

P S Y C H O S U P

45 commentaires
de textes fondamentaux
en psychopathologie
psychanalytique

Sous la direction de
Jean-Yves Chagnon

Préface de
Jacques Hochmann

DUNOD

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



Illustration de couverture : Franco Novati

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2012
ISBN 978-2-10-058356-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Sous la direction de :

Jean-Yves CHAGNON	Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à l'Université Paris 13-Nord, psychologue et psychanalyste
-------------------	--

Avec la collaboration de :

Eric BIDAUD	Maître de conférences HDR à l'Université Paris 13-Nord
Geneviève BRÉCHON	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université François Rabelais de Tours, psychologue et thérapeute familiale
François-David CAMPS	Doctorant, chargé d'enseignement à l'Université Paris Descartes et à l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, psychologue
Jean-François CHIANTARETTO	Professeur de psychopathologie à l'Université Paris 13-Nord, psychologue, psychanalyste
Aline COHEN DE LARA	Professeur de psychologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris 13-Nord, psychanalyste
Joël CROAS	Chargé d'enseignement et chercheur associé au LPCP (EA 4056), Université Paris Descartes, Paris Sorbonne Cité, psychologue clinicien
Didier DRIEU	Maître de conférences en psychologie clinique et pathologie, CERReV, Université de Caen, psychologue clinicien, psychanalyste
Clara DUCHET	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris Descartes, psychologue clinicienne, psychanalyste
Vincent ESTELLON	Maître de conférences en psychopathologie clinique à l'Université Paris Descartes, psychiatre et psychanalyste
Isabelle GERNET	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris Descartes, psychologue clinicienne
Philippe GIVRE	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris Diderot, psychologue, psychanalyste
Maïa GUINARD	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Lyon 2, psychologue clinicienne
Ferodja HOCINI	Psychiatre, psychanalyste, membre du CILA (Collège International de l'Adolescence)

Florian HOUSSIER	Maître de conférences HDR à l'Université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste
Caroline HURVY	Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université de Caen-Basse Normandie, psychologue et psychothérapeute
Fabien JOLY	Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse, Université Paris Diderot, psychologue, psychanalyste (Dijon)
Nathalie DE KERNIER	Maître de conférences en psychopathologie à l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, psychothérapeute
Alberto KONICHECKIS	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris Descartes, psychologue clinicien, psychanalyste
Estelle LOUËT	Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie (EA 4056) à l'Université Paris Descartes, psychologue clinicienne, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du G.-H. Pitié-Salpêtrière
François MARTY	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris Descartes, PRES Paris Sorbonne Cité, psychologue, psychanalyste
Catherine MATHA	Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris 13-Nord, psychologue clinicienne, psychanalyste
Sylvain MISSONNIER	Professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'Université Paris Descartes, Paris Sorbonne Cité, directeur du laboratoire PCPP (EA 4056), psychanalyste
Françoise NEAU	Maître de conférences HDR en psychopathologie clinique et psychanalyse à l'Université Paris Diderot, psychologue, psychanalyste
Olivier OUVRY	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris 13-Nord, psychiatre, psychanalyste
Marie-Christine PHEULPIN	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie clinique à l'Université Paris 13-Nord, psychologue clinicienne, psychothérapeute, Hôpital Sainte-Anne (Paris)
Jean-Pierre PINEL	Professeur de psychopathologie sociale à l'Université Paris 13-Nord, psychologue, analyste de groupe et d'institution

François POMMIER	Professeur de psychopathologie à l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, psychiatre et psychanalyste
Magali RAVIT	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie clinique à l'Université Lyon 2, psychologue clinicienne, expert près la Cour d'Appel de Lyon
Teresa REBELO	Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Rouen, psychologue, psychanalyste
Philippe ROBERT	Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université Paris Descartes
Hélène SUAREZ-LABAT	Docteur en psychologie clinique, Université Paris Descartes, psychologue clinicienne, psychanalyste
Anne TASSEL	Maître de conférences à l'Université Paris Diderot, psychologue et psychanalyste
Claude DE TYCHEY	Professeur de psychologie clinique à l'Université de Lorraine
Benoît VERDON	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris Descartes, Paris Sorbonne Cité, psychologue clinicien, psychanalyste
Catherine WEISMANN-ARCACHE	Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université de Rouen, psychologue et psychanalyste.

Table des matières

PRÉFACE	XIII
---------	------

INTRODUCTION	1
--------------	---

PARTIE 1 ADULTES

1	SIGMUND FREUD, « LES NÉVROPSYCHOSES DE DÉFENSE » (1894) « NOUVELLES REMARQUES SUR LES NÉVROPSYCHOSES DE DÉFENSE » (1896), <i>ŒUVRES COMPLÈTES, PSYCHANALYSE</i> , VOL. III, PARIS, PUF, 1-18 ET 121-146	17
2	SIGMUND FREUD, « LE PRÉSIDENT SCHREBER », IN <i>REMARQUES PSYCHANALYTIQUES SUR UN CAS DE PARANOÏA (DEMENTIA PARANOÏDES) DÉCRIT SOUS FORME AUTOBIOGRAPHIQUE</i> (1911), PUF, COLL. « QUADRIGE », 1995, 3 ^e ÉD. 2004	25
3	SIGMUND FREUD, « DEUIL ET MÉLANCOLIE » (1917), <i>ŒUVRES COMPLÈTES, PSYCHANALYSE</i> , VOL. XIII (1914-1915), PARIS, PUF, 3 ^e ÉD. CORRIGÉE, 2005, 261-280	35
4	KARL ABRAHAM, « LES ÉTATS MANIACO-DÉPRESSIFS ET LES ÉTAPES PRÉGÉNITALES D'ORGANISATION DE LA LIBIDO » (1924), IN <i>DÉVELOPPEMENTS DE LA LIBIDO, ŒUVRES COMPLÈTES II</i> , PAYOT, 1965, 170-210	45
5	SÁNDOR FERENCZI, « CONFUSION DE LANGUE ENTRE LES ADULTES ET L'ENFANT. LE LANGAGE DE LA TENDRESSE ET DE LA PASSION (1933) », IN <i>PSYCHANALYSE 4 ŒUVRES COMPLÈTES</i> , T. IV : 1927-1933, PAYOT, 1982, 125-135	55
6	JACQUES LACAN, « D'UNE QUESTION PRÉLIMINAIRE À TOUT TRAITEMENT DE LA PSYCHOSE » (1958), IN <i>ÉCRITS</i> , LE SEUIL, 1966, 531-583	65
7	WILFRED R. BION, « DIFFÉRENCIATION DES PERSONNALITÉS PSYCHOTIQUE ET NON PSYCHOTIQUE » (1957) ; « ATTAQUES CONTRE LA LIAISON » (1959), IN <i>RÉFLEXION FAITE</i> , PUF, 1983, 51-73 ET 105-123	75
8	PIERRE MARTY, « LA "PENSÉE OPÉRATOIRE" », EN COLL. AVEC M. DE M'UZAN, <i>REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE</i> , 1963, T. XXII, N° SPÉCIAL, 345-356	

