

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 978-2-10-070664-8

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 *Psychologie Clinique*.
- 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 37-032-1-10</i> , 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 DÉMARCHÉ 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*, INTERÉDITIONS, 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 *LEBOVICI 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 originelle 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 ménagent 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-tés 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.

psychologue clinicien, tout en relevant d'une diversité de théories, de pratiques, de méthodes, d'outils et de cadres très diversifiés existe bel et bien. C. Chiland (1997), à la même époque ne disait pas autre chose en faisant d'ailleurs remarquer que la psychologie clinique serait ce que les psychologues cliniciens en feraient.

Osons donc une discussion définitionnelle, d'autant plus d'actualité nous venons de le rappeler, que le signifiant identitaire « psychologie clinique » est aujourd'hui menacé de résorption dans la psychopathologie clinique d'une part et que, d'autre part, d'autres orientations méthodologiques que celles issues de la psychologie clinique française, héritée de Lagache, Favez-Boutonnier, Anzieu et leurs successeurs, revendiquent elles-mêmes le signifiant « clinique » du fait du colloque singulier qui cadre leur exercice avec un patient : psychologie cognitive clinique, neuropsychologie clinique, etc. Or nous soutenons que la psychologie clinique, de par son histoire, ses fondements épistémologiques, sa méthode, ses objets, en bref *la position ou posture clinique* est tout autre chose, ou plus exactement plus, qu'une praxis pratiquée « au lit du malade », fut-il saisi dans sa globalité, sa singularité et en situation, c'est-à-dire en relation avec son environnement, ce à quoi elle peut être réduite à tort.

Pour développer plus avant cette question et préciser ce qui caractérise la position clinique, il nous faut revenir rapidement sur l'histoire de la psychologie clinique et ses fondements, renvoyant pour de plus amples développements aux livres cités en bibliographie en particulier celui très documenté de A. Ohayon (2006) et aux textes commentés ; nous en rappellerons simplement quelques jalons utiles à la compréhension de l'enjeu : *quelle psychologie clinique pour demain ?*

Tous les historiens ou commentateurs de la discipline s'accordent à penser que le terme de psychologie clinique apparaît à peu près en même temps en France (Janet), en Autriche (Freud), aux États-Unis (Witmer) à la fin du XIX^e siècle. Mais c'est à Daniel Lagache qu'il reviendra de faire exister la psychologie clinique, comme discipline universitaire et comme pratique professionnelle. Philosophe, médecin et psychanalyste, il fait coexister un enseignement de psychologie clinique appuyé sur une pratique diagnostique, héritée de la psychologie différentielle, et une pratique de soins auprès d'enfants et d'adolescents « inadaptés » pendant la Seconde Guerre mondiale, alors que professeur à l'Université de Strasbourg celle-ci est repliée à Clermont Ferrand.

Après la création de la licence de psychologie à la Sorbonne en 1946 qui lui doit beaucoup, Lagache prononce en 1949 devant le parterre de médecins psychiatres de l'Évolution psychiatrique une conférence intitulée « Psychologie clinique et méthode clinique », véritable acte de fondation de la psychologie clinique comme discipline universitaire et programme de formation et de pratique pour

les psychologues cliniciens de la seconde partie du xx^e siècle (cf. commentaire n° 1) : jusque-là n'existait que la fonction de psychotechnicien, soit de spécialiste des évaluations psychologiques d'embauche voire de diagnostic des enfants en difficultés scolaires (Binet). Ayant constaté les besoins massifs en spécialistes du diagnostic et du soin (conseil) dans le champ de la psychopathologie et de l'enfance inadaptée, il définit la psychologie clinique comme « discipline psychologique basée sur l'étude approfondie des cas individuels », normaux et pathologiques soulignons-le, ayant « pour objet l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (...), l'étude de la personne totale "en situation" ». Il en précise la méthode (« observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation »), la visée (« répondre à une situation-problème, un conflit à résoudre ou à prévenir ») et les buts pratiques (« conseiller, guérir, éduquer (ou rééduquer) »), qui seront atteints par « l'opération fondamentale de la psychologie clinique qu'est le diagnostic ».

