gekennzeichnet, dass sie „in unterschiedlichen Zeithorizonten verortet ist, sie verbindet die Gegenwart sowohl mit der Vergangenheit als auch mit der Zukunft. Gespeist von unheilvollen Erinnerungen an zurückliegende Ereignisse, steht Angst für die Erwartung, dass sich ähnliches Unheil unweigerlich wiederholen werde“¹⁵¹³. Auf der Ebene des Individuums verflochten sich die Erfahrungen des Mauerbaus – die zur Angst vor einem wiederkehrenden Krieg führen können – mit den Erfahrungen des Zweiten Weltkrieges. Außerdem lassen sich die vom Motiv der Mauer ausgelösten Angstgefühle mit der Furcht sich darüber zu äussern in Verbindung setzen. Innerhalb der ostdeutschen Gesellschaft wird die Mauer sehr schnell zum politischen und vor allem tabuisierten Thema. Im offiziellen Diskurs wird nicht vom „Mauerbau“, sondern von den „Sicherungsmaßnahmen vom 13. August 1961“ gesprochen. Die Mauer wird als „antifaschistischer Schutzwall“ bezeichnet, der die DDR gegen die Angriffe des kapitalistischen Westens schützen soll. Manche Patienten verbinden die Tatsache, dass sie über die Mauer gesprochen haben, mit einer Angst vor einer eventuellen Repression. Die Mauer symbolisiert nicht nur die Beschränkung der Bewegungsfreiheit, sondern auch die Unterbindung der freien Meinungsäußerung.

Trotz der Zensur taucht das Wort „Mauerkrankheit“ auf, welches die Mauer mit einem Krankheitsauslöser gleichstellt. Dieses Wort, das im direkten Gegensatz zur offiziellen Propaganda steht, wird nicht nur von den Patienten benutzt (zwei Fälle wurden im Archiv gefunden), sondern auch von einem Psychiater, Dietfried Müller-Hegemann. Sein Buch (*Die Berliner Mauerkrankheit. Zur Soziogenese psychischer Störungen*), das 1973 in der BRD veröffentlicht wurde, ist Teil der Untersuchung¹⁵¹⁴. Der Ansatz dieses Psychiaters lässt sich nicht nur durch sein Verhältnis zum kommunistischen Regime erklären, sondern auch durch sein Interesse an der Sozialpsychiatrie, die sich mit der Rolle des sozialen Milieus in der Genese der psychischen Krankheit befasst.

¹⁵¹³ Bernd Greiner, „Angst im Kalten Krieg. Bilanz und Ausblick“, in Bernd Greiner, Christian Th. Müller, Dierk Walter (Hg.), *Angst im Kalten Krieg. Studien zum Kalten Krieg. III*, Hamburg, Hamburger Edition, 2009, S. 19.

¹⁵¹⁴ Dietfried Müller-Hegemann, *Die Berliner Mauerkrankheit. Zur Soziogenese psychischer Störungen*, Nicolai, Herford, 1973.

Schließlich werden die Formen eines 'Wiedervereinigungswahns' (*délires réunificateurs*), der bei einigen Patienten auftrat, eingehend untersucht. Diese Wahnhalte werden als historische Quellen betrachtet und in den sozialen Kontext der DDR der sechziger Jahre eingebettet. In den Krankengeschichten kann man Spuren von Diskursen finden, in denen das Motiv der deutschen Einheit oder des Mauerfalls auftaucht: so hat Gustav W. einen unfehlbaren Plan zur Wiedervereinigung Deutschlands mit seinem „Spezialfreund“ Willy Brandt¹⁵¹⁵; Elisabeth N. meint zu grossen Taten, darunter die Vereinigung von Ost- und Westdeutschland, berufen zu sein¹⁵¹⁶. Und Gertrud T., die die Schwester von Jesus Christus sei, möchte zum Fernsehen, „um zu verkünden, wie die Mauer beseitigt werden kann“¹⁵¹⁷. In den Aussagen dieser Patienten, die sich von der Realität entfernen, um eine andere zu bauen, findet man das Motiv eines wiedervereinigten Deutschlands als Ergebnis eines Prozesses, in dem der Patient eine mehr oder weniger aktive Rolle spielt. Folgt man der Hypothese, nach der der Wahnsinn ein Versuch der Gesundung sein kann¹⁵¹⁸, um einer unerträglichen Wirklichkeit durch die Konstruktion einer neuen zu entgehen, kann man diese *délires réunificateurs* wie folgt interpretieren: indem sie die Mauer zwanzig Jahre zu früh fallen lassen, indem sie sich als Hauptakteure der Wiedervereinigung betrachten, haben die Patienten vielleicht ein Mittel gefunden, um ihre Ängste zu beruhigen. In dieser Perspektive könnten die *délires réunificateurs* von der Unerträglichkeit der deutschen Teilung zeugen.

5.2.4 Kapitel 6: *Sortie de guerre*¹⁵¹⁹ und Kalter Krieg „von unten“

Im Zentrum dieses letzten Kapitels stehen die Spuren des Zweiten Weltkriegs und des Kalten Kriegs in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenakten der sechziger Jahre. Es geht darum, die Patienten zu Hauptakteuren dieser Perspektive 'von unten' zu machen, indem ihre individuellen und singulären Erfahrungen der Konflikte rekonstruiert werden. „Die elementarste Erfahrung“¹⁵²⁰, das heißt die Erfahrung des Individuums, wird durch „das komplexe Wirrwarr der Beziehungen, die Vielzahl der Räume und der Zeitlichkeiten, in die sie sich einbettet“¹⁵²¹ gekennzeichnet. Die Temporalitäten verflechten

¹⁵¹⁵ HPAC, M 842/63, Krankengeschichte, Exploration, 10 mai 1959 (Antrieb und Willen).

¹⁵¹⁶ HPAC, F 238/66, Epikrise, 10. August 1966.

¹⁵¹⁷ HPAC, F 569/64, Krankengeschichte, 5. September 1964.

¹⁵¹⁸ Siehe dazu: Jean-Claude Maleval, *La logique du délire*, Rennes, PUR, 2011.

¹⁵¹⁹ Mit diesem Begriff wird die „*Sortie de guerre*“ als ein komplexer und dynamischer Prozess betrachtet, der über das offizielle Ende des Kriegs fort dauern kann. Bruno Cabanes Bruno, Guillaume Piketty, « Sortir de la guerre : jalons pour une histoire en chantier », *Histoire@Politiques*, n°3, 2007.

