

P S Y C H O S U P

40 commentaires
de textes
en psychologie clinique

Sous la direction de
Jean-Yves Chagnon

Préface de
Catherine Chabert

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, 2014
ISBN 978-2-10-071978-5

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 psychopathologie à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, UTRPP, psychologue, psychanalyste.

Avec LA collaboration de :

Christine ARBISIO Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, psychologue, psychanalyste.

Catherine AZOULAY Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université Paris-Descartes.

Marie-Frédérique BACQUÉ Professeur de psychopathologie clinique à l'Université de Strasbourg, psychanalyste.

Éric BIDAUD Maître de conférences HDR en psychopathologie clinique à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, psychologue, psychanalyste.

Antoine BIOY Professeur de psychopathologie et psychologie médicale à l'Université de Bourgogne (Dijon), psychologue.

Emmanuelle BONNEVILLE-BARUCHEL Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Descartes.

Anne BRUN Professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'Université Lumière-Lyon 2, psychanalyste.

Solange CARTON Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Montpellier 3.

Khadija CHAHRAOUI Professeur de psychopathologie clinique à l'Université de Bourgogne (Dijon).

Aline COHEN DE LARA Professeur de psychologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, psychanalyste SPP.

Gilbert COYER Maître de conférences en psychologie interculturelles à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité.

Dominique CUPA Professeur de psychopathologie psychanalytique à l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense., psychanalyste SPP.

Olivier DOUVILLE	Maître de conférences des Universités, Laboratoire CRPMS, Université Paris Diderot-Paris 7, psychologue, psychanalyste, directeur de la revue <i>Psychologie Clinique</i> .
Didier DRIEU	Maître de conférences HDR en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Caen-Basse Normandie, psychologue, psychanalyste.
Michèle EMMANUELLI	Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris-Descartes.
Georges GAILLARD	Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université Lumière-Lyon 2, psychologue, psychanalyste.
Alain GUÉRIN	Doctorant à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, psychologue.
Florian HOUSSIER	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris 13-Nord, psychologue, psychanalyste.
Elodie JACQUELET	Psychologue clinicienne, hôpital Necker et hôpital Lariboisière (Paris).
François MARTY	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris-Descartes, psychologue, psychanalyste.
Catherine MATHA	Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris 13-Nord, psychologue, psychanalyste.
Cédric MEILAC	Doctorant à l'Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, psychologue.
Denis MELLIER	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Franche-Comté (Besançon), psychologue.
Sylvain MISSONNIER	Professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'Université Paris-Descartes, psychanalyste.
Pascale MOLINIER	Professeur de psychologie sociale à l'Université Paris 13-Nord.
Marie-Christine PHEULPIN	Maître de conférences HDR en psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris 13-Sorbonne Paris Cité, psychologue, psychothérapeute.
Jean-Pierre PINEL	Professeur de psychopathologie sociale à l'Université Paris 13-Nord, psychologue, analyste de groupe et d'institution.

Maja PERRET-CATIPOVIC	Psychologue, Office médico-pédagogique, Genève (Suisse).
Magali RAVIT	Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université Lumière-Lyon 2, psychologue.
Pascal ROMAN	Professeur de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse à l'Université de Lausanne (Suisse).
Philippe ROBERT	Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université Paris-Descartes.
Silke SCHAUDER	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université d'Amiens, psychologue.
Benoît VERDON	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris-Descartes, psychologue, psychanalyste.
Catherine WEISMANN-ARCACHE	Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université de Rouen, psychologue, psychanalyste.
Michel WAWRZYNIAK	Professeur de psychologie clinique à l'Université d'Amiens.

Table des matières

PRÉFACE	XI
---------	----

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

PARTIE 1 LES FONDATIONS

1 DANIEL LAGACHE, PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET MÉTHODE CLINIQUE, IN <i>ŒUVRES II</i> (1947-1952), PUF, 1949, 159-177	17
2 JULIETTE FAVEZ-BOUTONIER, « LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE : OBJET, MÉTHODES, PROBLÈMES », <i>LES COURS DE LA SORBONNE</i> , CDU, 1959	27

PARTIE 2 QUESTIONNEMENTS IDENTITAIRES ET SYNTHÈSES

3 JEAN GUILLAUMIN, « LA SIGNIFICATION SCIENTIFIQUE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE », <i>BULLETIN DE PSYCHOLOGIE</i> , 1968, 936-949	37
4 CLAUDE REVAULT D'ALLONNES, « PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET DÉMARCHE CLINIQUE » (1989), IN <i>LA DÉMARCHE CLINIQUE</i> <i>EN SCIENCES HUMAINES</i> , DUNOD, 2 ^e ÉDITION, 1999, 17-33	47
5 ROGER PERRON, « QU'EST-CE QUE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE ? », IN <i>LA PRATIQUE</i> <i>DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE</i> , DUNOD, 1997, 1-28	55
6 JEAN-LOUIS PÉDINIELLI & HERVÉ BÉNONY, PSYCHOLOGIE CLINIQUE, IN <i>EMC</i> 37-032-1-10, 2001	65