L'œuvre originelle de Lagache s'accompagne d'un livre, lui-même fondamental, paru la même année *L'unité de la psychologie*, livre essentiellement rédigé à des fins stratégiques selon certains commentateurs (Ohayon, 2006), à savoir donner des gages aux psychologues expérimentalistes (Piéron) du maintien d'unité d'une psychologie générale. Le coup de génie créateur de Lagache s'accompagne donc de cet œcuménisme « onctueux et naïf » (Prévost, 1988, p. 45) qui fera le lit de toutes les ambiguïtés, divergences mais aussi richesses de la psychologie clinique à venir.

Celle-ci, à la fois discipline scientifique et praxéologie, doit s'émanciper et composer tout à la fois de/avec la psychiatrie, avec laquelle elle va partager la psychopathologie et la dimension soignante, et de/avec la psychologie expérimentale avec laquelle elle va devoir coexister au sein des programmes de formation universitaires. Au cœur de ces deux interactions se situe la question de la psychanalyse dans ses rapports à la psychologie clinique qui va lui emprunter tout à la fois sa théorie du fonctionnement mental et un modèle de pratique fondé sur l'associativité et le couple transfert-contretransfert. Lagache, de l'aveu de tous, ne précisera pas de manière évidente les rapports entre les deux disciplines qui se recoupent mais ne se superposent pas¹.

À sa suite, Juliette Favez-Boutonnier et Didier Anzieu contribueront à donner à la psychologie clinique sa spécificité toute française, c'est-à-dire peu compatible avec les standards internationaux (essentiellement anglo-saxons et

1. Il y consacrera toutefois un article « Psychanalyse et psychologie » (1956), mais celui-ci est assez peu cité et étudié. On peut cependant y lire que « nous voyons dans la psychanalyse la discipline pilote de l'anthropologie moderne, en ce sens qu'elle a été la première à mettre en évidence, d'une manière concrète et détaillée, l'interdépendance de l'observateur et des phénomènes observés ».

nord-américains). Favez-Boutonnier (*cf.* commentaire n° 2) émancipera la clinique de la psychologie expérimentale et de son paradigme objectivant en extériorité et Anzieu (*cf.* commentaire n° 9), lui-même philosophe, psychologue et psychanalyste, mais non médecin, contribuera à discuter des rapports (des services mutuels) entre psychanalyse et psychologie clinique. Épistémologiquement la psychologie clinique est donc la fille de la psychologie expérimentale, de la psychopathologie et de la psychanalyse, ce que D. Anzieu (1979) résuma parfaitement : « la conjonction de la psychologie et de la psychanalyse s'est nouée en France dans un contexte particulier, celui de la lutte des psychologues pour acquérir leur autonomie scientifique et pour développer un exercice professionnel indépendant. La psychanalyse est venue à point pour rendre service à la psychologie sur deux plans, celui d'une caution théorique et celui d'un exemple, sinon d'un modèle de pratique. En retour, la psychologie a servi de véhicule à la propagation de la psychanalyse dans un pays longtemps indifférent ou réticent à son égard ».

Mais la psychologie clinique sera dès les années 1955 l'objet de critiques importantes : la querelle avec les psychiatres a déjà été évoquée, elle culminera avec l'affaire Clark-Williams et reprendra autour du statut de psychothérapeute (*cf.* commentaire n° 15), la querelle avec les expérimentalistes se poursuivant autour du statut scientifique de la psychologie (*cf.* commentaires n° 3 et n° 35). Deux autres ordres de critiques et controverses voire polémiques¹ vont se profiler : politique d'abord, via le procès, culminant en 1968, effectué aux tests, et donc indirectement au bilan psychologique qui ne regagnera ses lettres de noblesse qu'à la fin des années 1980 ; épistémologique ensuite, Canguilhem (1956) n'hésitant pas à écrire : « de bien des travaux de psychologie, on retire l'impression qu'ils mélangent une philosophie sans rigueur, une éthique sans exigence et une médecine sans contrôle ».