- « LA DÉPRESSION ESSENTIELLE », *REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE*, 1968, T. XXXII, n° 3, 595-598 85
- 9 JEAN BERGERET,
« LES ÉTATS LIMITES. RÉFLEXIONS ET HYPOTHÈSES SUR LA THÉORIE DE LA CLINIQUE ANALYTIQUE », *REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE*, 1970, 4, 601-633 95
- 10 DONALD WOODS WINNICOTT,
« LA CRAINTE DE L'EFFONDREMENT » (NON DATÉ), IN *LA CRAINTE DE L'EFFONDREMENT ET AUTRES SITUATIONS CLINIQUES* (1989), PARIS, GALLIMARD, 2000, 205-216 105
- 11 PAUL-CLAUDE RACAMIER,
« LES PARADOXES DES SCHIZOPHRÈNES » (1978), *RFP*, n° 5-6, p. 877-969
LES SCHIZOPHRÈNES, PAYOT ET RIVAGES, 2001 111
- 12 ANDRÉ GREEN,
« LA MÈRE MORTE » (1980), IN *NARCISSISME DE VIE, NARCISSISME DE MORT* (1983), PARIS, ÉDITIONS DE MINUIT, 222-253 119
- 13 JOYCE MC DOUGALL,
« LA NÉO-SEXUALITÉ EN SCÈNE », « SCÉNARIOS SUSPENDUS : ENTRE FANTASME, DÉLIRE ET MORT » (1980), IN *THÉÂTRE DU JE*, GALLIMARD, 1982, 209-224 ET 225-240 129
- 14 ROGER DOREY,
« LA RELATION D'EMPRISE » (1981), *NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE*, n° 24, 1981, 117-140 139
- 15 RENÉ ROUSSILLON,
« TRAUMATISME PRIMAIRE, CLIVAGE ET LIAISON PRIMAIRES NON SYMBOLIQUES » (1999), IN *AGONIE, CLIVAGE ET SYMBOLISATION*, PARIS, PUF, 1999, 9-34 147

PARTIE 2

ENFANTS

- 16 SIGMUND FREUD,
« ANALYSE DE LA PHOBIE D'UN GARÇON DE CINQ ANS (LE PETIT HANS) » (1909), IN *ŒUVRES COMPLÈTES. PSYCHANALYSE*, T. IX, 1-130 159
- 17 MÉLANIE KLEIN,
« CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE LA PSYCHOGÉNÈSE DES ÉTATS MANIACO-DÉPRESSIFS » (1934), IN *ESSAIS DE PSYCHANALYSE*, PAYOT, 1982, 311-340. « NOTES SUR

QUELQUES MÉCANISMES SCHIZOÏDES » (1946), IN <i>DÉVELOPPEMENTS DE LA PSYCHANALYSE</i> , PUF, 1980, 274-300	169
18 RENÉ A. SPITZ, « MALADIES DE CARENCE AFFECTIVE CHEZ LE NOURRISSON » (1965), « LES EFFETS DE LA PERTE DE L'OBJET : CONSIDÉRATIONS PSYCHOLOGIQUES » (1965), IN <i>DE LA NAISSANCE À LA PAROLE</i> , PARIS, PUF, 1979, CHAP. XIV ET XV, 206-225	179
19 MARGARET MAHLER, « ON CHILD PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA : AUTISTIC AND SYMBIOTIC INFANTILE PSYCHOSES », <i>THE PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE CHILD</i> , 1952, VII, 286-305, « LA THÉORIE SYMBIOTIQUE DE LA PSYCHOSE INFANTILE » (CHAP. 2, P. 41-70), « NOTES DIAGNOSTIQUES » (CHAP. 3, P. 71-84), IN <i>PSYCHOSE INFANTILE</i> , PARIS, PAYOT, COLL. « PETITE BIBLIOTHÈQUE », 1973	187
20 DONALD WOODS WINNICOTT, « LA TENDANCE ANTISOCIALE » (1956), IN <i>DE LA PÉDIATRIE À LA PSYCHANALYSE</i> , PARIS, PAYOT, 1969, 145-158	197
21 ANNA FREUD, « ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT NORMAL DURANT L'ENFANCE » (CHAP. III, P. 42-85), « ÉVALUATION DU PATHOLOGIQUE (I) CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES » (CHAP. IV, P. 86-118), IN <i>LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT</i> , 1965, PARIS, GALLIMARD, 1968	205
22 RENÉ DIATKINE, « DU NORMAL ET DU PATHOLOGIQUE DANS L'ÉVOLUTION MENTALE DE L'ENFANT (OU DES LIMITES DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE) », <i>LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT</i> , 1967, VOL. X, 1, 1-42	215
23 SERGE LEBOVICI ET DENISE BRAUNSCHWEIG, « À PROPOS DE LA NÉVROSE INFANTILE », <i>LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT</i> , 1967, VOL. X, 1, 43-122	225
24 RENÉ DIATKINE, « L'ENFANT PRÉPSYCHOTIQUE », <i>LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT</i> , 1969, VOL. XII, 2, 413-446	235
25 MICHEL FAIN, « PRÉLUDE À LA VIE FANTASMATIQUE », <i>REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE</i> , XXXV, 2-3, 1971, 291-364	243
26 DONALD MELTZER, « LA PSYCHOLOGIE DES ÉTATS AUTISTIQUES ET DE L'ÉTAT MENTAL POST-AUTISTIQUE » (1975), IN <i>EXPLORATIONS DANS LE MONDE DE L'AUTISME</i> (1980, 2002), PAYOT, CHAP. II, 23-51	253

