

« Pour qu'il y ait objectivation du jugement il faut qu'il y ait dissémination des sources de vérité ».  
Paul Bruchner.

La Controverse est donc lancée...

Tout le monde s'accorde à reconnaître que la psychothérapie procède d'un champ du soin où il n'existe pas une théorie de diagnostic commune à tous les praticiens. Ainsi ni sur notre planète ni dans un même pays, tout un chacun n'est pas potentiellement égal à son voisin quant à l'analyse de sa problématique psychique. Alors qu'au début du vingtième siècle, Karl Jaspers avait tenté de travailler la question, celle-ci tomba rapidement en désuétude au profit du combat entre deux, voire plusieurs paradigmes scientifiques opposés, plutôt que de favoriser le débat sur la place de chacune de ces approches dans l'intérêt du patient en souffrance psychique. C'est précisément ce que déplore en préambule le Rapport de l'Inserm sur les psychothérapies : *« Les instruments de mesure les plus sophistiqués ne trouvent de sens véritable que quand ils sont insérés dans un champ théorique. (...) Il faudrait alors disposer d'une théorie du fonctionnement mental permettant de situer les différentes stratégies psychothérapeutiques les unes par rapport aux autres mais,*

*malheureusement, s'il existe un grand nombre de théories parcellaires du fonctionnement mental, une théorie globale est bien loin d'exister aujourd'hui.»<sup>1</sup>*

Quelle sont donc les raisons d'un tel rejet pour une psychopathologie clinique générale ? Telle est la première question soumise à Controverse.

En outre, la France en se dotant d'une Loi sur la psychothérapie, qui conditionne l'usage du titre de psychothérapeute à une formation en psychopathologie clinique, oblige le Champ psy à se reposer enfin la question d'une théorie globale de psychopathologie, laquelle se définit « *comme la science de la souffrance psychique* »<sup>2</sup>.

Or cette question demeure toujours aujourd'hui un sujet extrêmement délicat voire polémique, qui déchaîne les passions à partir d'une ligne de fracture entre ceux qui considèrent que le diagnostic s'apparente à une carte voire une table d'orientation, indispensable à la clinique, qui permet le choix de la technique thérapeutique ou de

---

<sup>1</sup> Rapport Inserm : « Expertise collective sur les psychothérapies », p.9.  
Rendu public le 26 février 2004.

<sup>2</sup> J. Ménéchal, *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Dunod, 1997, p. 9.

l'orientation vers tel ou tel autre praticien. A l'opposé, d'autres psys revendiquent cette errance sur ce chemin vers soi-même, que l'on ne peut déterminer à l'avance, au risque de nuire à la liberté du Sujet.

Et même si comme l'indiquait Korzybski : « *la carte n'est pas le territoire* », on oublie souvent qu'il ajoutait : « *si elle est précise, la carte a une structure semblable à celle du territoire* »<sup>3</sup>. En conséquence c'est la précision de sa construction qui permet de s'orienter. Pour autant, cette évidence ne suffit pas à rapprocher les distances entre les antagonistes, notamment parce que chacun revendique son éditeur et réfute celui de l'adversaire. Les premiers au nom de leur éthique de soignant exigent une carte la plus précise possible, qui en la matière serait ici, le DSM-IV, dont l'éditeur se trouverait Outre-Atlantique, soulignant que, sans cette carte d'orientation, la psychothérapie serait une aventure, dont on sait quand elle commence, mais dont on n'a pas idée, ni où elle nous mène ni quand elle s'arrête. Alors que c'est précisément ce que revendiquent les seconds, qui considèrent

---

<sup>3</sup> Cité par A. Delourme et E. Marc in : *Pratiquer la psychothérapie*, Paris , Dunod, 2004, p. 3.

que le soin psychique suppose un respect du Sujet dans sa singularité, pour qui la psychothérapie est effectivement un cheminement vers soi-même, non prédictif et dont on se doit de ne point prévoir l'issue qui reste propre au Sujet. La carte dans ce cas est faite de repères travaillés et retravaillés par les pères de la psychanalyse.