PARTIE 3 THÉORIES ET MODÈLES

7 JULIETTE FAVEZ-BOUTONIER, PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PHÉNOMÉNOLOGIE, IN <i>LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE :</i> <i>OBJET, MÉTHODES, PROBLÈMES</i> , LES COURS DE LA SORBONNE, CDU, 1959, 86-107	77
--	----

- 8 MAX PAGÈS,
« LA NOTION DE NON-DIRECTIVITÉ – MÉTHODES ET TECHNIQUES D'INTERVENTION »,
IN *L'ORIENTATION NON DIRECTIVE EN PSYCHOTHÉRAPIE ET EN PSYCHOLOGIE SOCIALE*,
DUNOD, 1965, 35-63 87
- 9 DIDIER ANZIEU,
« LA PSYCHANALYSE AU SERVICE DE LA PSYCHOLOGIE »,
NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE, 1979, 20, 59-75 97
- 10 ROLAND GORI & CLAUDE MIOLLAN,
« PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHANALYSE : D'UNE INQUIÉTANTE FAMILIARITÉ »,
CONNEXIONS, n° 40, 1983, 7-29 107
- 11 ELSA SCHMID-KITSIKIS,
« UNE THÉORIE PSYCHANALYTIQUE DE LA PENSÉE PEUT-ELLE INTÉGRER
LES DÉCOUVERTES PIAGÉTIENNES », *PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PROJECTIVE*,
N° 2, 1996, 171-182 117
- 12 RENÉ ZAZZO,
L'ATTACHEMENT, IN *LE COLLOQUE SUR L'ATTACHEMENT*, DELACHAUX ET NIESTLÉ,
1974, 20-54 125

PARTIE 4 LES CHAMPS D'INTERVENTION

- 13 ELSA SCHMID-KITSIKIS,
« UN MODÈLE PSYCHOLOGIQUE DE DÉMARCHE CLINIQUE »,
IN *POUR INTRODUIRE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE*, DUNOD, 1999, 83-101 137
- 14 CARL ROGERS,
« LES CARACTÉRISTIQUES DES RELATIONS D'AIDE » (1966),
IN *LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNE*, INTEREDITIONS, 2005, 27-43 145
- 15 LES LOIS SUR LE STATUT DE PSYCHOTHÉRAPEUTE
ET LA QUESTION DES PSYCHOTHÉRAPIES 155
- 16 MARION MILNER,
LE RÔLE DE L'ILLUSION DANS LA FORMATION DU SYMBOLE (1955),
REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE, N° 5-6, 1979 163
- 17 JEAN-CLAUDE ROUCHY,
« PROBLÉMATIQUE DE L'INTERVENTION », *CONNEXIONS*, n° 71, 1998 ;
J.-C. ROUCHY ET M. SOULA DESROCHE,
INSTITUTION ET CHANGEMENT, ÉRÈS, 2004, 47-77 173

- 18** RENÉ ROUSSILLON,
« DIVERSITÉ ET COMPLEXITÉ DES PRATIQUES CLINIQUES »,
CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE, 2013, 1, 40, 29-45 181

PARTIE 5 MÉTHODES ET OUTILS

- 19** JEAN GUILLAUMIN,
CHAPITRE 1 : « UNE DÉFINITION DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE »,
ET « CONCLUSIONS », IN *LA DYNAMIQUE DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE* (1965),
DUNOD, 1977, 3-7 ET 249-258 193
- 20** ROSINE DEBRAY,
L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT À LA PÉRIODE DE LATENCE (6-12 ANS),
DUNOD, 2000 203
- 21** NINA RAUSCH DE TRAUBENBERG,
« ACTIVITÉ PERCEPTIVE ET ACTIVITÉ FANTASMATIQUE AU TEST DE RORSCHACH.
LE RORSCHACH : ESPACE D'INTERACTIONS », *PSYCHOLOGIE FRANÇAISE*,
1983, 28, 2, 100-103 213
- 22** VICA SHENTOUB & ROSINE DEBRAY,
« FONDEMENTS THÉORIQUES DU PROCESSUS-TAT »,
BULLETIN DE PSYCHOLOGIE, 1970-1971, 24, n° 292, 897-903 223
- 23** CATHERINE CHABERT,
« LA PSYCHANALYSE AU SERVICE DE LA PSYCHOLOGIE PROJECTIVE »,
REVUE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PROJECTIVE, 2001, 7, 55-69 233
- 24** DANIEL WIDLÖCHER ,
« LE CAS, AU SINGULIER », *NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE*,
1990, 42, 285-302 243
- 25** COLETTE CHILAND,
« QU'EST-CE QU'UN ENTRETIEN CLINIQUE ? »,
IN CHILAND C. ET AL., *L'ENTRETIEN CLINIQUE*, PUF, 1983, 9-27 253
- 26** BERNARD BRUSSET,
ENQUÊTE FAMILIALE ET ANAMNÈSE, IN LEOVICI S., SOULÉ M., DIATKINE R. (EDS),
NOUVEAU TRAITÉ DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, TOME I, CH. 31,
PUF, 1995, 509-517 261
- 27** ALBERT CICCONE,
« MODÉLISATION DE L'OBSERVATION CLINIQUE : OBJETS ET MÉTHODE »,
IN *L'OBSERVATION CLINIQUE*, DUNOD, 1998, CHAP. 3, 57-111 271