¹⁵²⁰ Jacques Revel, « Micro-analyse et construction du social », in Jacques Revel (Hg.), *Jeux d'échelles...*, op. cit., Paris, Seuil, 1996, S. 30.

¹⁵²¹ „Le choix de l'individuel n'est pas pensé comme contradictoire avec celui du social : il en rend possible une approche différente. Surtout, il doit permettre de saisir, au fil d'un destin particulier – celui d'un homme, celui

sich, die Ebenen überkreuzen sich, die Repräsentationen des Anderen sind differenziert. Dieses Kapitel untersucht diese Verflechtungen.

Erstens wird der Fokus auf die Erfahrungen der Frauen gelegt, die von Soldaten der Roten Armee zwischen dem Ende des Zweiten Weltkriegs und dem Anfang der Friedenszeit vergewaltigt wurden. Im Rahmen des therapeutischen Gesprächs können diese Frauen das schmerzvolle Thema erwähnen, trotz des politischen Kontexts der DDR, in dem der sowjetische Soldat als beispielhafter Held der Befreiung Deutschlands gilt. Anhand der Quellen können die Stimmen der Opfer stückweise rekonstruiert werden, zehn bis zwanzig Jahre nach den Taten. Die Vergewaltigung erscheint als Zeitbombe in der ostdeutschen Gesellschaft und ihre Auswirkungen manifestieren sich dauerhaft in vielen Dimensionen des Lebens der Opfer und ihrer Angehörigen. Es wurde deutlich, dass sich für diese in der DDR lebenden Frauen der Kontext des Kalten Kriegs und die Traumata des Zweiten Weltkriegs überlagern, da der gestrige Peiniger in den Rang des offiziellen Freundes erhoben wurde.

Zweitens werden Erfahrungen des Kalten Kriegs 'von unten' rekonstruiert. Hier wird die Interaktion zwischen alltäglichen und geopolitischen Prinzipien untersucht, die die DDR-Gesellschaft charakterisiert, und zwar im Rahmen eines Ebenenspiels (*jeu d'échelles*¹⁵²²). Diese mikrohistorische Herangehensweise unterscheidet sich von den meisten historischen Ansätzen zum Kalten Krieg, in denen die Makroebene privilegiert wird. Anhand von Krankengeschichten werden individuelle Erfahrungen des Kalten Kriegs in den Vordergrund gestellt, in denen die Entwicklungen der Ost-Westbeziehungen mit dem gesundheitlichen Zustand oder dem persönlichen Leben des Patienten in Verbindung gebracht werden.

Drittens werden die Repräsentationen des Westens in den Krankengeschichten analysiert. In den Aussagen und in den Erfahrungen der Patienten taucht das Motiv des Westens in verschiedenen Formen auf, was die Omnipräsenz des Westens in der ostdeutschen Gesellschaft beweist. Auf der Ebene des Individuums erscheint der Westen sowohl als Bedrohung wie als Traumobjekt, als Angstquelle sowie als Hoffnungsfaktor. Wenn diese Repräsentationen des Westens sich als widersprüchlich erweisen, spiegelt jede von ihnen die Modalität wider, nach der das Bild des Feindes oder das Bild von 'drüben' im Kontext des Kalten Krieges verinnerlicht, verwendet oder abgelehnt wurde. In den meisten Fällen erscheint aber der Westen als ein 'mögliches Anderswo', in welches die Patienten sich begeben wollen, oder, in dem sich die Angehörigen der Patienten befinden. Das Thema der Abreise in den Westen – in unterschiedlichen Formen – taucht in den Krankenakten mehrfach auf. In

d'une communauté, celui d'une oeuvre –, l'écheveau complexe des relations, la multiplicité des espaces et des temps dans lesquels il s'inscrit.“. Jacques Revel, „L'histoire du ras du sol“, in Giovanni Levi, *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989, S. XII.

¹⁵²² Jacques Revel (Hg.), *Jeux d'échelles...*, op. cit..

einem Kontext, in dem die nicht genehmigte Überschreitung der Westgrenze einen Straftatbestand darstellt, erscheint die Möglichkeit, dieses besonders heikle Thema außerhalb der privaten Sphäre zu erwähnen, als eine Ausnahme in der DDR-Gesellschaft. In der DDR der sechziger Jahre, wo den Rentnern Besuchsreisen in die BRD oder nach West-Berlin gestattet werden, besitzt die Erteilung des Status als Invalidenrentner eine besondere Dimension, sowie die Diagnose der Rentenneurose. Diesen Status – der eine Tür in den Westen öffnet – sowie die Diagnose – der diese Tür verschliesst – kann vom Arzt zugeschrieben werden. In der Interaktion zwischen dem Arzt und dem Patienten konnte also der Zugang zum Westen, ob vom Patienten gewünscht oder vom Arzt beim Patienten als Wunsch vermutete, eine zentrale Rolle spielen. Anhand von Krankenakten kann man auch die Erfahrungen der Individuen fassen, die in der DDR geblieben sind, während Andere in den Westen gegangen sind. Diese Elemente geben der Analyse dieses Migrationsphänomens, dessen Auswirkungen auch die im Lande Gebliebenen betreffen, eine zusätzliche Komplexität.

6. Schlussfolgerung

6.1 Der Mehrwert der Krankenakten als Quellen für eine Geschichte der DDR

Die Krankenakten, die die Hauptquellen dieser Studie darstellen, erweisen sich als besonders wertvolle Quellen für den DDR-Historiker. Anhand dieser Quellen kann der Zugang zu einem in dem Kontext der sozialistischen Gesellschaft selten gesprochenen Wort gewonnen werden. Wie die Krankenakten belegen, erweist sich der therapeutische Austausch als eine Interaktion, die zur Befreiung des Wortes führen kann. In diesem Rahmen werden Konflikte vom Patienten erwähnt, die wegen der Zensur und der Selbstzensur normalerweise verschwiegen werden. Was nicht – oder nur im Rahmen der privaten Sphäre – gesagt wird, kann erwähnt und schriftlich niedergelegt werden. Paul W. kann die Tatsache erwähnen, dass er nicht marxistisch denken kann¹⁵²³ und Gerhard E. kann erklären, dass er sich in der politischen Situation der DDR nicht wohl fühlt¹⁵²⁴. 'Genossen-Patienten' berichten über ihre Konflikte mit der Partei. Ähnlich heikel im Kontext der sozialistischen Gesellschaft sind Aussagen zum Mauerbau und Äusserungen zum Verlassen der DDR. Die Tatsache, dass die von den Soldaten der Roten Armee vergewaltigten Frauen auch zu Wort kommen, bestätigt diese Feststellung. Jenseits der beruflichen Schweigepflicht, die diesen Austausch regelt,

¹⁵²³ HPAC, M 523/62, Krankengeschichte, Zur Erkrankung. Siehe Kapitel 5.