- 27** ROGER MISÈS,
« RÉVISION DES CONCEPTS D'ARRIÉRATION ET DE DÉBILITÉ MENTALE » (CHAP. 4,
129-167), IN *CINQ ÉTUDES DE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT*, TOULOUSE,
PRIVAT, 1981 263
- 28** FRANCES TUSTIN,
« LES OBJETS AUTISTIQUES » (1980), « LES FORMES AUTISTIQUES » (1984),
LIEUX DE L'ENFANCE (APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE L'AUTISME INFANTILE),
N° 3, 1985, 199-220 ; 221-246 273
- 29** ROGER MISÈS,
« REPÈRES CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES » (CHAP. 1, 11-44),
« ESQUISSE DES RISQUES ÉVOLUTIFS » (CHAP. 2, 45-63), IN *LES PATHOLOGIES
LIMITES DE L'ENFANCE*, PUF, 1990 283
- 30** PAUL DENIS,
« LA DÉPRESSION CHEZ L'ENFANT : RÉACTION INNÉE OU ÉLABORATION ? »,
LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT, 1987, XXX, 2, 301-328 291

PARTIE 3 ADOLESCENTS

- 31** SIGMUND FREUD,
« LES RECONFIGURATIONS DE LA PUBERTÉ » (1905), *TROIS ESSAIS SUR LA THÉORIE
SEXUELLE*, IN *ŒUVRES COMPLÈTES*, VI, PARIS, PUF, 2006, 145-181 303
- 32** ANNA FREUD,
« ON ADOLESCENCE », *THE PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE CHILD*, 13, 1958,
255-278 « L'ADOLESCENCE », IN *L'ENFANT DANS L'ADOLESCENCE*, PARIS,
GALLIMARD, 1976, 244-266 313
- 33** ÉVELYNE KESTEMBERG,
« L'IDENTITÉ ET L'IDENTIFICATION CHEZ LES ADOLESCENTS. PROBLÈMES THÉORIQUES
ET TECHNIQUES », *LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT*, VOL. 5, N° 2, 1962, 441-522 323
- 34** PETER BLOS,
« THE SECOND INDIVIDUATION PROCESS », *THE PSYCHOANALYTIC STUDY
OF THE CHILD*, 22, 1967, 162-186 ; « ADOLESCENCE ET SECOND PROCESSUS
D'INDIVIDUATION », IN PERRET-CATIPOVIC M., LADAME F. (ÉD.) (1997),
ADOLESCENCE ET PSYCHANALYSE : UNE HISTOIRE DELACHAUX ET NIESTLÉ,
LAUSANNE, 113-150 333
- 35** PIERRE MÂLE,
« QUELQUES ASPECTS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE ET DE LA PSYCHOTHÉRAPIE
À L'ADOLESCENCE » (1971), IN *LA CRISE JUVÉNILE, ŒUVRES COMPLÈTES*, PARIS,
PAYOT, T. I, 1982 343

36	MOSES LAUFER, « THE BREAKDOWN » (1983), <i>ADOLESCENCE</i> , 1983, I, 1, 63-70	353
37	BERNARD BRUSSET, « ANOREXIE ET TOXICOMANIE » (1984), <i>ADOLESCENCE</i> , 1984, 2, 2, 285-314	363
38	JEAN GUILLAUMIN, « BESOIN DE TRAUMATISME ET ADOLESCENCE. HYPOTHÈSE PSYCHANALYTIQUE SUR UNE DIMENSION CACHÉE DE L'INSTINCT DE VIE », <i>ADOLESCENCE</i> , 1985, 3, 1, 127-137	373
39	RAYMOND CAHN, « LES DÉLIAISONS DANGEREUSES : DU RISQUE PSYCHOTIQUE À L'ADOLESCENCE » (1985), <i>TOPIQUE</i> , 35-36, 1985, 15-205	383
40	ALAIN BRACONNIER, « LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE : UN AVATAR DE LA TRANSFORMATION DE L'OBJET D'AMOUR », <i>ADOLESCENCE</i> , 1986, 4, 2, 263-273	391
41	PHILIPPE GUTTON, « L'ÉPROUVÉ ORIGINAIRE PUBERTAIRE ET SES REPRÉSENTATIONS », <i>ADOLESCENCE</i> , 1990, 2, 355-367 ; « LA SCÈNE PUBERTAIRE AURA-T-ELLE LIEU ? », <i>ADOLESCENCE</i> , 1991, 1, 61-81	399
42	PHILIPPE JEAMMET, « DYSRÉGULATIONS NARCISSIQUES ET OBJECTALES DANS LA BOULIMIE » (1991), IN <i>LA BOULIMIE</i> , MONOGRAPHIES DE LA REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE, PUF, 1991, 81-104	409
43	ANNIE BIRRAUX, « L'ÉLABORATION PHOBIQUE » (CHAP. 4, p. 121-165), « LES PHOBIES ORDINAIRES » (CHAP. 5, p. 167-225), IN <i>ÉLOGE DE LA PHOBIE</i> , PARIS, PUF, 1994	419
44	PHILIPPE JEAMMET, « LA VIOLENCE À L'ADOLESCENCE. DÉFENSE IDENTITAIRE ET PROCESSUS DE FIGURATION », <i>ADOLESCENCE</i> , 1997, 15, 2, 1-26	429
45	CATHERINE CHABERT, « FÉMININ MÉLANCOLIQUE » (1997), <i>ADOLESCENCE</i> , 1997, 15, 2, 47-55	439