En conséquence cette absence de théorie psychopathologique globale est-elle l'effet de la spécificité du soin psychique qui suppose une rencontre avec l'unicité d'un Sujet, ou l'effet une méconnaissance scientifique ? Voilà la deuxième question provocatrice que je soumets à controverse !

Par ailleurs, pour en revenir aux deux conceptions de la psychopathologie, évoquées plus avant, celles-ci reposent sur des paradigmes épistémologiques radicalement différents et provisoirement incompatibles qu'en simplifiant quelque peu le propos, on pourrait identifier en deux camps conceptuels adverses.

Le premier paradigme sous-tend une psychopathologie dite scientifique, ou

biologisante<sup>4</sup> orientée par la psychiatrie et le DSM-IV, qui traite la souffrance psychique en termes de troubles, de dysfonctionnements à éradiquer pour soulager le patient, tandis que le second orienté par la psychanalyse, considère la souffrance psychique comme un symptôme c'est-à-dire dans ce cas comme un fonctionnement, une expression, voire une parole du Sujet à respecter.

Les partisans de l'approche du trouble psychique, en arborant les résultats de différentes méthodes d'évaluation se considèrent plus efficaces que les seconds, alors que ces derniers prétendent que la pratique des premiers « ramène au pire »<sup>5</sup>.

C'est dire si ce débat fondamental à toute pratique psychothérapeutique est devenu particulièrement polémique alors même que Freud lui-même en était convaincu du contraire et déclarait par exemple : *« Ne voyez-vous pas que, loin de se contredire, la psychiatrie et la psychanalyse, se complètent (...) Loin de se combattre et de s'exclure, collaborent de la manière la plus efficace en vue du même*

---

<sup>4</sup> Cf. C. Prieur, *Querelle publique autour de l'identité de la psychiatrie*. in article du Monde du 20 juin 2005.

<sup>5</sup> Formule de J.Lacan in *Télévision*, Paris, Seuil, 1974, p.19

*résultat. C'est le psychiatre, non la psychiatrie qui s'oppose à la psychanalyse »* <sup>6</sup>.

Comment en sommes-nous venus à une telle dérive d'oppositions théoriques ? C'est ma troisième question à controverser cordialement ensemble ?

Après ces trois questions de fond, se posent alors, trois possibilités quant aux formes pour cette Controverse qui s'offrent à nous.

- **La première** consiste à raviver **l'opposition entre les « modèles théoriques »** avec la volonté de mettre en évidence l'efficacité de la conception psychopathologique la plus influente au détriment d'une autre nécessairement considérée comme dangereuse. C'est la logique d'affrontement de publications récentes ou de certains Forums et Colloques, au cours desquels parfois des personnalités politiques influentes font et défont les victoires des guerres de positions retranchées. Nous éviterons soigneusement celle-ci, car elle demande de croire en une vérité dont on sait qu'elle est exclue du Champ psy.

---

<sup>6</sup> S. Freud, Introduction à la psychanalyse, Payot, Paris, 1961, p.236.

- **La deuxième option** est celle de **l'apposition** qui favorise une cohabitation des deux conceptions psychopathologiques considérant que les paradigmes scientifiques ont leurs propres cohérences internes et ne sont pas compatibles entre eux. C'est celle par exemple qui divise plus ou moins respectueusement les enseignements de psychologie clinique en France, au mépris des lois de la république qui exigent qu'un même diplôme national, surtout un diplôme professionnel comme le Master professionnel (Ex-DESS), sanctionne de manière équitable un enseignement théoriquement identique sur tout le territoire national. N'étant pas du sérail, je n'aurai pas la prétention de l'organiser, mais il reste néanmoins à l'entreprendre et l'université ne pourra pas indéfiniment en faire l'économie.