PARTIE 6 OBJETS DE CONNAISSANCE

- 28** DANIEL WIDLÖCHER,
« PRÉSENTATION », IN *TRAITÉ DE PSYCHOPATHOLOGIE* (1994), PUF, 2005, 3-16 283
- 29** GEORGES DEVEREUX,
« ARGUMENT », IN *ETHNOPSYPCHANALYSE COMPLÉMENTARISTE* (1972),
FLAMMARION, 1985, 9-21 295
- 30** DIDIER ANZIEU,
L'IMAGINAIRE DANS LES GROUPES (1964-1965), IN *LE GROUPE ET L'INCONSCIENT*,
DUNOD, 1975, 115-145 305
- 31** RENÉ KAËS,
« LA STRUCTURATION DE LA PSYCHÉ DANS LE MALAISE DU MONDE MODERNE »,
IN JEAN FURTOS ET CHRISTIAN LAVAL, *LA SANTÉ MENTALE EN ACTES*,
ÉRÈS, 2005, 239-253 313
- 32** ANDRÉ CIAVALDINI,
« NOUVELLES CLINIQUES DU PASSAGE À L'ACTE ET NOUVELLES PRISES EN CHARGES
THÉRAPEUTIQUES », IN SENON J.-L., LOPEZ G., CARIO R., *PSYCHO-CRIMINOLOGIE*,
DUNOD, 2008, 65-77 323
- 33** CHRISTOPHE DEJOURS, DE LA PSYCHOPATHOLOGIE À LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL,
IN *TRAVAIL, USURE MENTALE* (1993), BAYARD, 2000, 215-275 333
- 34** JEAN FURTOS ,
LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE ET LA SOUFFRANCE D'EXCLUSION COMME PARADIGMES
DES SITUATIONS EXTRÊMES, IN V. ESTELLON, F. MARTY (DIR.),
CLINIQUES DE L'EXTRÊME, ARMAND COLIN, 2012, 265-288 343

PARTIE 7 LA RECHERCHE

- 35** ROGER PERRON, LES PROBLÈMES DE LA PREUVE DANS LES DÉMARCHES
DE LA PSYCHOLOGIE DITE CLINIQUE. PLAIDOYER POUR L'UNITÉ
DE LA PSYCHOLOGIE, *PSYCHOLOGIE FRANÇAISE*, TOME 24, 1979, 37-50 353
- 36** DANIEL WIDLÖCHER,
« PRATIQUE CLINIQUE ET RECHERCHE CLINIQUE », *REVUE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE*,
31, 2, 1981, 117-129 ; « PRINCIPES GÉNÉRAUX » IN BOURGUIGNON O.,
BYDŁOWSKI M. (DIR.), *LA RECHERCHE CLINIQUE EN PSYCHOPATHOLOGIE*,
1995, PUF, 9-33 361

- 37** RENÉ ROUSSILLON,
« DISPOSITIF PRATICIEN ET DISPOSITIF DE RECHERCHE »,
IN *MANUEL DE PRATIQUE CLINIQUE*, MASSON, 2012, 213-231 371

PARTIE 8

LA PROFESSION DE PSYCHOLOGUE CLINICIEN : FORMATION, STATUT, CODE DE DÉONTOLOGIE, ÉTHIQUE

- 38** DANIEL LAGACHE,
SUR LA FORMATION DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN (1951),
IN *ŒUVRES II (1947-1952)*, PUF, 295-303 383
- 39** LES ARTICLES DE LOI ET LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DU PSYCHOLOGUE 389
- 40** LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES (MARS 1996, RÉVISÉ EN FÉVRIER 2012) 399
- ANNEXE : SITES INTERNET UTILES 409

Préface¹

Il nous faut saluer d'abord l'entreprise menée par Jean-Yves Chagnon, entreprise à la fois ambitieuse et féconde puisqu'il s'agit de se pencher sur la naissance, le devenir, et les destins de la psychologie clinique : il propose aux auteurs d'étudier de manière approfondie un certain nombre de concepts et de notions, d'objets et de problématiques significatifs de ce champ, à la fois reconnu et controversé. Le lecteur en prendra plus ample connaissance avec cet ouvrage grâce à l'introduction qui en expose le déroulement et les modalités d'usage.