Préface¹

Après avoir été portée au pinacle, d'abord aux États-Unis puis, dans les années soixante, en Europe occidentale, la psychopathologie psychanalytique fait aujourd'hui l'objet d'attaques violentes, souvent haineuses, qui sortent du cadre d'un débat d'idées pour prendre l'aspect d'un véritable règlement de comptes. On n'insistera pas ici sur les causes de ce revirement, sur la responsabilité de l'arrogance et du dogmatisme d'un certain nombre de psychanalystes, sur la prétention d'autres, formés trop rapidement ou ne s'autorisant que d'eux-mêmes, à trancher de l'étiologie des troubles mentaux en les attribuant abusivement à une transmission transgénérationnelle et en tenant aux familles, exclues du soin de leurs proches, un discours obscur et culpabilisateur, qui s'accompagne souvent d'un manque de disponibilité à la souffrance d'autrui et d'une absence de solutions pratiques. On a mis de plus, si l'on peut dire, la psychanalyse à toutes les sauces et rangé sous sa bannière des pratiques empiriques peu ou mal théorisées. Parallèlement, comme le rappelle opportunément J.-Y. Chagnon, le modèle néolibéral qui a envahi l'économie, la prééminence quasi compulsive du souci d'évaluer les procédures thérapeutiques et donc la protocolisation de ces procédures pour faciliter leur mesure ont contribué à l'effacement des références à l'intériorité du sujet, au sens de ses comportements, aux conflits qui l'habitent. L'image dominante de l'homme normal comme un auto-entrepreneur rationnel exclusivement centré sur la maximisation de son profit, le pouvoir reconnu aux usagers de choisir consciemment leurs modalités de traitement sur un marché où s'affrontent des approches concurrentielles ne sont guère favorables à une réflexion sur soi et sur la valeur défensive de ses symptômes. Quand les mêmes usagers entendent imposer leurs vues jusque dans les organismes de formation avec des « socles de connaissances théoriques » validés par les pouvoirs publics, quand une pensée unique, étroitement encadrée par un seul objectif de normalisation, risque de s'établir en caricaturant et en rejetant ce qui l'a précédé, il est important d'offrir à l'étudiant ce florilège de textes fondateurs, replacés dans leur contexte et dans leur développement historique. Le lecteur va trouver ici, clairement résumés, commentés, reliés les uns aux autres et divisés en trois chapitres : l'enfant, l'adolescent et l'adulte, quelques traces marquantes laissées par l'évolution des idées psychopathologiques depuis Freud et ses premiers élèves à nos jours. Ce parcours, à soi seul, montre la vitalité d'une élaboration théorico-pratique, accompagnée de modifications techniques et d'une diversification des

1. Par J. Hochmann, psychiatre et psychanalyste, professeur émérite de psychiatrie à l'université Claude-Bernard de Lyon et médecin honoraire des hôpitaux de Lyon. Il est, entre autres, l'auteur de *La Consolation. Essai sur le soin psychique* (O. Jacob, 1994), *Histoire de la psychiatrie* (PUF, 2004), *Histoire de l'autisme* (O. Jacob, 2009) et *Pour soigner l'enfant autiste* (O. Jacob, nouvelle édition, 2010).

dispositifs, qui n'a cessé de s'étendre du champ d'abord circonscrit aux névroses de l'adulte à celui des troubles narcissiques, des états et pathologies limites, des psychoses, des perversions, des troubles du comportement alimentaires, des addictions, de la médecine psychosomatique... Il doit inciter l'étudiant à poursuivre : d'une part en complétant son information (ce à quoi l'invite les sources bibliographiques proposées) et d'autre part en se mettant lui-même au travail, là où le sort voudra l'engager.

L'essence de ce travail, par-delà les différences dans les théories, est la clinique relationnelle. C'est elle qui est en péril aujourd'hui, c'est elle qu'il faut défendre par un véritable engagement militant.

Comme Michel Foucault l'a bien montré, la clinique s'est d'abord construite sur le regard. Le symptôme clinique comme la lésion qui le détermine furent d'abord du registre du visuel. Même s'il palpait, percutait ou auscultait, le clinicien contemporain de Bichat et de Laënnec, cherchait à prévoir ce que l'autopsie révélerait à ses yeux. Aujourd'hui, les moyens modernes d'imagerie ne font que prolonger cette démarche optique inaugurale. Cette « naissance de la clinique » a très vite orienté la psychiatrie, elle aussi naissante. Si Pinel et Esquirol en France ou Crichton en Angleterre, en attribuant la folie à un excès des passions, ont tenté brièvement une écoute à la recherche du sens, leur enseignement a vite été submergé par une démarche descriptive placée sous le signe prévalent de la vision. La théorie de la dégénérescence, qui fut, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la grande théorie psychiatrique, rattachait l'ensemble des troubles mentaux à une tare héréditaire transmise et aggravée tout au long de la chaîne des générations, qui se manifestait d'abord par des stigmates physiques. On y adjoignit ensuite des désordres comportementaux (les différentes manies et phobies) pour constituer une sémiologie minutieuse, mais presque tout entière transcrite, elle aussi, en termes perceptifs.

La psychopathologie, c'est-à-dire le fait de chercher à comprendre et à expliquer psychologiquement ces troubles, de reconnaître en eux une logique, un enchaînement causal où chaque symptôme s'explique par un lien de filiation avec une inquiétude et représente une tentative interne pour se protéger d'une angoisse ou pour résoudre un conflit, s'est établie en réaction contre ce modèle de la dégénérescence et contre les pratiques ségrégatrices et eugéniques qu'il avait induites. Si Freud a joué le rôle que l'on sait dans cette réaction (on lui doit en particulier un remarquable article critique publié en français sur « l'hérédité dans les névroses »), il a, comme le remarque J.-Y. Chagnon, hésité entre « un pôle naturaliste » et un « penchant herméneutique ». C'est ce dernier qui l'a emporté, plus chez Ferenczi que chez Freud, peut-être sous d'autres influences que le modèle positiviste alors prévalent en médecine et dans les sciences de la nature. Au même moment, la phénoménologie prenait, en effet, son essor. On