Enfin, une **troisième direction** est possible, celle issue d'un débat qui favorise **une autre position** plus pertinente pour la psychopathologie clinique et pour la psychothérapie, dans l'intérêt des personnes en souffrance psychique. Celle qui cherche à nouer les approches pour les rendre complémentaires.

Provisoirement et de manière très pragmatique, c'est précisément la voie empruntée par les psychothérapies intégratives. Mais celle-ci est aussi celle d'une **reprise de l'élaboration théorique** en matière de psychopathologie clinique. Or, dans ce cas, elle suppose de dépasser les points de butées qui rendent les deux paradigmes opposables et incompatibles entre eux par une nouvelle théorie qui introduit une rupture épistémologique laquelle permet alors de penser la psychopathologie clinique en terme de nouage des deux paradigmes. Une telle position pour controverser ensemble est-elle possible, soutenable, faut-il choisir les deux précédentes ou selon quel présupposé et quelle modalité peut-on préférer cette dernière ? Voici ma quatrième question pour débattre sans polémiquer.

Je me ferai pas mystère du fait qu'en tant qu'organisateur de cette Controverse j'ai au soin de défendre cette troisième et dernière position, et par conséquent de cette place de controversiste, je vais aussi m'exposer à la critique sur ce que je pose dans ce qui suit pour lancer la réflexion collective et poursuivre cette Controverse sur un des fameux points de butées théoriques que je viens d'évoquer.

Je fais l'hypothèse qu'il n'y a pas de psychopathologie générale pour la raison suivante : cette discipline n'est pas organisée comme une science laquelle doit reposer comme l'a montré Gérard Lopez sur quelques termes primitifs et une axiomatique sur laquelle tout le monde est d'accord c'est à ce prix qu'elle devient universelle.

Or, une telle théorie qui permette enfin de penser une psychopathologie globale existe et je l'ai rencontrée, comme une Enigme offerte par Lacan de manière testamentaire à la communauté Psy, sans être pour autant une théorie lacanienne. De part son caractère purement logique, elle est en fait a psychopathologie ce qu'est la mathématique à la physique c'est pourquoi, je l'ai appelé une Clinique analytique fondamentale.

Comme je l'ai montré, dans ma thèse, cette théorie repose précisément sur une conception topologique et nodale qu'initie à la fin de sa vie Jacques Lacan, laquelle nous permet de penser d'une manière universelle l'espace psychanalytique et par voie de conséquence psychothérapeutique ou psychopathologique, c'est-à-

dire en dehors de toute référence à une langue ou à une théorie particulière.

En outre, cette clinique analytique fondamentale n'invalide ni les thèses de Freud ou de Lacan, ni celle de Skinner ou Piaget mais permet de repenser la structure du Sujet et oblige à repenser de manière exclusivement logique la clinique, non plus en termes de discontinuité ou d'opposition entre paradigme psychopathologique, mais en termes de nouage des conceptions.

Pour l'exposer en quelques notions, à ceux qui n'en aurait jamais entendu parler, soulignons sommairement que cette nouvelle conception psychopathologique<sup>7</sup> met en évidence par exemple qu'un Sujet se structure durant toute son histoire dans un bain de langage, lequel est un espace en trois dimensions que sont l'Imaginaire, le Symbolique et le Réel. Ces trois termes sont dits primitifs parce qu'ils fondent une nouvelle théorie, et ont dans celle-ci

---

<sup>7</sup> Elle est le fruit d'une longue recherche personnelle en psychopathologie clinique, que j'expérimente depuis plus de quinze ans déjà dans mon cabinet et école de formation à Uzès dans le Gard, et dont j'ai déjà exposé les bases à San Francisco en 2001, et que j'enseigne dans un Séminaire à Paris.

une acception toute spécifique et l'axiomatique nodale permet de les nouer de telles manières que ces trois « dit-mentions » de construction du psychisme sont équivalentes.

Par ailleurs si toute science a son langage et son raisonnement qu'elle construit à partir de quelques termes primitifs et une axiomatique. Les termes primitifs I, S, R, qui vont suivre, sont en apparence connus voire communs, mais en fait, ils ont une acception propre, qui change radicalement la manière de les utiliser.