¹⁵²⁴ HPAC, M 686/65, Krankengeschichte, Konflikte. Siehe Kapitel 5.

erklärt die Logik der „diagnostischen Zirkularität“ die Befreiung des Wortes. Da sie als psychiatrische oder psychotherapeutische Patienten wahrgenommen werden, da ihre Worte zur Bildung einer Diagnose beitragen sollen, können die Patienten von einem bestimmten Freiraum bei den therapeutischen Gesprächen profitieren. Weil sie in einen psychiatrischen Interpretationsrahmen integriert sind, können die Worte der Patienten Spuren in den Krankenakten hinterlassen. Im Rahmen der sozialistischen Gesellschaft kann die „diagnostische Zirkularität“ die – geschriebenen und ungeschriebenen – Regeln dieser Gesellschaft, die gewöhnlich das Ergreifen des Wortes bestimmen, unterlaufen. Wenn diese Entdeckung auch dem Bild einer durch das Regime instrumentalisierten Psychiatrie widerspricht, macht sie keinen Widerstandsort aus der Psychiatrie. Es ist die Bewahrung beruflicher Prinzipien – denn entscheidend ist die Suche nach der Diagnose –, die das Ergreifen dieses Wortes und seine schriftliche Niederlegung erklären.

Jenseits dieser 'Befreiung durch die Diagnose' erweisen sich die psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenakten noch aus anderen Gründen als wertvolle Quellen für den Historiker. Sie bieten nämlich die Möglichkeit, sich mit den Gedanken, mit den Ängsten, mit den inneren Konflikten zu beschäftigen, die sonst unerreichbar bleiben. Außerdem kann sich der Historiker anhand dieser Quellen mit einem Wort befassen, das gewöhnlich nicht gehört wird, und zwar mit den Wahnhaltungen. Im Rahmen dieser Studie wurde beschlossen, die Wahnhaltungen in die Analyse einzubetten¹⁵²⁵. Denn sie fügen sich nämlich in den historischen Kontext der DDR der sechziger Jahre ein, und zeigen, wie die Individuen ihren eigenen Kalten Krieg erlebt haben. Durch dieses Wort können besondere Erfahrungen des Kalten Krieges rekonstruiert werden. Sie zeigen, dass der Kalte Krieg – auch ohne Kämpfe auf dem Schlachtfeld – Auswirkungen auf das Körperempfinden haben konnte.

6.2 Die Spannungen der sozialistischen Gesellschaft

Ziel dieser Arbeit war, anhand der Erfahrungen der Patienten bestimmte Spannungen zu rekonstruieren, die die sozialistische Gesellschaft durchdringen. Gefragt wurde danach, was sich innerhalb des DDR-Kontexts als „spezifisch“ erwies: die Politisierung der Konflikte, die Anwesenheit der Partei, die deutsche Trennung und die Spuren des Zweiten Weltkriegs und des Kalten Krieges. Bei der Auswertung der Quellen erwiesen sich diese Forschungslinien als besonders günstig, um das komplexe Verhältnis zwischen dem Individuum und dem Politischen in der DDR der sechziger Jahre zu hinterfragen. Durch die

¹⁵²⁵ Siehe dazu: Laurence Guignard, Hervé Guillemain, „L'histoire en délire. Usages des écrits délirants dans la pratique historique“ (in Veröffentlichung).

Erfahrungen der Patienten und die Interpretation des medizinischen Wissens ist ein differenziertes Bild der sozialistischen Gesellschaft entstanden, die von spezifischen Spannungslinien durchgedrungen wird. Diese Linien stellen die Orientierungsfäden dieser Arbeit dar.

6.2.1 Die Präsenz der Konflikte und ihre Verflechtungen auf der Ebene des individuellen Akteurs

Ob sie zur Vergangenheit oder zur Gegenwart gehören, erweisen sich die Konflikte als besonders präsent im sozialen Raum der DDR. Erstens ist durch die Erfahrungen der Patienten festzustellen, dass die ostdeutsche Gesellschaft vom Zweiten Weltkrieg besonders geprägt ist. Der letzte Weltkrieg hat auf vielerlei Weise zu Einschnitten in die Lebenswege der Patienten geführt, ob sie als Soldat bei der Wehrmacht gedient haben (Otto F.¹⁵²⁶), ob sie die Erfahrung der Deportation (Franz K.¹⁵²⁷), der Vertreibung (Elizabeth K.¹⁵²⁸) oder des Exils (Ursula G.¹⁵²⁹) gemacht haben. Jenseits dieser Unterschiede tragen die Lebenswege dieser Individuen den Stempel des Kriegs, insbesondere durch die biographischen Brüche, die er ausgelöst hat. Fünfzehn Jahre nach dem offiziellen Ende des Zweiten Weltkriegs macht sich seine Präsenz im sozialen Raum der DDR durch die Kriegsangst besonders sichtbar, die im Kontext des Mauerbaus auftaucht. Die Schließung des letzten Schlupfloches in den Westen löst die Reaktivierung von Ängsten und Befürchten aus, die mit den Traumata des Zweiten Weltkriegs verbunden sind (Ruth K.¹⁵³⁰, Ingeborg T.¹⁵³¹). Auf der Ebene des Akteurs kann man fassen, inwiefern die beiden Konflikte – der Zweite Weltkrieg und der Kalte Krieg – sich in den individuellen Erfahrungen verflechten. Die Erfahrungen der von den Soldaten der Roten Armee vergewaltigten Frauen zeigen ebenfalls eine Verflechtung der beiden Konflikte. Wenn man sich mit den Spuren des Kalten Kriegs in den Krankenakten befasst, gelangt man zum gleichen Ergebnis. So betont der Patient Manfred N., der sagt, sein Körper sei von westdeutschen Signalen durchdrungen, dass „auch die Narben von seinen alten Kriegsverletzungen gezittert hätten“.¹⁵³² Der ehemalige Soldat der Wehrmacht macht aus seinem Körper einen Kontaktpunkt zwischen der Gegenwart des Kalten Kriegs und der Vergangenheit des Zweiten Weltkrieges. Diese Verflechtung der beiden Konflikte, die in den Erfahrungen der Patienten deutlich wird, wirft ein anderes Licht auf die Geschichte dieser

¹⁵²⁶ HPAC, M 212/68. Siehe Kapitel 3.