Mais c'est la psychanalyse lacanienne qui énoncera les plus vives critiques à l'égard de la psychologie clinique, Lacan un temps admiratif des travaux de psychologie clinique groupale et sociale (Bion) après un séjour en Angleterre après la guerre, devenant le plus vif adversaire de la psychologie clinique en faisant savoir haut et fort que la psychanalyse ne saurait être une psychologie, répartissant ainsi les domaines : à la psychanalyse l'inconscient et la subjectivité (le sujet de l'inconscient), à la psychologie le conscient et l'objectivation confondue d'ailleurs avec l'expérimentation (le sujet de la science). On ne peut cependant s'empêcher de penser que la querelle entre ces deux personnalités que furent Lacan et Lagache pour le leadership de la Société Française

1. Nous opposons pour notre part la controverse, facteur de progrès scientifique à la polémique qui s'en prend aux personnes et à leurs travaux.

de Psychanalyse sous tend cette controverse : Lagache alors l'homme en figure de proue du mouvement psychologique et psychanalytique français démissionnera en effet en 1953 de la Société Psychanalytique de Paris (SPP), du fait d'un désaccord sur la formation avec Sacha Nacht, le président de la SPP de l'époque, et il fondera et présidera la Société Française de Psychanalyse (SFP), entraînant Lacan et quelques autres dans son sillage. D'autre part qu'il nous soit permis de dire que la psychanalyse ne peut se réduire à l'étude de l'inconscient : l'appareil psychique comporte trois dimensions indissociables : l'inconscient, le préconscient et le système conscient, ce qui fonde la première topique, nullement annihilée par la seconde. La querelle tournera peu à peu à l'avantage de Lacan dont le succès, étayé sur le mouvement structuraliste, sera grandissant dans les milieux intellectuels français, jusqu'aux années 1980 et la mort de son leader en 1981. Pour autant, tous les lacaniens, en particulier les universitaires, ne suivront pas totalement Lacan comme en témoigne, selon nous, un texte de R. Gori et C. Miollan (1983) (*cf.* commentaire n° 10).

D'autres orientations psychanalytiques, en particulier celles soutenues par des universitaires de la SPP (comme C. Chiland et plus tard B. Brusset) ou de l'APF (comme Jean Laplanche – qui créera à l'Université un diplôme, controversé mais fécond épistémologiquement, de psychanalyse à l'Université Paris 7, plus tard É. Séchaud ou C. Chabert), puis encore plus tard par des collègues à Paris 5, 7, 10, 13, à Aix-Marseille, à Lyon 2, à Toulouse et dans de nombreuses universités que nous ne pouvons toutes citer ici, contribueront à soutenir un enseignement de psychologie et de psychopathologie clinique à orientation psychanalytique. Ils tenteront un dialogue épistémologique interdisciplinaire avec les autres orientations de la psychologie, quand celui-ci est possible..., et contribueront à mieux définir les spécificités et les contours de la psychologie clinique et surtout l'utilisation de la psychanalyse comme théorie et comme pratique.

Après les débats identitaires dont témoigneront divers numéros spéciaux du *Bulletin de psychologie* consacrés à la psychologie clinique dans les années 1960 et 1970 (I : 1968 ; II : 1971 ; III : 1976 ; IV : 1981 ; V : 1982 ; VI : 1983 ; VII : 1985) ou encore un colloque important réalisé par C. Chiland en 1981 sur l'Unité de la Psychologie (Revue de Psychologie Appliquée, 1981), vint, dans les années 1980-1990, le temps des synthèses dont témoignent les livres de C. Revault d'Allonnes (1989 ; commentaire n° 4), J.-L. Pédinielli (1994 ; commentaire n° 6), R. Perron (1997 ; commentaire n° 5), É. Séchaud (1999), J.-M. Sauret, (1993-2002) du côté lacanien, etc.

Sur ces bases historiques, il est maintenant possible de revenir à la discussion sur la spécificité de la position clinique. Une définition assez classique et consensuelle héritée des fondateurs précités propose que « la psychologie clinique est une sous-discipline de la psychologie qui produit des connaissances et soutient

une pratique. Elle s'appuie sur une méthode visant à prendre en compte la totalité des situations, l'implication de l'observateur et la singularité des individus. Elle utilise principalement l'étude de cas et l'entretien mais aussi les tests, l'observation, le jeu, le dessin... Ses objets premiers se confondent avec ceux de la psychopathologie (souffrance psychique quelle qu'en soit l'étiologie), mais elle étudie aussi les situations aux confins de la normalité qu'il s'agisse de l'enfant (interaction précoce, rapport au savoir, développement affectif...), de la société (situations de crise, effets de la précarité et de la marginalité...) ou de la souffrance quotidienne » (Pédinielli, Bénony, 2001, p. 1).