**I = Imaginaire** ici, ne peut se réduire seulement à l'imagination, mais relève plus de tout ce qui fait image, d'où son nom. Ainsi, c'est la dimension du visible et de la représentation, de l'apparence et du personnage. C'est donc du domaine de l'énoncé, de qui est dit, de manière plus ou moins consciente et du corps, de manière plus générale c'est de l'ordre de tout ce qui est observable et mesurable. Enfin, dans le domaine psychique c'est un registre déterminant pour la construction narcissique.

**Le Symbolique** c'est proprement l'ordre du sensible, du lisible, de

l'interprétable, du déchiffrable de ce qui fait sens dans l'histoire d'un Sujet et qui lui octroie une place singulière dans son rapport symptomatique au monde, ce qui pour faire simple serait du registre de la signification ou pour faire lacanien, ce qui est du registre du Signifiant. C'est aussi un registre complexe qui suppose des capacités cognitives minimales pour y accéder.

**Le Réel** c'est tout d'abord de l'ordre de l'indicible voire d'un « impossible à dire », puisqu'il fait généralement irruption dans la vie du Sujet de manière imprévisible. C'est le domaine du Vivant, pour le dire d'une manière simple et cela fait ex-sister la réalité subjective, pour parler comme Lacan. C'est aussi ce qui ne peut se transmettre, même si parfois par l'effet du hasard, cela semble scénarique. En conséquence, c'est aussi ce qui soulage du fait que tout n'est pas interprétable. C'est donc le registre qui barre de la toute-puissance et introduit de fait la castration, et oblige à plus capturer la réalité comme totalement compréhensible puisqu'elle est marquée du saut du Réel, totalement indécidable.

Or, ces trois dimensions qui n'ont aucun primat d'importance les unes par rapport aux autres, sont précisément les coordonnées de l'espace psychique dans lequel se construit le Sujet que l'on met en évidence par une axiomatique de nouage. Ce qui nous a conduit à en déduire que toute approche psychique qui en privilégierait une serait dangereuse ou perverse pour le Sujet, tandis que si un registre venait à manquer ou à être nier cela peut le rendre fou.

Pour le résumer d'une formule, dans le cadre de la psychothérapie : le Réel c'est l'accueil dans l'énonciation du discours d'un Sujet de son dire qui signe son rapport à la Vie, l'Imaginaire est le dit, l'énoncé qu'il faut savoir écouter sans en être dupe, et le Symbolique c'est l'inter-dit, entre ce qui est dit et que l'on peut entendre d'une place qui favorise l'interprétation alors que le Sujet n'a pas conscience de ce qui fait sa parole.

Dès lors toute clinique psy se doit de n'être ni orientée par le Réel, ni par le Symbolique ni même par l'Imaginaire, elle est sans primat mais ternaire pour éviter la toute-puissance d'une interprétation, d'un diagnostic qui

énoncerait ce qui serait de l'ordre de la vérité pour un Sujet et le déposséderait du même coup de sa propre vérité.

Ainsi, il y a va de la déontologie des psys, de pratiquer une clinique qui n'aurait aucune accointance avec la vérité sur quelqu'un ou quiconque, par respect pour sa vérité qui le fonde comme Sujet unique et incapturable.

Enfin, parce que le temps m'est compté, et par un grand raccourci théorique, j'ajoute cette clinique analytique fondamentale permet aussi, sans être hérétique, de mettre en corrélation le DSM-IV et la psychanalyse, ce qui sans cette théorie nodale et fondamentale demeure de l'ordre de l'impossible.

Les psychothérapies psychiatriques et autres orientées par le DSM-IV traitant toute souffrance psychique comme un trouble, présuppose que tout trouble psychique puisse être guérissable, alors qu'à l'inverse les psychothérapies orientées par la psychanalyse, s'inscrivent en faux dans cette fureur de guérir, car toute souffrance psychique est pour eux un symptôme à entendre voire à prendre en considération comme expression d'un conflit inconscient d'un Sujet.