Je souhaite, dans cette préface, m'attacher essentiellement, à la dynamique qui anime la psychologie clinique depuis la seconde moitié du ^{xx}e siècle à la fois dans la pratique, la recherche, l'enseignement et la formation qui en découle. La question peut être formulée ainsi : quelle place pour la psychanalyse dans la psychologie clinique ? Si cette place s'est progressivement construite, développée, instaurée jusque dans les années 1990, portée par l'assurance et la conviction de son bien-fondé épistémologique, elle est progressivement remise en cause depuis, imposant une mise à l'épreuve indispensable aujourd'hui.

Cependant, du côté des psychanalystes comme du côté des psychologues, l'utilisation du modèle psychanalytique en psychologie clinique est critiquée depuis très longtemps. Et ces critiques s'inscrivent dans un mouvement qui, de part et d'autre, pourrait être, un peu rapidement, interprété en termes de résistances. Certains psychanalystes récusent l'« application » du modèle psychanalytique à des situations cliniques qui se situent hors des dispositifs psychanalytiques classiques. Certains psychologues rejettent globalement la théorie psychanalytique et, partant, son intégration à la psychologie clinique, notamment dans son approche du fonctionnement psychique individuel.

Les situations « cliniques » ne recèlent en elles-mêmes aucune théorie : elles provoquent la rencontre entre deux personnes, le sujet et le clinicien, et pourraient – comme certains l'affirment – n'impliquer aucun modèle théorique, ne s'étayer sur aucune référence conceptuelle ou idéologique. Nous savons bien que cette position a-théorique n'est pas tenable et que l'appréhension de la rencontre, si simplifiée soit-elle, ne peut considérer que celle-ci soit isolée de tout système de représentations.

Les données de la clinique sont donc susceptibles d'être saisies selon des modèles théoriques divers dont les applications conduisent à des procédures ou à des techniques au sein de méthodologies précises : ainsi le traitement de la même situation peut aboutir à des conclusions formulées en termes différents,

1. Par Catherine Chabert.

s'attachant à des éléments singuliers selon les références utilisées et les objectifs poursuivis dans la démarche clinique et dans son interprétation.

Le choix du modèle psychanalytique relève d'une prise de position nettement définie concernant les fondements théoriques de l'étude du fonctionnement psychique humain : il est adopté pour sa cohérence et sa pertinence avec une clinique qui l'interroge et le reconstruit. Cependant, une fois avancée cette référence, comment l'utiliser rigoureusement, en psychologie clinique, c'est-à-dire sans confusion, sans égarement épistémologique ? Il ne faut pas se méprendre en effet sur les incidences et les risques d'une telle conception : nous sommes, comme l'écrit Didier Anzieu en 1979, dans une situation de « (...) psychanalyse "impure" parce que sans divan, sans un cadre où l'inconscient soit *régulièrement*¹ convoqué à se faire entendre ». Toute la question revient aux cliniciens qui s'efforcent d'étudier les composantes spécifiques des situations cliniques et de les penser en référence aux conceptions psychanalytiques, dans un souci de cohérence et de rigueur scientifique plutôt qu'au nom d'un dogmatisme théorique réducteur. Dans cette perspective, il paraît difficile, certes, de concevoir la situation clinique autrement qu'en termes de *dynamique relationnelle* s'inscrivant dans la clinique des *transferts*, difficile de ne pas penser que le sujet s'adresse au clinicien, difficile de ne pas entendre ce matériel langagier sans y intégrer la visée communicationnelle de ses messages et sa double texture manifeste et latente.

Mais cette démarche impose une réflexion et une prise en compte rigoureuse des caractéristiques singulières des situations cliniques autres que celles spécifiées par la méthode analytique. Il importe en effet que les objectifs de la procédure soient clairs pour le psychologue, il importe qu'il ne confonde pas le cadre d'une rencontre (même si celle-ci comprend plusieurs moments, plusieurs consultations) avec le cadre analytique. Cela implique – c'est une évidence – une connaissance effective des différentes modalités de conduites et de mouvements transférentiels : toute communication humaine, dans le champ qui est le nôtre, est susceptible de mobiliser des phénomènes d'allure transférentielle, ou encore *des transferts*. Mais nous savons que, seule, la méthode analytique, avec ce qu'elle requiert au niveau du cadre temporel et spatial, permet que se déploie la névrose de transfert, qui constitue le pivot et le moteur de la cure. À cet égard, il faut souligner l'évolution remarquable qui a permis aux psychologues cliniciens de se dégager des risques de confusion dans les rencontres, en différenciant de manière subtile, les diverses modalités de mobilisation transférentielle selon les situations.