ne se rappelle pas assez que Freud et Husserl, presque exactement contemporains, ont fréquenté, à la même époque, les cours du philosophe Franz Brentano, initiateur d'une « psychologie empirique » qui ouvrait la voie à la recherche de ce que Husserl devait appeler « le sens du sens ». Freud s'est rapidement détaché de Brentano dont le spiritualisme vaguement déiste l'inquiétait. Par contre, il a cité, à plusieurs reprises et très favorablement, le psychologue munichois Theodor Lipps, qui est l'initiateur de l'application à la psychologie du concept d'empathie (en allemand *Einfühlung*). On a mis longtemps à découvrir cette proximité ainsi que l'usage freudien du terme d'empathie (généralement traduit, jusqu'il y a peu, par des périphrases). Lipps considérait qu'il y avait trois modes de connaissance : la perception qui nous permet de connaître le monde extérieur, l'introspection qui nous donne accès à notre monde intérieur et l'empathie qui nous permet de prendre conscience de l'existence d'une pensée chez autrui et de comprendre les états mentaux de l'autre (en étant affecté par lui et en l'imitant intérieurement). Lorsque la psychopathologie s'est développée, que ce soit dans un cadre de référence psychanalytique, que ce soit en dehors ou à côté de ce cadre (qui ne saurait rester unique), elle a explicitement ou implicitement eu recours à l'empathie. Les grands psychopathologues, freudiens ou non freudiens (comme Minkowski ou Jaspers), ont tous utilisé une démarche empathique, c'est-à-dire une tentative pour voir le monde et soi-même en adoptant la perspective de l'interlocuteur, en se laissant toucher par l'interlocuteur et en utilisant son ressenti en face de lui pour le comprendre. En rupture avec le primat visuel objectivant, la clinique psychopathologique s'est ainsi construite à partir du début du ^{xx}e siècle sur l'intersubjectivité. C'est une clinique du lien. Certains ont préféré utiliser la terminologie psychanalytique du transfert et du contre-transfert. D'autres, comme Sullivan aux États-Unis, ont voulu ériger la psychiatrie en science des relations interpersonnelles ou, comme Angelo Hesnard en France, promouvoir une « psychanalyse du lien interhumain ». Le psychologue américain d'inspiration phénoménologique, Carl Rogers, a proposé de centrer la démarche psychothérapique « sur le client » en faisant du climat empathique entretenu par le thérapeute l'élément essentiel du traitement. Au même moment et dans les mêmes lieux, à Chicago, Heinz Kohut créait une école de psychanalyse, la psychologie du soi, où, à son tour, il faisait de l'environnement empathique l'élément principal du développement harmonieux de l'enfant. Aujourd'hui ces intuitions, développées cliniquement par Serge Lebovici, avec la notion d'« empathie métaphorisante », sont reprises de manière plus systématique par le champ en pleine expansion des recherches sur les interactions mère-bébé.

Or au même moment, ressuscitant, en grande partie pour des raisons politico-économiques, un comportementalisme que les sciences cognitives modernes s'accordent à considérer comme dépassé, l'empathie disparaît de la boîte à outil du psychiatre ou du psychologue clinicien. Les nomenclatures actuelles, améri-

caines ou internationales, sous prétexte de favoriser l'accord interjuge et donc la fiabilité des diagnostics et de permettre ainsi d'entreprendre sur des populations homogènes des études épidémiologiques et des évaluations de traitements standardisés, ne connaissent plus que des listes de critères directement observables, des faits perceptibles et non plus des inférences empathiques. Avec l'exclusion de toute théorie autre que des modèles naturalistes (largement hypothétiques mais présentés comme en voie de vérification sinon déjà vérifiés), c'est la recherche du sens qui est abandonnée. Avec la multiplication des troubles au gré des pressions de tel ou tel groupe qui veut se faire reconnaître comme porteur d'un handicap et en droit d'obtenir des compensations ou des aménagements sociaux, avec la notion vague de co-morbidité et celle encore plus vague de « trouble non spécifié autrement », la nouvelle clinique induite par le DSM n'est plus qu'un fourre-tout sans saveur ni odeur.

D'où l'importance de cet ouvrage. En revenant aux sources, en montrant ensuite la multiplicité, la diversité et la fécondité des recherches, il apporte un démenti à ceux qui ne voient dans la psychanalyse qu'un agrégat obsolète de vieilles rengaines répétitives issues, il y a cent ans, de l'esprit malade d'un obsédé sexuel viennois, ou qui décrivent la psychanalyse sous les traits d'une secte intolérante, refusant le dialogue et centrée sur la seule quête du profit matériel de ses membres. Il ne faut pas maintenant s'arrêter là. La psychopathologie, comme le soutient fortement Daniel Widlöcher, cité ici dans l'introduction, est devenue plurielle. Comme un premier bornage, le livre que j'ai l'honneur de préfacer s'est limité à des travaux issus du champ de recherche psychanalytique. Cependant les sciences cognitives d'une part et, d'autre part, ces grands courants philosophiques que sont la phénoménologie et la philosophie analytique ont aussi leur partition à tenir. De leur dialogue, de leur rapprochement, sans sombrer dans un éclectisme désossé, des progrès sont à attendre grâce auxquels une nouvelle étape pourra s'engager.

Introduction¹

Cet ouvrage collectif est issu de deux réflexions imbriquées : l'une pédagogique relative à l'enseignement de la psychopathologie, l'autre rétrospective et prospective concernant l'histoire de la discipline.

Le lecteur en *psychologie clinique* et en *psychopathologie*, qu'il soit étudiant en psychologie ou en psychiatrie ou encore clinicien plus ou moins chevronné, est aujourd'hui sollicité par de très nombreuses publications (nouveauautés ou rééditions) ce qui rend son choix parfois hésitant. Dans ce contexte, le repérage des textes et des ouvrages fondamentaux s'avère difficile et peut provoquer un sentiment de découragement devant la masse des connaissances à acquérir. Il ne suffit pas non plus de lire un texte pour le comprendre, l'intégrer, le critiquer, en saisir son intérêt, sa portée et ses limites, il faut aussi pouvoir le resituer dans son lieu de production (l'observatoire clinique), son contexte scientifique, historique et culturel, dans le mouvement des idées, dans la trajectoire de l'auteur, dans ses développements et son heuristique, voire ses impasses. Le travail du clinicien enseignant-chercheur vise donc, au-delà de l'apport de connaissances théoriques, techniques et pratiques en psychopathologie clinique, à *transmettre* ce fond historique et les implicites du texte qui donnent sens à celui-ci et éclairent le lecteur, comme lui-même a pu être imprégné, éclairé ou « obscurci », stimulé par le texte en question.