Et je défie les cliniciens les plus dogmatiques de chacun de deux camps de réfuter que leur pratique n'a jamais mis en évidence, que certains troubles ne peuvent pas se guérir ce qui oblige de facto, le Sujet à apprendre « *à savoir faire avec* », tout comme certains symptômes peuvent disparaître sans nécessairement entraîner des déplacements « *dans le sens du pire* ».

Or, comme je le montre globalement dans mon Séminaire de psychopathologie clinique, l'Axe I du DSM-IV sont des troubles ou des symptômes qui sont de l'ordre du soignable voire du guérissable, tandis que ceux de l'Axe II, sont des troubles de la personnalité dont le Sujet doit savoir faire avec, et dans ce cas une psychothérapie au long court est indispensable, pour tenir au mieux dans le lien social.

Par conséquent, ce raisonnement clinique permet de mettre en évidence de manière très éclairante que le paradigme psychiatrique et les techniques psychothérapeutiques qui en découlent sont évidemment efficaces pour les troubles de l'Axe I, mais souvent inadaptés pour ceux de l'Axe II. En revanche, les thérapies

psychodynamiques orientées par la psychanalyse sont évidemment indiquées pour les troubles de la personnalité de l'Axe II, qui ne sont pas de l'ordre du guérissable, car comment faire disparaître ce qui nous constitue à savoir : notre personnalité.

Ainsi lorsqu'on mesure les applications déontologiques et pratiques qu'offrent cette clinique analytique fondamentale n'est-ce pas ce qui permettrait de repenser la fondation de la théorie psychopathologie globale qui manquait à l'Inserm pour évaluer les psychothérapies, et qui lui aurait sans doute éviter des résultats pour le moins contestées ? Telle est enfin la cinquième et dernière question que je soumetts à controverse et au débat.

Pour conclure, toute proportion gardée, comme la Controverse de Valladolid<sup>8</sup> n'a eu aucun rôle historique, au sens qu'aucune décision n'est sortie de cette dispute entre Las Casas et Sépulvéda sauf

---

<sup>8</sup> Controverse rendu célèbre à nos contemporains par le livre, la pièce et le film du regretté Jean-Claude Carrière. Le film fut réalisé en 1992, par Jean-Daniel Verhaeghe , la première édition du livre a été publiée en 1999, chez Actes Sud et la pièce de théâtre a été montée la même année par Jacques Lassalle. Cf. Jean-Claude Carrière : « La Controverse de Valladolid » Flammarion, Paris, 2003.

celle d'éviter la publication du livre de ce dernier, considéré comme infamant pour les indigènes . Elle fut néanmoins sans nul doute à l'origine d'une réflexion collective sur l'abolition de l'esclavage qui se traduisit plusieurs siècles plus tard par l'égalité de droit entre les indigènes des colonies et les Espagnols, j'espère seulement que grâce à nos outils modernes de communication, il ne faudra pas attendre autant de temps, pour faire avancer la question de la psychopathologie clinique, notamment par la mise au point d'une « Psychopathologie générale <sup>9</sup>» rêvée par le philosophe Karl Jaspers, lequel indiquait à son époque pour nous reconforter : « *Un grand résultat est déjà acquis si deux savants s'accordent sur le choix de la méthode et s'ils en discutent, d'une façon d'ailleurs féconde, qu'à propos d'un fait trouvé grâce à elle* »<sup>10</sup>.

C'est donc dans cet esprit que je passe la parole à mes éminents collègues, pour controverser en paix dans le plus grand respect de ce que chacun peut énoncer et la pleine responsabilité de son énonciation.

---

<sup>9</sup> K.Jaspers, *Psychopathologie générale*, Paris, Ed. C.Tchou, 2000,

<sup>10</sup> K.Jaspers, *Psychopathologie générale*, Paris, Ed. C.Tchou, 2000, p.32.