¹⁵²⁷ HPAC, M 233/66. Siehe Kapitel 6.

¹⁵²⁸ HPAC, F 582/66. Siehe Kapitel 6.

¹⁵²⁹ HPAC, F 224/62. Siehe Kapitel 4.

¹⁵³⁰ HPAC, F 239/62. Siehe Kapitel 5.

¹⁵³¹ HPAC, F 491/61. Siehe Kapitel 5.

¹⁵³² HPAC, M 835/63, Krankengeschichte, 16. März 1963. Siehe Kapitel 6.

Konflikte, indem sie mit einem linearen historischen Diskurs bricht. Erst durch diese Perspektive tauchen die Effekte der Fortdauer und des Hin- und Zurücks auf.

6.2.2 Die Differenzierungsprinzipien und die Trennlinien der sozialistischen Gesellschaft: politisches Kapital und Zugang zum Westen

Die psychiatrische Klinik hat sich als ein günstiges Observatorium erwiesen, um – eine Randperspektive einnehmend – einige der Trennlinien zu fassen, die die ostdeutsche Gesellschaft durchdringen. Da sich die sozialen Konfigurationen der Außenwelt innerhalb der Institution fortsetzen¹⁵³³, kann man durch die Fokussierung auf die Klinik bestimmte Mechanismen der sozialistischen Gesellschaft fassen.

Durch den Fall der 'Genossen-Patienten' wurde die Rolle des politischen Kapitals im sozialen Raum der DDR deutlich, was sich in den Interaktionen innerhalb der Klinik widerspiegelt. Durch das Aktivieren des politischen Kapitals können sich die Patienten von der Masse der anderen Patienten unterscheiden (Erika R.¹⁵³⁴, Karl T.¹⁵³⁵), oder sich gegen einen beängstigenden medizinischen Diskurs schützen (Karl-Heinz R.¹⁵³⁶, Wilhelm I.¹⁵³⁷). Deutlich wurde, dass die Patienten ihren individuellen Erfahrungen aus der Zeit vor ihrer Aufnahme Ressourcen entnehmen, mit denen sie im psychiatrischen Kontext reagieren können. Im Gegensatz zum Modell der „Totalen Institution“¹⁵³⁸, in welcher die Identität der Insassen nur als ein Produkt ihrer Situation als Insassen betrachtet wird, zeugen die Interaktionen der 'Genossen-Patienten' von den vielfältigen Ressourcen, über die sie verfügen, und die sich in ihre individuellen Lebenswege einfügen¹⁵³⁹. Auch die Therapeuten können sich auf das politische Kapital stützen, welches ihnen von der Partei zugeschrieben wurde, wenn sie mit den Patienten interagieren. Innerhalb der Klinik taucht die Wichtigkeit des politischen Kapitals im sozialen Raum der DDR auf, um sich selbst und den Anderen gegenüber zu definieren.

¹⁵³³ Dieser Ansatz steht im Gegensatz zum Modell der „Totalen Institution“ (nach Erving Goffman), der die Innenwelt der Institution und die Außenwelt gegenüberstellt. Siehe dazu: Erving Goffman, *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968 ; Falk Bretschneider, „Die Geschichtslosigkeit der 'Totalen Institutionen'. Kommentar zu Erving Goffmans Studie 'Asyle' aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive“, *Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit*, 8 (1), 2008, S. 135-142. Die „Durchlässigkeit“ oder die Porosität der Institution stellt das Ergebnis von Forschungsarbeiten dar, die von Historikern der Neuzeit geführt wurden. Siehe: Sabina Loriga, *Soldats. Un laboratoire disciplinaire : l'armée piémontaise au XVIII^e siècle*, Paris, Les Belles Lettres, 2007 ; Falk Bretschneider, *Gefangene Gesellschaft. Eine Geschichte der Einsperrung in Sachsen im 18. und 19. Jahrhundert*, Konstanz, Universitätsverlag Konstanz, 2008.

¹⁵³⁴ HPAC, F 432/61. Siehe Kapitel 4.

¹⁵³⁵ HPAC, M 546/64. Siehe Kapitel 4.

¹⁵³⁶ HPAC, M 399/66. Siehe Kapitel 4.

¹⁵³⁷ HPAC, M 589/66. Siehe Kapitel 4.

¹⁵³⁸ Erving Goffman, *Asiles...*, *op. cit.*

¹⁵³⁹ Falk Bretschneider, „Die Geschichtslosigkeit der 'Totalen Institutionen'...“, *op. cit.*

Bei der Auswertung der Krankenakten ist eine weitere Trennlinie aufgetaucht, die die sozialistische Gesellschaft der sechziger Jahre durchdringt. Sie betrifft das Verhältnis zum Westen. Im Allgemeinen zeugt die Analyse der Krankenakten von der Omnipräsenz des Westens im sozialen Raum der DDR. Als Bedrohungsvektor, Angstquelle, Konkurrenzpol oder 'mögliches Anderswo' besitzt der Westen eine singuläre Bedeutung in den Repräsentationen dieses Zeitraums. Deswegen erweist sich der Mauerbau als ein multidimensionaler Bruch, dessen Spuren man in den Krankenakten der Klinik ausfindig machen kann. Während der Westen als ein zentraler Bezugspunkt für die DDR-Bürger erscheint, wird eine zusätzliche Trennlinie durch die Modalitäten seines Zugangs gebildet. Diese Linie kann man nicht nur durch die Erfahrungen der Patienten sondern auch durch die Interpretation des medizinischen Diskurses fassen. Sie weist drei Formen auf. Erstens werden wegen der Spezifität des Migrationsregimes der DDR die Ausreisenden von den Zurückbleibenden endgültig getrennt. Zu dieser Zeit bedeutet nämlich die Auswanderung in den Westen den endgültigen Ausschluss aus der sozialistischen Gesellschaft. Zweitens unterscheiden sich diejenigen, die in den Westen reisen können – wie die Invalidenrentner zum Beispiel – von der Mehrheit der Bevölkerung, für die der Eisernen Vorhang unüberwindbar bleibt. In der DDR der sechziger Jahre besitzt die Erteilung des Invalidenstatus – die von der Beurteilung des Arztes abhängt – eine besondere Bedeutung, weil sie erlaubt, den Eisernen Vorhang legal zu überschreiten. Deswegen kann der Wunsch, in den Westen zu gehen, mit der psychiatrischen Diagnose der Rentenneurose in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich um die dritte Form dieser Trennlinie: diejenigen, die in den Westen gehen wollen, oder bei denen ein solcher Wunsch vermutet wird, unterscheiden sich von den Anderen, weil sie potentiell als Rentenneurotiker betrachtet werden können.