Qu'est-ce que la psychopathologie – mieux vaudrait dire *les psychopathologies*, quels sont ses objets, ses théories, ses méthodes, ses pratiques, ses relations aux disciplines scientifiques proches (médecine, psychologie clinique, cognitive, sociale) et aux contextes épistémologiques, historico-géographiques et politiques qui en ont permis et encadré l'expression ? Nous ne prétendons pas répondre ici en détail à ces questions ardemment débattues, renvoyant à quelques ouvrages eux-mêmes fondamentaux en la matière (Pédinielli, 1994 ; Widlöcher et coll., 1994 ; Ménéchal, 1997 ; Pewzner, 2002 ; Roussillon et coll., 2007 ; Chabert et Verdon, 2008 ; Chabert, 2008-2010), mais nous en poserons quelques jalons essentiels.

On sait depuis Minkowski (cité par Pédinielli, 1994, p. 21-23) que la psychopathologie peut s'entendre dans le double sens :

- ➔ d'une *pathologie du psychologique* et elle peut alors être définie comme une *théorie de la connaissance des troubles psychiques et de leur traitement* en lien direct avec la psychologie clinique et la psychiatrie ; ici psychopathologie désigne un domaine qui peut se confondre avec la pathologie mentale

1. Par J.-Y. Chagnon.

telle que découpée par la psychiatrie et une théorie générale psychologique destinée à rendre compte des faits décrits par celle-ci ;

- d'une *psychologie du pathologique* qui désigne l'analyse psychologique du fait pathologique (ou de la dimension psychologique du fait pathologique). Ici le fait pathologique ne se réduit pas à la maladie mentale, il la déborde en prenant pour objet toutes les situations de *souffrance psychique* quelles que soient leurs causes, y compris organiques. Par exemple le deuil n'est pas une maladie mais on peut traiter d'une analyse psychopathologique de la souffrance du deuil qui peut lui-même prendre une forme pathologique ; on peut aussi évoquer une psychopathologie de l'expérience de la maladie cancéreuse ou de la démence sans aucunement postuler que cancer ou démence relèvent d'une étiologie psychique. Les limites de cette approche résident dans la notion de souffrance et son rapport avec la normalité : des gens ne souffrent pas mais sont atteints de maladies (anosognosie : perte de la capacité à se reconnaître malade) ou de comportements « anormaux » (perversions, « névroses » de caractère), ce qui nécessite une théorie des différences et des rapports entre le normal et le pathologique qui tienne compte des influences socioculturelles sur la définition de ceux-ci.

Dès lors nous voyons que le champ de la psychopathologie déborde largement celui de la pathologie mentale. « Son objet est la pathologie mentale avérée, les effets de toutes pathologies, la souffrance exprimée, la souffrance inexprimable via diverses médiations (humeur, cognitions, conduites), et certains comportements "anormaux" (comme les perversions) pour lesquels la légitimité de sa réflexion ne va pas sans poser des questions éthiques » (Pédinielli, 1994, p. 22). Ainsi la psychopathologie devient « une approche visant à une compréhension raisonnée de la souffrance psychique », celle-ci, proche de l'angoisse sans s'y réduire et accompagnant toute vie psychique par essence conflictuelle, étant définie très précisément par l'école de psychopathologie Lyonnaise comme « liée à tout ce qui échappe au processus de symbolisation subjectivante, qui est en attente de symbolisation et reste d'une certaine façon bloqué, immobilisé et sans adresse » (Ferrant, in Roussillon, 2007, p. 234). La souffrance nécessitera donc la mise en place de dispositifs symbolisants (entretien, dessin, jeu, médiations diverses) pour être exprimée, entendue, comprise et partagée, faut-il que ceux-ci n'en limitent pas la possibilité par des protocoles d'examen « fermés » ; auquel cas la psychopathologie comme pratique se réduit à une chambre d'enregistrement des symptômes.

La psychopathologie comporte en effet deux niveaux complémentaires : un *niveau descriptif* qui s'attache à décrire les phénomènes observés (ce qui recoupe pour partie la psychiatrie) et de l'autre un *niveau interprétatif* destiné à proposer une théorie scientifique du phénomène en cause. Cette approche interprétative

comporte elle-même deux dimensions conjointes, l'une *explicative*, qui vise à fournir une étiologie, c'est-à-dire répondre à la question des origines, du « pourquoi ? » ; l'autre *compréhensive*, qui vise à proposer une pathogénie c'est-à-dire un éclairage sur les mécanismes, les modes de fonctionnement, soit encore à répondre à la question du « comment ? ». Étant entendu, sans pouvoir insister ici, que la recherche étiologique n'implique nullement en psychanalyse l'idée d'une stricte psychogénèse avec laquelle elle est trop souvent confondue, la question dite « étiopathogénique » engageant aujourd'hui dans le champ de la complexité car faisant appel à des modèles polyfactoriels où les phénomènes de récursivité (après coup) ont leur place (Chagnon, 2005). Freud (1915) était d'ailleurs le premier à évoquer à travers sa notion de « séries complémentaires » l'intrication serrée entre facteurs constitutionnels, traumatiques et endopsychiques dans l'étiologie des névroses.

En tout cas, les constructions théoriques destinées à rendre compte de l'explication et/ou de l'intelligibilité des phénomènes sont des interprétations qui se caractérisent par leur *pertinence*, leur *heuristique* (leur puissance de découverte) et leur *herméneutique* (leur puissance de compréhension, de formulation de sens). « Ces théories ne sont ni vraies ni fausses, comme nombre de théories en sciences humaines, mais elles doivent être jugées sur leur cohérence interne, sur leur vraisemblance et sur ce qu'elles apportent, dans la théorie ou dans la pratique » (Pédinielli et Gimenez, 2009, p. 9).

Mais la psychopathologie n'est pas qu'une discipline théorique et abstraite, voie défensive dans laquelle elle peut parfois se complaire, elle est une discipline concrète, pratique et vivante, enracinée dans la clinique. On parlera ainsi de *psychopathologie clinique* par opposition à une psychopathologie expérimentale dont le terrain serait le laboratoire du chercheur. Ici le terrain concerne la rencontre, la relation entre le clinicien et son patient (individu ou groupe), soit un sujet, un être malade derrière la maladie. Cette relation est médiatisée par un langage verbal ou non (il existe un langage de l'affect et du corps – sensori-moteur, mimo-postural et gestuel, comportemental et somatique) qui est lui-même le produit de la situation d'interaction, nous disons aujourd'hui intersubjective, entre les deux protagonistes. La psychopathologie comme théorie procède de ce terrain/terreau où appréciation diagnostique (au sens du diagnostic psychologique proposé par Lagache, diagnostic de fonctionnement mental ou encore structural) et perspective soignante se superposent, le savoir provenant de ce lieu et de ce mode d'exercice.