Une telle définition, somme toute très lagachienne, ouvre déjà vers ce qui nous semble être au cœur du *paradigme clinique* : la complexité (la totalité), la rencontre intersubjective du couple sujet-clinicien (la situation, l'implication) mais il nous faut, avec nos contemporains (Chabert & Verdon, 2008 ; Ciconne, 1998, 2011 ; Missonnier, 2012 ; Roussillon, 2007, 2012a et b), aller plus loin. La psychologie clinique vise *l'étude du fonctionnement psychique* ou de la réalité psychique du sujet (qui peut être un groupe), saisi par le truchement d'un *processus associatif conjoint* entre le psychologue et son consultant/patient, et ce quel que soit le domaine (santé, travail, éducation, justice, social, etc.) et le registre d'intervention (diagnostic, aide psychologique, travail institutionnel, recherche) du psychologue en réponse à la demande initiale ou aux besoins du sujet.

Dans le registre de l'investigation psychologique (*cf.* commentaire n° 13), entre autres par le biais de cet emblème identitaire des psychologues qu'est devenu le bilan psychologique (*cf.* commentaires n° 19, 20, 21, 22, 23), il s'agit d'étudier le fonctionnement psychique ; dans le registre de l'aide psychologique (ou du soin psychique) (*cf.* commentaires n° 14, 15, 16, 18), il s'agit de transformer le fonctionnement psychique ; dans le cadre du travail institutionnel (*cf.* commentaire n° 17), il s'agit de veiller aux conditions (institutionnelles) de cette transformation psychique, ou plus directement d'agir sur l'institution. Enfin dans le cadre de la recherche (*cf.* commentaires n° 35, 36, 37), il s'agit de produire des connaissances sur le fonctionnement psychique, ce qui implique un débat épistémologique sur les conditions et les méthodes de cette production de connaissance en sciences humaines, et plus particulièrement en psychologie (clinique) : nous verrons avec les travaux commentés dans la section qui lui est consacrée (VII), que la psychologie clinique a su trouver une voie originale d'étude du psychisme humain entre nature et culture.

Mais ces formes d'intervention traditionnellement utilisées dans le champ psychopathologique (*cf.* commentaire n° 28) et orientées autour de l'étude de cas (*cf.* commentaire n° 24) doivent aujourd'hui s'adapter aux nouveaux objets de connaissance, que ce soit en termes d'âges (bébé, adolescent, personnes

âgée) ou en termes de problématiques (somatiques, sociales, interculturelles, délinquance, travail, etc.) : on ne s'adressera pas de la même façon au patient consultant volontairement un psychologue en libéral, au malade hospitalisé, au SDF dans la rue ou au sujet en précarité sociale (*cf.* commentaire n° 34), à l'exilé demandeur d'asile (*cf.* commentaire n° 29), au délinquant emprisonné ou non (*cf.* commentaire n° 32), au travailleur en souffrance professionnelle (*cf.* commentaire n° 33), aux groupes et institutions en souffrance (*cf.* commentaire n° 30), reflet du nouveau Malaise dans la civilisation (*cf.* commentaire n° 31), etc. La pratique cadre la théorie (Perron, 1997), mais la contrainte du terrain clinique implique un nécessaire ajustement des dispositifs cliniques à la demande ou au besoin du consultant/patient (Roussillon, 2012 ; *cf.* commentaire n° 18).

Cadrées par ces contraintes du terrain, les particularités de *la position clinique* résideront, quels que soient les outils du psychologue, le bilan psychologique, mais également plus traditionnellement l'entretien (commentaire n° 25), l'anamnèse (commentaire n° 26) et l'observation (commentaire n° 27), dans *l'écoute du fonctionnement psychique* du sujet via ses associations verbales et non verbales (il existe un langage du corps et de l'acte), mais également des propres associations du psychologue, associations coproduites dans le cadre et le dispositif concerné. Il s'agit bien sûr d'un cadre externe mais aussi et peut-être prioritairement d'un cadre interne (Ciccone, 2014), théorique et éthique qui permet de penser le et avec le patient.