6.2.3 Die Aneignungs- und Verinnerlichungsprozesse in der sozialistischen Gesellschaft

Anhand der Forschungslinien, denen diese Studie gefolgt ist, sind die Effekte der vom Regime verbreiteten Diskurse und Normen auf der Ebene des Individuums sichtbar geworden. Durch die individuellen Fälle, auf die sich diese Arbeit gestützt hat, sind Aneignungsprozesse von Diskursen und Internalisierungsprozesse von Normen zutage getreten. Die Effekte dieser Prozesse entsprechen nicht systematisch den Wünschen des Regimes. Die Art und Weise, wie die Individuen sich die Diskurse aneignen oder Normen verinnerlichen, hängt immer von den gegenwärtigen und vergangenen Erfahrungen dieser Individuen, von ihren sozialen Einschreibungen, von den vielfältigen Kontexten, in denen sie gelebt haben, ab. Davon

zeugen die Krankenakten der Klinik.

Was die Aneignung des ideologischen Rahmens betrifft, können mehrere Elemente unterschieden werden. In der privaten Sphäre kann die Verwendung der Worte der Ideologie in den Familienbeziehungen einen bestimmten Aneignungsprozess belegen. Wie im dritten Kapitel dieser Studie festgestellt wurde, kann, wenn man sich mit der Politisierung der Spannungen innerhalb der Familie befasst, der Generationsunterschied die divergierenden Verhältnisse zur Ideologie erklären. Im Allgemeinen stellen die persönlichen Lebenswege und die biographischen Erfahrungen der Patienten zentrale Verständnisschlüssel dar, um die Aneignungsprozesse des ideologischen Diskurses durch die Individuen und die Grenzen dieses Prozesses zu analysieren. Das Beispiel des Mauerbaus ist ein weiterer Beleg für diese Interpretation. Die persönlichen und Familiengeschichten der Patienten, ihre geographischen und sozialen Einschreibungen erklären die Undurchlässigkeit dieser Individuen einem ideologischen Diskurs gegenüber, der die Mauer als „Schutzwall“ gegen die Angriffe des imperialistischen Westens bezeichnet. Im Gegensatz dazu zeugen die Wahnhalte, in denen der Westen als eine Bedrohungsquelle erscheint, von einer Aneignung des offiziellen Diskurses, in dem der Westen als Feind Nummer eins erscheint. Auch in diesen Fällen erweist sich der individuelle und biografische Interpretationsrahmen als besonders nützlich.

In dieser Studie wurde der Fokus ebenso auf die Prozesse der Normverinnerlichung gelegt. Die untersuchten inneren Konflikte der Patienten zeugen von den Modalitäten, von den Hindernissen, aber auch vom Gelingen dieser Prozesse. Wenn die Individuen heterogene soziale Kontexte erlebt haben, kann sich die Internalisierung der neuen Normen als besonders kompliziert erweisen. Was einige Jahre zuvor noch Norm war (wie der Hitlergruß zum Beispiel), kann zum Zeichen der Devianz werden. Die Spuren der früheren Sozialisation können im Widerspruch zur gegenwärtigen Situation stehen, das heißt dem sozialen Kontext der DDR. Die inneren Spannungen, die in den Krankenakten dokumentiert sind, zeugen von der Komplexität der Prozesse der Verinnerlichung von sozialen Normen. Die Angst vor Repressionen, die in die Sphäre der Krankheit führen kann, kann als ein Beweis der Internalisierung der Verhaltensregeln der sozialistischen Gesellschaft betrachtet werden, wo es nicht zum guten Ton gehört, den Hitlergruß zu machen oder die Partei zu beschimpfen (Otto F.¹⁵⁴⁰, Eva E.¹⁵⁴¹). So können die störenden Gedanken, die die Patienten quälen und die als Zeichen einer Neurose wahrgenommen werden, von einem laufenden Verinnerlichungsprozess zeugen.

Die 'Genossen-Patienten' bieten als Individuen, die im Zentrum des politischen

¹⁵⁴⁰ HPAC, M 212/68. Siehe Kapitel 3.

¹⁵⁴¹ HPAC, F 291/66. Siehe Kapitel 3.

Projekts des 'Aufbau des Sozialismus' standen, einen besonderen Fall, der den Prozess der Norminternalisierung auf eine andere Art deutlich macht. Wie festgestellt wurde, können sich die inneren Konflikte der 'Genossen-Patienten' dadurch erklären lassen, dass diese Individuen sich nicht an die von der Partei formulierten Regeln halten können. Der Unterschied zwischen dem Vorbild, das sie sein sollen, und dem Menschen, der sie sind, führt zu inneren Konflikten, die zeigen, inwiefern die disziplinarische Kontrolle von den Genossen selbst übernommen wird. Die Schwäche des Individuums wird nicht durch eine äußere Instanz in den Vordergrund gerückt, sondern von dem Genossen selbst, der diesem empfundenen Verstoß gegenüber ein Schuld- oder Schamgefühl äussert. Der Zwang – der von der Partei ausgeübt wurde – wird zum Selbstzwang, und die Konflikte werden auch ins Innere des Subjekts übertragen. So wird die Internalisierung der disziplinarischen Kontrolle von einer Internalisierung der Konflikte begleitet.