C'est dire que l'analyse psychopathologique ne se contente pas sur le plan méthodologique de recueillir et décrire en extériorité les signes observables, visibles (comportement, symptômes, angoisse ou souffrance) du patient. Elle s'attache à leur donner du sens en les reliant, au-delà du visible, à la structure

psychique et aux relations intersubjectives historiquement déterminées du sujet, et ce en s'intéressant aux conditions de production de son discours, un *discours adressé au clinicien*, et aux *associations* qui le caractérisent (ce qui est dit et non dit) qu'elle *observe* et *écoute* (écoute comprise comme modalité d'observation : Ciccone, 1999) pour l'interpréter, l'expliquer et le comprendre, au double sens de prendre avec et de s'identifier à, pour le rendre intelligible. Elle s'attache également aux effets de ce discours sur le psychisme du clinicien, cette production commune, cette co-construction affective et idéique (Widlöcher) étant un objet d'étude à part entière que l'approche positiviste, en extériorité, ne peut plus réfuter comme non scientifique, sauf à revenir au temps du behaviorisme que tant l'approche psychanalytique que cognitive ont contribué à invalider.

Parmi les différentes approches théoriques de la psychopathologie, *l'approche psychanalytique* tint (tient toujours ?) une place à la fois *novatrice* – on a pu parler de rupture épistémologique dans la conception des maladies mentales et des sciences de l'homme, ce qui est certainement à discuter car l'inconscient et « la chose sexuelle » étaient en cette fin de XIX^e siècle dans « l'air du temps », *essentielle* – au point que psychopathologie et psychopathologie psychanalytique sont parfois tenus pour équivalents et ce au risque d'un hégémonisme qui n'a pas manqué de lui être reproché, et *fragile* – tant de l'intérieur que de l'extérieur pour des raisons diverses que nous ne ferons que survoler.

Il est difficile de dater précisément l'acte de naissance de la *psychopathologie psychanalytique*, mais c'est à la suite de son séjour chez Charcot à la Salpêtrière, en 1885-1886, que Freud posera les bases d'une psychopathologie moderne, à la fois descriptive (Freud fait œuvre de nosographe) et interprétative, dégagant progressivement un niveau de « *causalité psychique* » (Green, 1995), c'est-à-dire un niveau de fonctionnement et de dysfonctionnement psychiques irréductible aux déterminismes biologiques (cérébraux) et culturels qui l'encadrent (mais non indépendant d'eux), le psychisme signifiant, subjectivant (ou non), par le biais de la représentation et de la symbolisation, ces données d'un autre ordre. « À partir du moment où Freud, jusque-là préoccupé essentiellement d'histologie, de physique, de chimie et de physiologie, s'est trouvé aux prises, concrètement, avec les réalités psychiatriques, il n'a cessé d'être intérieurement "travaillé", de façon douloureuse, par le lancinant, "l'indiscret" problème du sens » (Pewzner, 2002, p. 205). De fait, Freud sera toujours partagé entre le souci de situer la psychanalyse comme science de la nature et son intérêt pour le sens, point de départ pour des versions contrastées de la psychanalyse tiraillée entre son pôle naturaliste et un penchant herméneutique.

À partir de ses « Études sur l'hystérie » en collaboration avec Breuer (1895), Freud dégage un premier modèle psychopathologique dynamique, s'écartant du modèle organiciste de la psychiatrie officielle de l'époque, celui dit de la

« défense », saisissable dans les chapitres fondamentaux (au sens où il s'agit des fondements) que constituent les « Névropsychoses de défense » (1894) et « Les nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense » (1896). À cette période Freud met à jour l'existence d'un conflit psychique à l'arrière-plan des symptômes, conflit historiquement déterminé entre un courant sexuel inconscient et des forces refoulantes, ce qui lui fait dire que « l'étiologie des névroses réside dans la sexualité ». D'une séduction sexuelle « réelle » on sait comment, renonçant à sa « neurotica » (« Lettre à Fliess » du 21 septembre 1887), Freud met à jour le poids des fantasmes sexuels inconscients dans la constitution des névroses puis du psychisme normal comme pathologique dont il montra la continuité. Après son autoanalyse, qui donnera lieu à *L'Interprétation des rêves* (1900), où Freud observe sur lui-même les effets de la mort de son père et découvre ses propres désirs œdipiens, il entreprend l'écriture du livre qui fut probablement le plus scandaleux de l'histoire de la psychanalyse *Les Trois Essais sur la théorie sexuelle* (1905), de nombreuses fois remanié et annoté. Ce livre est dicté par la nécessité de démontrer l'existence d'une psychosexualité spécifiquement humaine, organisée en deux temps, un temps infantile et un temps post-adolescent, séparés par une période de latence sexuelle. Névroses et perversions sont, chacune à leur manière des avatars évolutifs de la psychosexualité infantile, pour dire vite par excès et défaut de refoulement. Les *Trois essais* voient l'arrivée du concept de pulsion qui sous-tend la recherche de satisfaction et la sexualité infantile est avec l'inconscient et le refoulement l'une des trois pierres angulaires de la théorie psychanalytique.

Le « paradigme hystérique » (Chabert, 2008) sera bientôt suivi d'un deuxième, celui du *narcissisme et de la mélancolie* (1914, 1917) auquel il faut associer le *masochisme* (1924), témoignage du constat selon lequel, après une période de découverte enthousiaste, la psychopathologie grave résistait aux efforts thérapeutiques de la méthode psychanalytique qui avait sous-estimé le poids de la destructivité interne/externe au profit du sexuel. Après le tournant des années vingt qui voit tant l'introduction de la seconde topique, que l'introduction de la pulsion de mort comme pôle opposé aux pulsions de vie dans la théorie pulsionnelle, Freud développe un nouveau modèle psychopathologique centré sur l'étude du déni et du clivage dans *les perversions et les psychoses* (1924, 1927, 1938), ce qui lui permet de repenser le développement et le fonctionnement de l'appareil psychique et *in fine* la métapsychologie.