1. C'est moi qui souligne.

Il faut également rappeler le grand intérêt de la psychanalyse pour la psychologie clinique dans ses liens intrinsèques avec la recherche. La psychanalyse ne pose pas le fonctionnement psychique humain comme objet maîtrisable et maîtrisé, mais bien comme *inconnu*, par les échappées de l'inconscient à toute saisie définitive. Et c'est bien ce principe essentiel qui suscite tant de résistances, tant de réactions hostiles face à la psychanalyse. Le modèle idéalisé d'une recherche ordonnée par la quête de résultats, c'est-à-dire de réponses, emprunté de manière erronée aux sciences dures, est remis en cause dans le domaine de la psyché : les questionnements trouvent des réponses renouvelables ou restent énigmatiques ; la clinique n'est pas décidément close et l'ouverture de nouvelles hypothèses reste toujours possible. Osons affirmer que l'œuvre de Freud est exemplaire à cet égard dans ses remaniements incessants et toujours féconds. L'histoire des développements de la psychanalyse et les travaux d'auteurs contemporains confirment cet engagement épistémologique : cet ouvrage en témoigne ! Une curiosité vivante, une dynamique qui interroge la clinique et la psychopathologie en récusant les modèles fixistes et descriptifs dont l'« objectivité » s'avère trompeuse parce qu'elle néglige le changement, ses virtualités, ses aléas, ses potentialités, parce qu'elle réduit par contrainte quantitative les différences qui, pourtant, fondent l'individualité et l'identité du sujet.

À cet égard, il n'est peut-être pas inutile de rappeler la signification originale de « clinique », littéralement « au lit du malade » : cette acception peut fort bien conforter le point de vue d'une psychologie clinique analytique selon lequel le normal et le pathologique s'inscrivent dans une dialectique et un continuum essentiels à prendre en compte. Là aussi, il faut se méfier d'interprétations abusives : la psychanalyse ne dit pas que la maladie et la bonne santé se confondent, elle ne dit pas que les gens « normaux » ou, comme on se plaît à le dire aujourd'hui, « entrant dans les variations de la normale » sont aussi des gens malades. Elle pose seulement que la pathologie offre un « grossissement » qui permet d'étudier les composantes du fonctionnement psychique et notamment ses mécanismes les plus subtils qui apparaîtront au service d'une bonne santé psychique évidente chez les uns, ou aliénés par la maladie psychique chez les autres. La diversification des moyens et des méthodes thérapeutiques, l'affinement des techniques de soins se sont progressivement imposés du fait de la différenciation de plus en plus subtile des modèles psychopathologiques. Les traitements s'individualisent et se singularisent dans le respect de la diversité et de l'originalité de fonctionnements mentaux spécifiques. Il appartient au psychologue clinicien de contribuer préférentiellement à cette analyse indispensable : face aux catégorisations psychiatriques, il peut apporter des informations à la fois nuancées et précieuses, souvent déterminantes quant à l'orientation d'une décision thérapeutique. Sa formation, les procédures d'investigation qui

spécifient la démarche psychologique, ses compétences en matière de clinique de l'entretien et/ou d'examen psychologique le conduisent à prendre et à occuper une place privilégiée dans toute démarche diagnostique inscrite dans un projet thérapeutique.

La situation clinique, comprise au sens dynamique du terme, impose une double contrainte, un double champ d'investigation ou de déploiement : sollicitation profonde des représentations et des affects appartenant au monde interne du sujet, dans sa singularité existentielle, inscrite dans un processus de subjectivation ; et en même temps, impact de l'environnement, pris dans sa double résonance à la fois excitante en sa polarité relationnelle et limitante en sa référence à la réalité et au social.

Si l'on tente de définir, en les condensant à l'extrême, les problématiques inhérentes aux processus même de la vie, on est d'emblée confronté à la nécessité des remaniements imposés par le développement d'abord, puis par les modifications déterminées par la puberté, l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte, par la maturité et par la vieillesse. Le cours du temps implique la mobilisation de mécanismes assurant le changement mais aussi la continuité à la fois dans les modalités des représentations de soi et dans celles qui sous-tendent les relations aux autres. Sans reprendre systématiquement tous les aspects mis au jour dans ces processus de changement, nous pourrions en dégager deux axes essentiels, qui se croisent régulièrement : le premier axe concerne la réactivation inéluctable de problématiques de séparation mettant à l'épreuve à la fois la capacité d'élaborer les pertes et le maintien d'une identité subjective stable ; le second relève de la psychosexualité, au sens originaire du terme, dans la mise en place et l'évolution des identifications sexuelles et des choix d'objet, et par là même de leur intégration à des systèmes de conflictualité dont la vitalité assure l'élaboration psychique grâce au travail de la pensée.