Durch die individuellen Fälle der Patienten, ob sie zur Partei gehören oder nicht, wurde in der vorliegenden Arbeit klar, inwiefern die psychischen Strukturen der Individuen mit einem bestimmten Modus der Machtausübung, der Normen und Werte produziert, in Verbindung gesetzt werden kann. Die inneren Konflikte, die die Patienten der Nervenklinik quälen, können mit der sozialen Außenkonfiguration der sozialistischen Gesellschaft korreliert werden. Der Zwang wird zum Selbstzwang, die Zensur zur Selbstzensur, die Kontrolle wird nicht von einer äußeren Instanz, sondern vom Subjekt übernommen. Diese Verlagerung von der Exteriorität in die Interiorität stellt ein zentrales Element des von Norbert Elias beschriebenen Zivilisationsprozesses dar, der die Interaktion zwischen den Veränderungen der staatlichen Strukturen (die Entwicklung des modernen Staates) und den Veränderungen der psychischen Strukturen (was sich in einer allmählichen Internalisierung der Triebe, der Emotionen und der Zwänge äußert) postuliert¹⁵⁴². Dieser Prozess, der die „Soziogenese“ des Staates und die „Psychogenese“ des Individuums verbindet, umfasst mehrere Jahrhunderte¹⁵⁴³. Ohne von einem „sozialistischen Zivilisationsprozess“ zu sprechen, kann man trotzdem die Idee des Auftauchen eines „sozialistischen Subjekts“ vorbringen¹⁵⁴⁴. Die inneren Konflikte, mit denen die Patienten konfrontiert sind und die im historischen Kontext der sozialistischen Gesellschaft zu verorten sind, bestätigen diese Hypothese. Die Individuen erscheinen als „die untrennbare Konjunktion eines historischen Kontexts, einer Außenkonfiguration und einer Interiorität“ (*la conjonction indissociable d'un contexte historique, d'une configuration extérieure et d'une intériorité*)¹⁵⁴⁵.

¹⁵⁴² Norbert Elias, *La Dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.

¹⁵⁴³ *Ibid.*

¹⁵⁴⁴ Michel Christian, „Parti et société en RDA et en Tchécoslovaquie...“, *op. cit.*, p. 609.

¹⁵⁴⁵ Nathalie Heinich, *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La Découverte, 2002 [1997], S. 51.

6.3 Vom Akteur bis zur sozialen Realität, von der Studie der sozialistischen Gesellschaft bis zur Studie anderer Gesellschaften

Der hier verfolgte Ansatz hat ein neues Licht auf bestimmte Aspekte der ostdeutschen Gesellschaft geworfen. Ähnliche Forschungslinien könnten auch in Studien zu anderen europäischen Gesellschaften Anwendung finden.

Im Zuge dieser Arbeit wurde auf die Ebene des individuellen Akteurs fokussiert. In jedem Patienten, durch seine Leiden, durch seine Ängste, aber auch durch seinen persönlichen Lebensweg ist die soziale Realität der DDR – in unterschiedlichen Dimensionen – erkennbar geworden. Wenn man sich durch das Prisma des individuellen Akteurs mit der sozialen Realität befasst, erscheint sie – nach einer von dem Soziologen Bernard Lahire benutzten Metapher – in geknüllter oder zerknitterter Form¹⁵⁴⁶. Die vielfältigen Dimensionen des sozialen Raumes „falten sich in jedem individuellen Akteur immer in einer mehr oder weniger singulären Weise“¹⁵⁴⁷. Die „individuellen Falten des Sozialen“¹⁵⁴⁸ (*les plis individuels du social*) besitzen immer eine singuläre Form in jedem Individuum. Auf der Ebene des Akteurs taucht die soziale Realität in einer gefalteten, zerknitterten, geknüllten Form auf, was ein neues Licht auf den historischen Verständnisrahmen werfen kann, der dadurch an Komplexität gewinnt. Wie festgestellt wurde, erlaubt die Ebene des individuellen Akteurs zu betonen, inwiefern die Temporalitäten sich verflechten. Was die Prozesse der Norminternalisierung betrifft, erweisen sie sich als besonders vielgestaltig, da sie von den Erfahrungen der Akteure abhängen. Wenn man das Verhältnis zum politischen Regime der Patienten rekonstruiert, müssen ihre sozialen Einschreibungen und ihre individuellen Lebenswege berücksichtigt werden. Der Sinn, den diese Individuen dieser Herrschaftsbeziehung geben können, bettet sich immer in die Singularität einer individuellen Lebensbahn ein, und hängt davon ab, wie der soziale Raum in ihnen „gefaltet“ wurde. Als geknülltes Blatt Papier oder als geknittertes Stoffstück erweist sich der individuelle Akteur als ein Zugang, um die Komplexität eines bestimmten historischen Kontexts zu rekonstruieren.

In dieser Perspektive erscheint die Krankenakte – wenn sie ausreichend dokumentiert ist – als eine besonders wertvolle Quelle. Im Allgemeinen könnte der hier verwendete Ansatz bei Studien zu anderen europäischen Gesellschaften Anwendung finden. Mittels der Auswertung von Krankenakten einer bestimmten Gesellschaft würde es darum gehen, einen

¹⁵⁴⁶ Bernard Lahire, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 2001 [1998], S. 232-234.

¹⁵⁴⁷ „Autrement dit, l'acteur individuel est le produit de multiples opérations de plissements (ou d'intériorisation) et se caractérise donc par la multiplicité et la complexité des processus sociaux, des dimensions sociales, des logiques sociales, etc., qu'il a intériorisés. Ces dimensions, ces processus ou ces logiques (ces contextures) se plient toujours de façon relativement singulière en chaque acteur individuel, et le sociologue qui s'intéresse aux acteurs singuliers retrouve en chacun d'eux l'espace social froissé, chiffonné.“ *Ibid.*, S. 233.

¹⁵⁴⁸ *Ibid.*

historischen Kontext zu rekonstruieren, und vor allem seine spezifischen Spannungen. Genau wie die Patienten der Nervenlinik tragen die Patienten einer westdeutschen, französischen oder italienischen Klinik – durch ihre sozialen Einschreibungen und ihre individuellen Lebenswege – die Komplexität der sozialen Realität in sich, in der sie leben. Anhand der „immer einzigartigen Knitter“¹⁵⁴⁹ (*froissements toujours singuliers*), die diese Akteure ausmachen, anhand ihrer Interaktionen innerhalb der Institution könnten manche Mechanismen, manche Prinzipien der Gesellschaften aufgedeckt werden, zu denen diese Individuen gehören.