La psychopathologie psychanalytique repose donc sur la *métapsychologie* (Assoun, 2000) soit la théorie psychanalytique que Freud a remaniée tout au long de son œuvre en fonction des avancées cliniques et thérapeutiques à travers les principaux textes suivants : « Esquisse pour une psychologie scientifique » (1895) où il est encore prisonnier des théories psychophysologiques de son

temps, *L'Interprétation des rêves* (1900), qui voit le passage d'une théorie neuropsychologique à une théorie *méta*-psychologique, une théorie qui « surplombe » la psychologie, projet non dénué d'ambition mais qui permet de se protéger de l'empirisme thérapeutique, en passant par « Métapsychologie » (1915-1917) jusqu'à *l'Abrégé de psychanalyse* (1938). « La notion de métapsychologie fut forgée par Freud pour désigner la partie la plus théorique et abstraite de la psychanalyse. Elle est constituée d'un ensemble de lois, principes et concepts fondamentaux permettant de se représenter et de décrire le fonctionnement de l'appareil psychique selon trois points de vue structuraux fondamentaux : dynamique, topique et économique » (Roussillon, 2005, p. 1055), auquel il faut ajouter le point de vue du développement qui permet de resituer le sujet dans son histoire.

Ainsi la métapsychologie propose une théorie du *fonctionnement psychique* (ou mental) extrêmement cohérente et pertinente pour dégager l'intelligibilité (le sens, l'intentionnalité) des données recueillies dans le cadre d'une démarche d'investigation clinique, et *a fortiori* thérapeutique, utilisant des outils diversifiés (entretien, observation, tests, médiations) aptes à recueillir les associations du sujet, et ainsi d'effectuer le travail psychopathologique défini plus haut : analyse descriptive et interprétative visant la compréhension de la dimension latente, cachée, derrière le manifeste. Les cliniciens de référence analytique s'appuient sur cette théorie du fonctionnement mental qui éclaire les principales modalités de *travail psychique* utilisées par un sujet, en fonction de son niveau de développement, pour traiter ses excitations pulsionnelles productrices de conflits internes, s'adapter à son milieu externe lui-même défini par des contraintes culturelles, asseoir son identité, se défendre contre l'angoisse et la dépression inhérente à ces conflits, élaborer ses problématiques, développer ses identifications, utiliser ses capacités intellectuelles, sa pensée et sa créativité en vue de la recherche de satisfactions directes et sublimées : aimer et travailler. Elle permet ainsi de situer le sujet dans un registre de diagnostic psychique élargi, susceptible d'être référé secondairement aux grandes catégories nosographiques construites par la psychopathologie clinique soit les différentes structures (névroses, psychoses, perversions, états limites), mais surtout de mettre à jour lignes de forces et points de fragilité, capacités de changement qui fondent les propositions thérapeutiques.

Ajoutons que la théorie psychanalytique appliquée à l'investigation clinique concerne sa capacité à en éclairer en profondeur la dimension relationnelle et intersubjective, par les développements qu'elle a donnés aux notions de transfert et de contre-transfert. Quelles que soient la standardisation de l'examen clinique initial et la tentative d'objectiver les données recueillies, on ne peut faire abstraction de la subjectivité des deux protagonistes que sont le clinicien et son patient : la rencontre clinique, initiée par une demande, mobilise une dyna-

mique relationnelle particulière entre eux, le fonctionnement psychique de l'un est appréhendé par le fonctionnement psychique de l'autre, « les données ne sont pas seulement recueillies, elles sont produites par la situation d'examen [...] La personnalité de l'un rencontre celle de l'autre et cette dynamique singulière implique le fait que nulle rencontre clinique ne saurait être reproduite à l'identique » (Chabert et Verdon, 2008, p. 89 et 110-111).

À la suite de Freud, métapsychologie, clinique et psychopathologie ont évolué de concert, les développements théoriques permettant l'approche de nouvelles cliniques (états limites, psychosomatique, passages à l'acte, etc.), la conquête et l'organisation de nouveaux lieux et modalités d'exercice (les institutions psychiatriques et pédagogiques, l'hôpital général, les institutions sociales), ce qui en retour enrichit la métapsychologie, celle-ci se diversifiant alors à l'extrême, ce qui a pu faire parler de « babélisation de la psychanalyse ». Cette diversité des métapsychologies qui ont migré du champ psychopathologique vers le champ des sciences du collectif tout en constituant une sorte de « surmoi théorique » de l'analyste a bien été décrite par Assoun (2000), nous y renvoyons le lecteur.

Puis vint une époque, contemporaine, où probablement victime de son succès, de son euphorie conquérante à laquelle succéda une phase de désillusion et de désenchantement, avec ce que la désillusion peut comporter de mouvement de rejet haineux de ce qui fut adoré autrefois, parallèlement aux avancées remarquables des neurosciences cognitives qui suscitent les mêmes espoirs thérapeutiques, la psychopathologie psychanalytique perdit de son audience en psychiatrie (adulte essentiellement) et commença à être décriée et délaissée comme mode d'explication et comme modèle de soin aux malades mentaux. Cette évolution fut largement soutenue par le modèle gestionnaire libéral, allié au contrôle social de nos existences, qui infiltra la médecine générale et la psychiatrie mondiale et compressa les moyens mis en œuvre (Gori, Del Volgo, 2005).

Dès lors, à partir des années quatre-vingt, l'approche des troubles mentaux s'est vue réduite dans de nombreux endroits, en appui sur l'utilisation du DSM-III puis IV, à une description factuelle et à une comptabilité des symptômes et des comportements anormaux à soigner biologiquement ou à rééduquer au détriment de la prise en compte de la complexité du psychisme humain et de ses résistances au changement. D'une clinique de l'histoire nous sommes passés à une clinique de l'instant moins soucieuse du sujet que de sa normalisation immédiate. Il n'est pas sûr que le public, les usagers, les patients y aient beaucoup gagné, mais il ne faut pas se cacher que certains peuvent être attirés par une approche exclusivement biologique ou comportementale protocolisée du fait d'une intolérance à la conflictualité interne et externe et donc à l'approche d'une quelconque intériorité psychique.