L'apport de la psychanalyse dans la compréhension de ces problématiques se saisit de la reconnaissance des formations inconscientes et notamment des fantasmes et de leur source pulsionnelle : les traductions cliniques s'appréhendent à travers la dialectique des représentations et des affects, en termes dynamiques et économiques.

L'approche psychanalytique dans le champ de la psychologie clinique et psychopathologique exploite aussi une sémiologie originale, directement fournie par les données « cliniques », grâce au travail psychique engagé par la rencontre avec le clinicien dans une relation de « transfert ». Elle utilise, bien entendu, la métapsychologie psychanalytique et ses concepts fondamentaux ; opposition entre contenu manifeste et contenu latent du discours, interaction des processus primaires et secondaires, régression, conflits, mécanismes de défense, pulsions, représentations et affects.

Les perspectives développées par Daniel Widlöcher (1984) dans le domaine de la psychopathologie psychanalytique sont extrêmement justes et utiles pour l'interprétation psychanalytique des données cliniques : celles-ci offrent une sémiologie repérable grâce à une succession d'actes de parole, complétée par l'observation de la répétition *et* des potentialités de changement. La clinique s'engage alors dans une démarche dialectique qui laisse la place à des articulations originales et singulières, qui ménage la part d'imprévisible dans l'étude du fonctionnement psychique. La sémiologie et la conceptualisation psychanalytique sont susceptibles d'être utilisées quelle que soit l'organisation psychique, normale ou pathologique, du sujet : on pourra toujours parler en termes de contenus manifestes et latents, de processus associatifs ou de mécanismes de défense. Le travail d'approfondissement se donne alors pour but de préciser, de la manière la plus adéquate ou la plus subtile, la qualité individuelle des différentes orientations ou conduites psychiques du *sujet*. Le repérage de certains signes n'implique pas *ipso facto* l'existence d'une série qui lui serait nécessairement liée, et ne préjuge pas davantage de leur dimension normale ou pathologique. La rupture et la discontinuité, l'association parfois hétéroclite ou contradictoire de signes divers doivent pouvoir être comprises dans leur hétérogénéité. La cohérence et le rassemblement par le recours à une théorie commune permettent de dynamiser l'apport de données cliniques plurielles : l'évaluation diagnostique, entendue au sens large du terme, devient alors davantage pertinente. En effet, si elle s'étaye sur des matériaux cliniques dont la diversité plus ou moins concordante au départ est susceptible de construire une réorganisation des informations obtenues par des procédures différentes dans la démarche d'investigation – confrontation des données anamnestiques, des entretiens, des épreuves cognitives, des épreuves projectives, de l'observation –, les contradictions parfois mises au jour par cette confrontation provoquent un questionnement nécessaire et révèlent, en fait, différents aspects du fonctionnement mental. Les écarts entre les données cliniques témoignent en faveur d'une dialectique qui nous éloigne des schémas rigides et quelque peu réducteurs des nosographies formelles et catégoriques, en nous montrant les mouvements de la psyché humaine dans ce qu'elle peut exprimer de sa dynamique intérieure.

Pour terminer, je souhaite évoquer très rapidement deux propositions freudiennes concernant les résistances à la psychanalyse. La première, récurrente, soutient l'analogie entre les motifs avancés par les patients et les critiques négatives de la collectivité scientifique contre la psychanalyse : puisque celle-ci veut faire reconnaître consciemment ce qui est refoulé et puisque ceux qui la jugent sont des êtres humains tous dotés de refoulement, les mêmes résistances peuvent être observées « chez nos adversaires comme chez nos patients ». Dans la seconde, évoquant les résistances à la psychanalyse, Freud (1925) rappelle

les motifs de l'hostilité contre la psychanalyse : il signale d'abord la défense psychique que les « nouveautés » provoquent toujours et l'incertitude, l'attente anxieuse qui les accompagnent. Et parmi les nouveautés dérangeantes de la psychanalyse, il en rappelle deux, en fait essentielles puisqu'il y revient sans cesse (et nous aussi, encore aujourd'hui, comme si le « nouveau » se renouvelait ou se répétait indéfiniment) : la part inconsciente de la vie mentale d'une part, l'importance du sexuel et notamment la prépondérance du complexe d'Œdipe d'autre part. L'illogisme et l'injustice de la résistance trouvent leurs sources dans les deux principes de base de la culture humaine que sont la maîtrise des forces naturelles et la répression des instincts. Je cite : « Le trône de la souveraineté est supporté par des esclaves enchaînés : parmi ces éléments instinctifs domestiqués, les impulsions sexuelles, au sens étroit, dominent par force et violence. Qu'on leur ôte leurs chaînes, et le trône est renversé, la souveraineté foulée au pied. La société le sait et ne veut pas qu'on en parle ».