Wenn die „diagnostische Zirkularität“ einen befreienden Effekt im sozialistischen Kontext haben kann, würde es sich als ebenso interessant erweisen, sich mit ihren Effekten in anderen historischen Kontexten zu befassen, etwa in den westlichen Demokratien. Inwiefern ermöglicht diese 'Befreiung durch die Diagnose' den Zugang zu einem gewöhnlicherweise verschwiegenen Wort? Welche tabuisierten Themen kommen in anderen Gesellschaftsformen zum Vorschein? Diese Forschungsfragen könnten anhand von Archivbeständen aus verschiedenen psychiatrischen Institutionen vertieft werden. Im Rahmen dieser Studie wurden methodologische Werkzeuge verwendet, die ursprünglich gebildet wurden, um die pluralistischen Demokratien zu analysieren. Interessant wäre, den Weg rückwärts zu gehen, indem eine im ostdeutschen Kontext getestete Herangehensweise die Studie eines westlichen Forschungsfeldes inspirieren könnte. So könnte zum Beispiel die Untersuchung von Wahnhaltungen im Kalten Krieg vertieft werden. Kann man auch auf der anderen Seite des Eisernen Vorhangs einen 'Wiedervereinigungswahn' finden? In welchen Formen taucht er auf? Wie zeigt sich hier der Kalte Krieg in den Wahnhaltungen? Im Rahmen dieser Studie wurde der Wahnsinn als ein Genesungsversuch betrachtet, mittels dessen man einer als unerträglich empfundenen Realität entfliehen kann, um eine andere zu bauen. Durch den Wahnsinn kann der Historiker die Hoffnungen oder die Erwartungen des Subjekts fassbar machen. Durch die Erweiterung des Forschungsfeldes könnte diese Forschungsfrage vertieft werden. Die Rekonstruktion der „Logik des Wahnsinns“¹⁵⁵⁰ könnte es erlauben, die Geschichte einer anderen historischen Realität zu schreiben, einer Realität, die dem Subjekt die Möglichkeit bietet, seine Ängste zu beruhigen.

¹⁵⁴⁹ *Ibid.*, S. 234.

¹⁵⁵⁰ Jean-Claude Maleval, *La logique du délire, op. cit.*

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
1. Paul W., Erika E., Ursel H., Gertraude T., Karl-Heinz E., et les autres.....	6
2. La société de RDA, un objet de recherche légitime ?	8
3. La production historiographique sur la psychiatrie en RDA.....	14
4. Les patients comme acteurs d'une histoire sociale de la RDA	21
5. Le choix d'un observatoire : la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité durant le directorat de Karl Leonhard (1957-1969).....	25
6. Sources et méthodologie.....	28
6.1 Sources de contextualisation.....	28
6.1.1 À l'échelle centrale.....	28
6.1.2 À l'échelle de la clinique	29
6.2 Les dossiers de patients.....	32
6.2.1 Description des sources utilisées.....	32
6.2.2 Méthode de dépouillement des dossiers.....	37
PREMIÈRE PARTIE : PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ, DE L'ÉCHELLE DE LA RDA À CELLE DE LA CLINIQUE	43
CHAPITRE 1 : La psychiatrie en RDA, entre indifférence politique et atomisation..	43
1. De l'après-guerre aux années 1960, entre héritages et continuités.....	44
1.1 L'héritage de la période national-socialiste.....	44
1.2 Une relégation qui perdure après la guerre.....	47
1.3 La campagne de « pavlovisation » en RDA.....	49
2. Les années 1960, la psychiatrie cantonnée à la marge de la société socialiste.....	54
2.1 À l'échelle de l'Europe, la psychiatrie objet de réformes et de critiques	54
2.2 La formation du comité d'experts « Psychiatrie et Neurologie » : un organe sans véritable influence.....	57
2.3 Vers la « commission-problème ».....	64
3. Psychiatrie et société, psychiatrie et politique en RDA.....	69
3.1 Un rendez-vous manqué entre psychiatrie et société	69
3.2 Psychiatrie et idéologie	74

CHAPITRE 2 : La clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (1957-1969) : entre une histoire de la psychiatrie et une histoire sociale du pouvoir communiste....83

Retour historique : La psychiatrie à la Charité (fin du XVIIIe siècle – fin des années 1950)	83
.....	83
Du « services des aliénés » (<i>Irrenabteilung</i>) à la clinique neurologique et psychiatrique (1710-1905).....	83
Au XX e siècle, psychiatrie et compromissions.....	90
L'après guerre : reconstruction, retour à la normale et entrée dans la RDA.....	93
L'histoire de la clinique par la clinique : mise en récit et temporalités.....	96
1. L'arrivée de Karl Leonhard et sa relation au pouvoir.....	100
1.1 Une nomination à contre-courant.....	100
1.2 « L'affaire de Francfort », changement des rapports de force	105
1.3 Face à l'idéologie, une position réservée et pragmatique.....	107
2. La <i>Nervenlinik</i> : un espace hétérogène en constante restructuration.....	111
3. Thérapies et psychothérapies.....	116
3.1 La thérapie individualisée	117
3.2 Une psychiatrie classique pour l'époque ?	124
3.2.1 Psychiatrie et médicaments.....	124
3.2.2 Traitements de choc, lutte contre l'agitation et ouverture vers de nouvelles thérapies	128
4. Le personnel de la clinique.....	131
4.1 Infirmières et soignants.....	131
4.2 Ouverture vers de nouveaux métiers.....	135
4.3 Médecins.....	136
5. Le parti à la clinique.....	144
6. Une clinique sous surveillance ?.....	151
6.1 L'intérêt de la <i>Stasi</i> pour le système de santé : l'exemple de la Charité.....	151
6.2 La surveillance de la <i>Nervenlinik</i> sous le directorat de Karl Leonhard (1957-1969)	153
6.3 La <i>Stasi</i> en haut de la hiérarchie (1971-1987).....	163

DEUXIÈME PARTIE : HISTOIRES DE PATIENTS167

CHAPITRE 3: La clinique psychiatrique : une autre lecture des conflits politiques 168

1. Famille et politique	169
1.1 Relations enfant / parents et discours idéologique.....	170
1.2 Tensions conjugales et politique	179
1.3 Une éducation nécessairement socialiste ?	182
2. Conflits intérieurs et politique	187
2.1 « "Si je dis maintenant Heil Hitler" »	188
2.2 « Une fervente marxiste ».....	193
2.3 « Cochon de SED ».....	197
3. Les conflits face au régime : psychiatrie et gestion de la dissidence	201
3.1 « La trahison du socialisme ».....	201
3.2 « Un autre conflit réside dans le fait qu'il ne se sente pas bien dans la situation politique de la RDA. ».....	205
3.3 « Il ne peut pas penser de manière marxiste. ».....	209