Si la psychologie clinique est riche de diverses théories comme la phénoménologie (*cf.* commentaire n° 7), la non directivité (*cf.* commentaire n° 8), la psychologie génétique (*cf.* commentaire n° 8), la théorie de l'attachement (*cf.* commentaire n° 9), la métapsychologie a historiquement fourni un étayage particulièrement heuristique à la pratique de la psychologie clinique. En effet, la métapsychologie propose une théorie du *fonctionnement psychique* extrêmement cohérente et pertinente pour dégager l'intelligibilité (le sens, l'intentionnalité), et non la causalité, pour comprendre et non nécessairement expliquer (Chagnon, 2012), les données recueillies par le psychologue clinicien dans son cadre, « attracteur » des associations du sujet, mises en récit et ainsi en « constructions narratives » (Missonnier, 2012 ; Roussillon, 2012). 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 inhérentes à ces conflits, élaborer ses problématiques, développer ses identifications, utiliser ses capacités intellectuelles et cognitives, 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 (au sens de Lagache), susceptible d'être référé secondairement aux grandes catégories nosographiques construites par la psychopathologie clinique, 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 et au soin psychique 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, y compris dans le registre de l'examen psychologique. Quelle que soit la standardisation de celui-ci 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 consultant ou patient : la rencontre clinique, initiée par une demande, mobilise une dynamique 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 & Verdon, 2008, p. 89 et 110-111).

Tout récemment, R. Roussillon (2012a, p. XI-XII) a précisé que « dans les pratiques cliniques courantes, l'associativité est « focale » et l'organisation de son « focus » est donnée par le respect du contexte de terrain (...) mais à travers l'associativité focale, à travers son organisation narrative (...) le clinicien écoute aussi une « autre scène » relevant d'un autre temps, d'une autre dimension, inconsciente celle-ci, il écoute ce qui de l'histoire du sujet vient « se mêler à la conversation » et vient infiltrer de sa forme propre ce qui s'adresse à lui, il vient écouter ce qui se met en acte à travers l'associativité focale ». Le surgissement d'une histoire passée qui vient colorer le présent constitue précisément le transfert. « Le transfert est tout le temps présent dans les situations à forte implication subjective, mais c'est la spécificité de l'écoute clinique que de lui reconnaître une place dans la rencontre » (*ibid.*).

L'impossibilité aujourd'hui de refuser les apports d'une psychanalyse contemporaine en mouvement, ouverte tant à l'intersubjectivité et à la contextualisation sociale qu'aux avancées des neurosciences, modifiée comme théorie et comme pratique par la confrontation aux mutations des métacadres culturels et aux particularités du fonctionnement psychique et aux demandes des sujets d'aujourd'hui (Green, 2002 ; Roussillon, 2010 ; Kaës, 2012), a conduit certains cliniciens à opter pour une perspective dite « intégrative » qui se ferait une vertu d'intégrer des théories et des pratiques multiples. R. Perron (1997) avait déjà dénoncé les risques inhérents à cet amalgame ou ce cumul qui ferait

fi des tensions et des incompatibilités épistémologiques. Comme S. Missonnier (2012), et en appui sur Devereux et Winnicott, nous préférons les termes de complémentarisme et/ou de transitionnalisation des théories, pour désigner ainsi une psychologie clinique complémentariste ou transitionnelle. Nous pensons maintenant que la discipline est suffisamment mature pour accepter comme une nécessité de dialoguer dans l'interdisciplinarité sur des bases épistémologiques affirmées, sans confusion des genres, sans tentatives hégémoniques ou diabolisation de l'autre différent. Ce livre collectif, pour lequel nous remercions les auteurs qui ont accepté de s'y engager, en constitue une tentative.