Pour références



Anzieu D. (1979), « La psychanalyse au service de la psychologie », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, « Regards sur la psychanalyse en France », 20, 59-75.

Freud S. (1925), « Résistances à la psychanalyse », in *Résultats, idées, problèmes, II : 1921-1938*, Paris, PUF, 1985.

Widlöcher D. (1984), « Le psychanalyste devant les problèmes de classification », *Confrontations psychiatriques*, 24, 141-157.

Introduction¹

Comme ses « aînés » de cette collection, les « Commentaires de textes fondamentaux en psychopathologie psychanalytique » (Chagnon, 2012) puis les « Commentaires de textes en clinique institutionnelle » (Drieu, 2013), ce recueil consacré à des textes fondamentaux en psychologie clinique correspond d'abord à des perspectives pédagogiques.

Dans notre contexte socioculturel, celui de l'hypermodernité et du « Malêtre » (Kaës, 2012) qui le caractériserait, le phénomène de rupture de transmission historique est, à juste titre, avancé. Pourtant, nous assistons en matière d'édition à un paradoxe étonnant. En effet, le lecteur en psychologie clinique et psychopathologique, qu'il soit étudiant ou clinicien plus ou moins chevronné, est aujourd'hui sollicité par de très nombreuses publications (nouveau ou rééditions) ce qui rend son choix parfois hésitant. Le repérage des textes et des ouvrages fondamentaux s'avère alors difficile et peut provoquer un sentiment de découragement devant la masse des connaissances et informations à acquérir ou même à consulter. Il ne suffit pas non plus de lire un texte pour le comprendre, en saisir son intérêt, sa portée et ses limites, l'intégrer voire le critiquer, il faut aussi pouvoir le resituer dans son contexte historique et scientifique, dans le mouvement des idées, dans la trajectoire de l'auteur, dans ses développements et son heuristique, voire ses impasses. Notre ambition, partagée par les auteurs de ces commentaires, tous praticiens de la psychologie clinique et universitaires (enseignants-chercheurs ou doctorants), vise donc ici, au-delà de l'apport de connaissances théoriques, techniques et pratiques en psychologie et en psychopathologie clinique, à transmettre ce fond historique et les implicites du texte qui donnent sens à celui-ci et éclaireront le lecteur.

En élaborant ce recueil de commentaires de textes fondamentaux en psychologie clinique, nous n'imaginons pas interférer avec l'actualité. Mais en 2013-2014, le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, en proposant une révision des nomenclatures des Masters délivrés par l'Université, relançait un débat sur la place, les frontières et le contenu de la psychologie clinique en France, dans ses relations avec les autres sous-disciplines de la psychologie. À l'heure où nous écrivons, après un arrêté estimé insatisfaisant par tous², il semble que les associations d'enseignants et les organisations

1. Par Jean-Yves Chagnon.

2. L'arrêté du 4/02/2014 fixant la nomenclature des mentions du diplôme national de Master propose, dans le champ de la psychologie, 5 mentions : psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé ; psychologie sociale, du travail et des organisations ; psychologie de l'éducation et de la formation ; psychologie ; psychologie : psychopathologie clinique et psychanalytique.

professionnelles ou syndicales aient décidé de se concerter à nouveau afin de faire de nouvelles propositions. En jeu : « la classification » de la psychologie clinique, soit associée à la psychologie de la santé (nouvelle venue prometteuse car « intégrative » dans le panorama général pour certains, déguisement de la psychologie scientifique et bras armé de l'EBM¹ pour d'autres), soit intégrée dans la « psychopathologie clinique et psychanalytique » ce qui implique la disparition du terme « psychologie clinique ». De nombreux enseignants chercheurs et praticiens de la psychologie clinique, y compris psychanalystes, ne s'y retrouvent pas, et ces débats reprennent à un niveau institutionnel les débats ayant marqué, agité, divisé, mais aussi fécondé la psychologie française, et à l'intérieur de celle-ci, cette exception culturelle française que constitue la psychologie clinique depuis son avènement et sa professionnalisation à l'issue de la Seconde Guerre mondiale.