CHAPITRE 4 : Le parti dans les têtes.....	217
1. Le « mal du parti » des « patients-camarades ».....	219
1.1 Accepter la discipline de parti.....	219
1.2 Le camarade, un modèle ? Conflits intérieurs et processus d'intériorisation des normes partisans.....	232
2. Le parti comme source d'informations et instance de négociation.....	240
2.1 Circulation d'informations.....	240
2.2 Procédures de négociation	242
3. Le capital politique et/ou militant : une ressource dans les murs de la clinique ?.....	247
3.1 Quand les patients activent leur capital politique et/ou militant.....	247
3.2 À « patients-camarades », « médecins-camarades » ?.....	254
CHAPITRE 5 : « Le Mur lui est monté à la tête ». Construction du mur de Berlin et basculement dans la maladie	262
1. Le Mur, une rupture multidimensionnelle.....	264
2. Le Mur, générateur de peurs et d'angoisses.....	273
3. La « maladie du Mur » (<i>Mauerkrankheit</i>).....	281
3.1 Registre de Guerre froide, vocabulaire courant et médical	281
3.2 La maladie du mur de Berlin, de Dietfried Müller-Hegemann.....	284
3.2.1 Parcours scientifique et politique d'un psychiatre	284
3.2.2 <i>Die Berliner Mauerkrankheit</i>	288
3.2.3 Une réception différenciée de part et d'autre du Rideau de fer	291
4. Au-delà du Mur, la réunification ?.....	295
CHAPITRE 6 : Sortie de guerre et Guerre froide « vues d'en bas ».....	310
1. Enchevêtrement des conflits et des temporalités : expériences de femmes violées par les soldats de l'Armée Rouge entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début de la période de paix.....	311
1.1 Éléments de contextualisation.....	312
1.2 Parler des viols : l'irruption du souvenir	315
1.3 La persistance du passé dans le présent : les séquelles des viols.....	320
1.4 Du présent au passé : le contexte de la RDA et la mémoire des viols	327
2. Expériences de Guerre froide : au croisement des destins personnels et des logiques géopolitiques.....	332
3. Guerre froide et altérité. Les représentations de l'Ouest : une menace, un refuge, un « ailleurs possible » ?.....	343
3.1 Une menace venue de l'Ouest.....	343
3.2 L'Ouest comme source d'angoisse.....	349
3.3 L'Ouest comme pôle de concurrence.....	354
3.4 L'Ouest, un « ailleurs possible ».....	358
3.4.1 Un départ pour l'Ouest	358
3.4.2 L'Ouest à proximité	366
3.4.3 Diagnostic et accès à « l'autre côté » : la névrose de pension (<i>Rentenneurose</i>)	370
3.4.4 Ceux qui restent, quand les autres partent	379
CONCLUSION.....	388
1. L'apport des dossiers de patients comme source d'histoire de la RDA.....	388

2. Les tensions de la société socialiste.....	391
2.1 La présence des conflits et leur enchevêtrement à l'échelle de l'acteur.....	391
2.2 Les logiques de différenciation et les lignes de partage de la société socialiste : capital politique et accès à l'Ouest	392
2.3 Les processus d'appropriation et d'intériorisation à l'œuvre au sein de la société socialiste	394
3. De l'acteur à la réalité sociale, de l'étude de la société socialiste à celle d'autres sociétés	397
SOURCES	401
BIBLIOGRAPHIE.....	416
ZUSAMMENFASSUNG.....	440
TABLE DES MATIÈRES.....	476

SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe und bei der Abfassung nur die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Psychiatrie et société en République Démocratique Allemande
Histoires de patients de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité
(Berlin-Est, 1960-1968)

Au centre de cette étude se trouvent les patients de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (Berlin-Est, RDA), durant la période des années 1960. Tout en prenant en compte l'interprétation qui en est faite par le discours médical, ce travail vise à reconstituer les expériences et les trajectoires de ces individus, en les inscrivant dans le contexte de la société socialiste. À partir des dossiers de patients – qui constituent le principal matériau archivistique de cette étude –, il s'agit de saisir certaines des tensions qui traversent la société est-allemande, en relation avec le contexte politique et idéologique. Comme en attestent ces sources, dans le cadre de l'échange thérapeutique, les patients peuvent prendre la parole selon des règles qui diffèrent de celles habituellement en vigueur au sein de la société socialiste. Parce qu'ils peuvent contenir les traces d'une parole ordinairement mise sous silence, du fait de la censure ou de l'auto-censure, de son caractère indicible, invouable ou délirant, les dossiers de patients apparaissent comme une source précieuse pour l'historien. Des tensions conjugales provoquées par des dissensions idéologiques aux conflits intérieurs d'une « fervente marxiste », de la douleur suscitée par la radiation du parti à celle née de la construction du Mur, des « délires réunificateurs » à ceux faisant de l'Ouest une source de menaces, les expériences individuelles et singulières des patients permettent de reconstituer, selon une approche micro-historique, certaines tensions inhérentes au fonctionnement de la société socialiste.

MOTS-CLÉS : PSYCHIATRIE, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ALLEMANDE, COMMUNISME, PATIENT, GUERRE FROIDE

Psychiatry and Society in the German Democratic Republic
Stories of patients from the Charité Psychiatry and Neurology Clinic
(East-Berlin, 1960-1968)

The patients of the Charité Psychiatry and Neurology clinic (East-Berlin, GDR) during the 1960s are at the center of this study. While taking into account the interpretation provided by the medical discourse, this research aims at reconstructing the experiences and the trajectories of these individuals by inscribing them in the context of the socialist society. Relying on patients' records – these records being the main source of this study – the goal of this research is to reach a better understanding of underlying tensions in the socialist society in relation to the political and ideological context. As these sources show, when they talk to the therapist, patients can speak according to rules which differ from the rules implemented in the socialist society. Because they may contain traces of speeches that would usually be silenced as a result of censorship or self-censorship, or of the unspeakable, shameful or delirious nature of this speech, the patients' records prove to be a valuable source for the historian. From marital tensions caused by ideological disagreements to the inner conflicts of an “ardent marxist”, from the pain triggered by the exclusion from the party to the pain caused by the construction of the Berlin Wall, from the “reuniting delirium” to the delusions according to which the West appears as a threat, the individual and singular experiences of the patients allow to reconstruct, through a microhistorical approach, certain tensions inherent to the working of the socialist society.

KEY-WORDS : PSYCHIATRY, GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC, COMMUNISM, PATIENT, COLD WAR

DISCIPLINE : HISTOIRE
LABORATOIRE : CERHIO-RENNES