Reprenant les axes qui définissent la discipline et se voulant l'écho des grands mouvements et des débats qui viennent d'être présentés, ce livre se décline en 8 sections : fondations, questionnements identitaires et synthèses, théories et modèles, champs d'intervention, méthodes et outils, objets de connaissance, la recherche, la profession de psychologue. Les textes retenus sont pour la plupart des « classiques » qui ont marqué l'histoire de la discipline, et ils illustrent les rubriques précédentes. Ils émanent des fondateurs (Lagache, Favez-Boutonnier, Anzieu), de leurs successeurs (Revault d'Allonnes, Rausch de Traubenberg, Shentoub, Debray, Chiland, Guillaumin, Perron, Kaës, Widlöcher, etc.), jusqu'aux contemporains. Certains de ces textes sont plus récents et ils illustrent les nouveaux objets de la psychologie clinique. À ces textes nous avons ajouté des commentaires sur les articles de loi relatifs à la profession de psychologue, la question des psychothérapies, le code de déontologie. Le livre se termine sur quelques adresses internet utiles.

Ainsi conçu cet ouvrage, destiné au deuxième et troisième cycles d'étudiants en psychologie ou encore aux étudiants en psychiatrie qui souhaitent s'engager dans une formation en psycho(patho)logie clinique, intéressera également les professionnels en exercice désireux de parfaire leur culture en psychologie clinique.

Pour références



Anzieu D. (1979), La psychanalyse au service de la psychologie, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 20, 59-76.

Anzieu D. (1983), Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinicien, *Connexions*, 40, 31-37.

Brelet F. (1993), Psychologie clinique, in Filloux J.-C., Maisonneuve J. (dir.) (1993), *Anthologie des sciences de l'homme, Tome 2 : L'essor des sciences humaines*, Paris, Dunod, 289-319.

- Canguilhem G. (1956), Qu'est-ce que la psychologie ?, *Cahiers pour l'analyse*, 1966, 1/2, 79-93.
- Chabert C., Verdon B. (2008), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF.
- Chagnon J.-Y. (dir.) (2012), *45 commentaires de textes fondamentaux en psychopathologie psychanalytique*, Paris, Dunod.
- Chiland C. (1981), Introduction et Discussions (Colloque : « L'unité de la psychologie »), *Revue de Psychologie Appliquée*, Vol. 31, n° 2, 77-78 ; 134-161.
- Chiland C. (1997), Réflexions sur le statut du psychologue clinicien en France, in Perron R. (dir.) (1997), *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, 196-204.
- Ciccone A. (1998), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.
- Cicconne A. (2011), *La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*, Paris, Dunod, 2^e éd. augmentée 2014.
- Carroy J., Ohayon A., Plas R. (2006), *Histoire de la psychologie en France*, Paris, Éditions La découverte.
- Drieu D. (dir.) (2013), *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle*, Paris, Dunod.
- Duflot C. (2008), *Le psychologue clinicien. L'invention d'une profession*, Paris, Éd. Economica.
- Favez-Boutonier J. (1959), *La psychologie clinique. Objets, méthodes, problèmes*, Paris, CDU.
- Fua D. (dir.) (1997), *Le métier de psychologue clinicien*, Paris Nathan Université.
- Gori R. (dir.) (1989), *L'unité de la psychologie*, Paris, Navarin.
- Green A. (2002), *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF.
- Huber W. (dir.) (1993), *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*, Paris, PUF.
- Jalley E. (2006), *La psychanalyse et la psychologie aujourd'hui en France*, Paris, Vuibert.
- Lagache D. (1949), *Psychologie clinique et méthode clinique (1949)*, in *Œuvres II (1947-1952)*, PUF, 159-177.
- Lagache D. (1949), *L'unité de la psychologie*, Paris, PUF.
- Lagache D. (1979), *Œuvres (6 volumes)*, Paris, PUF.
- Marty F. (dir.) (2008), *Les grands concepts de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- Marty F. (dir.) (2009), *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- Missonnier S. (dir.) (2012), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Elsevier Masson.
- Morin E. (2005), *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Éd. du Seuil.
- Netchine S. (dir.) (2002), *Psychologie clinique*, 2 tomes, Paris, Bréal.
- Ohayon A. (1999), *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919-1969)*, Paris, éd. La Découverte, 2006.
- Ohayon A. (2006), *La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire*, *Connexions*, 2006/1, n° 85, 9-24.
- Pédinielli J.-L. (1994), *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Armand Colin, 3^e éd. 2012.