Dans le premier cas, il s'agit des rapports avec un paradigme expérimental qui s'est vu relancé ces dernières années dans le champ de la psychologie clinique à la fois par le succès des neurosciences et par un attachement pointilleux au souci de la preuve, relançant (ou gommant ?) les questions épistémologiques liées au statut scientifique de notre discipline, science humaine ou science médicale, relevant de surcroît du registre de l'hypercomplexité (Morin, 2005). Dans le deuxième cas, il s'agit des relations complexes et houleuses entre psychologies (objective *versus* clinique) et psychanalyse, impossible rencontre selon Ohayon (2006) ou assimilation de la psychanalyse à la psychologie clinique, la psychanalyse étant la seule psychologie ayant vraiment compté en France depuis 1950 selon Jalley (2006). À côté de ces délimitations/oppositions instables et mouvantes, se dessinent d'autres enjeux aux polarités multiples et croisées : relations entre sciences humaines (le fait social) et psychologies, entre psychologies et médecine (le fait neurobiologique), statut des psychothérapeutes, place des psychanalyses (Lagache-Anzieu *versus* Lacan), attentes sociales contrastées (adaptation rapide *versus* élaboration longue) à l'image d'un pays divisé et en crise, contraintes européennes et mondiales, enjeux de pouvoir à l'Université, formation des étudiants (75 % aspirant à pratiquer la psychologie clinique), question des stages, précarité des nouveaux psychologues, etc.

C'est ainsi que « la psychologie clinique a toujours suscité des sentiments ambivalents, parfois même de rejet, en tant que domaine de connaissance, tout en présentant un réel attrait pour la plupart des étudiants en psychologie et des psychologues en formation. Elle est souvent perçue comme l'enfant terrible de la psychologie car elle prétend mettre l'homme au centre de ses préoccupations scientifiques, avec sa complexité psychique, ses contradictions et ses paradoxes,

1. EBM : Evidence-Based Medicine (Médecine fondée sur les preuves).

sa fragilité affective, mais également avec sa mobilité psychique et ses possibilités créatives » (Schmid-Kitsikis, 1999, p. 7). Il nous semble en effet que les mouvements et les conflits qui ont traversé la psychologie, et à l'intérieur de celle-ci, les différentes orientations de la psychologie clinique, relèvent, selon l'expression souvent employée par René Roussillon, de « la pénétration agie » sur la discipline des caractéristiques inhérentes à la condition humaine (son irréductible ambivalence et sa conflictualité interne et externe), mais également sur les praticiens et les chercheurs chargés d'en recueillir, d'en étudier et d'en soigner les modalités expressives : discours, maladies, symptômes, actes, créations individuelles et collectives diverses.

Mais nous ne pouvons rester sur une vision pessimiste et exagérément conflictuelle de la psychologie, réverbération de la conflictualité humaine. Les psychologues, et parmi eux « les cliniciens » de ce début du ^{xix}^e siècle¹, sont assez fiers de celle-ci, de ses acquis théoriques, méthodologiques et techniques, de ses possibilités d'intervention, de son potentiel à développer de nouveaux dispositifs confrontés aux défis cliniques d'aujourd'hui et de demain, de sa capacité réflexive sur ses méthodes et à construire de nouveaux objets de connaissance. Que ce soit au niveau universitaire ou au niveau professionnel, dotée d'associations, de syndicats, de représentants d'universitaires, de praticiens et d'étudiants, elle a pu accompagner le mouvement de professionnalisation d'après guerre, se doter d'un code de déontologie révisable (*cf.* commentaire n° 40), soutenir les nécessités d'une législation protectrice du titre unique (*cf.* commentaire n° 39), infléchir celle relative au statut des psychothérapeutes (*cf.* commentaire n° 15), réfléchir à ses pratiques, développer des activités scientifiques toujours plus nombreuses (colloques, revues), organiser des états généraux, se mobiliser pour la formation, les stages, la condition professionnelle (*cf.* commentaire n° 38) : bref, elle témoigne d'une histoire en mouvement, qui, sans gommer les dissensions et les difficultés, révèle une vitalité enviable.

Nous ferons ainsi l'hypothèse que « l'unité de la psychologie », vœu œcuménique plus stratégique et politique que doctrinal de Lagache (1949), tient, non pas dans un éclectisme qui ferait fi des tensions épistémologiques de ses théories et paradigmes, mais dans la capacité organisationnelle et pratique de la profession à surmonter ses tensions, à en faire fructifier les dynamismes, à gagner son indépendance, à répondre à une demande sociale toujours plus aiguë et urgente.

Qu'est-ce que la psychologie clinique (en ce début de ^{xxi}^e siècle) ? Telle était d'ailleurs la question posée par R. Perron en 1997, qui y répondait lui-même non sans malice en faisant remarquer que l'ébauche d'une telle définition risquait fort de faire l'unanimité contre celui qui la proposait ; par contre la profession de

1. Alors que leur discipline et profession est relativement jeune par rapport à d'autres proches qu'on pense à la médecine par exemple.