

Faut pas (se) raconter d'histoires ?

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Psychiatre-psychanalyste,
Past-Président de la Fédération Française
de Psychiatrie (2017-2019),
Vice-Président de l'Association française
des psychiatres d'exercice privé

Résumé. Alors que la psychopathologie avait une place de choix dans la formation des psychiatres, tant en Amérique latine qu'en Europe, et ce jusque dans les années 80, il semble qu'elle n'ait plus tellement droit de cité dans une grande partie du monde aujourd'hui : seules les plus anciennes des générations de psychiatres y sont fortement attachées, se référant notamment à la psychanalyse, qui a tenu une position centrale (mais pas exclusive) dans les conceptions psychopathologiques des décennies durant. Et les influences nord-américaines contemporaines vont dans le sens d'une certaine inutilité de la psychopathologie qu'on pourrait dire traditionnelle, au profit de conceptions quelque peu « neurologisées » de la psychiatrie.

Ainsi, des mondes un peu clivés se sont constitués, recouvrant aussi bien les aires d'influence que les générations de praticiens.

Mais on peut se demander si la psychopathologie ne s'est pas seulement déplacée, non sans dommages cependant, allant de conceptions mettant la question du sujet au centre de la pensée, vers des considérations se réclamant d'une science plus rigoureuse, centrées sur l'importance prévalente d'un appareillage des manèges du cerveau soigneusement répertoriés ou sur les effets dynamiques supposés de l'élaboration d'un récit de soi.

Mais deux questions méritent sans doute d'être posées : d'une part, celle des responsabilités dans cette évolution, et notamment du côté des psychanalystes eux-mêmes, d'autre part, celle de l'incidence réelle de cette évolution du côté des patients, qui au moins en pratique libérale, semblent toujours désireux de faire entendre leur parole, y compris *via* des références psychanalytiques qui ont largement pénétré la pensée collective.

Mots clés : psychanalyse, psychiatrie, neurobiologie, psychopathologie, psychiatre, évolution, pratique professionnelle

Abstract. Telling (ourselves) tales. While psychopathology had a prominent place in psychiatric training both in Latin America and Europe until the 1980s, it now seems to have lost its legitimacy in much of the world. Only the oldest generations of psychiatrists remain strongly attached to it—and especially to psychoanalysis, which had a central (but not exclusive) position in psychopathological approaches for decades. Contemporary North American influences encourage us to see “traditional” psychopathology as unhelpful, instead promoting somewhat “neurologized” conceptions of psychiatry.

Separate worlds have developed, creating divisions in terms of both areas of influence and generations of practitioners.

But we may wonder if psychopathology has not simply resituated itself, and created some problems in doing so. It has shifted away from an approach that places the question of the Subject at the center of its thought, moving instead toward one that claims to be a more rigorous science, centered around careful repertoires of the brain's failings and the supposedly dynamic effects of developing a self-narrative.

We must ask two questions. Firstly, who is responsible for this development, particularly among psychoanalysts themselves? Secondly, what is its real effect on patients? After all, at least in private practice, patients still want to be heard—and are still willing to do so through psychoanalytic frameworks, which remain influential in the popular consciousness.

Key words: psychoanalysis, psychiatry, neurobiology, psychopathology, psychiatry, evolution, professional practice

Resumen. ¿No debemos contar(nos) cuentos?. Siendo que la psicoopatología ocupaba un lugar de primer orden en la formación de los psiquiatras, tanto en América latina como en Francia, hasta los años 80, parece ser que no tiene en el mundo de hoy más casi cabida en la enseñanza de la disciplina : únicamente las generaciones mayores siguen apegadas a ella, especialmente a la referencia psicoanalítica que, efectivamente, fue predominante (pero no exclusiva) en las concepciones psicopatológicas durante esos decenios. Las influencias norte-americanas contemporáneas van se orientan a considerar la psicopatología tradicional como inútil, beneficiando así concepciones “neurologizantes” en psiquiatría.

De este modo, mundos clivados se constituyen, que recubren tanto las áreas de influencia como las generaciones actuales de médicos.

Correspondance : J.-J. Bonamour du Tartre
<jjbonamour@gmail.com>

Sin embargo, podemos preguntarnos si no es que la psicopatología se ha, simplemente, desplazado, acarreado algunos inconvenientes por cierto, yendo de cuestiones esencialmente centradas en el Sujeto a consideraciones que se reclaman de una ciencia más rigurosa, focalizadas ya en la importancia prevalente de un equipamiento de las fallas del cerebro cuidadosamente repertoriadas o ya en los efectos dinámicos supuestos de la elaboración de una narración de sí mismo. En este punto, dos preguntas merecen ser planteadas : por un lado, la que concierne a los factores responsables de esta evolución, sin dejar la responsabilidad de los propios psicoanalistas ; por otro lado, la de la incidencia real de esta evolución del lado de los pacientes, los cuales, al menos en el ejercicio privado de la profesión, se muestran siempre y aún muy deseoso de hacer escuchar su palabra, incluso a través de referencias psicoanalíticas qui han penetrado ampliamente el pensamiento colectivo.

Palabras clave: psicoanálisis, psiquiatría, neurobiología, psicopatología, evolución, práctica profesional

Nous avons hérité, pour les moins jeunes d'entre nous, de la partition du monde en blocs tels qu'ils étaient dessinés du temps de la guerre froide, avec les tragédies inacceptables que furent par exemple l'invasion de la Tchécoslovaquie pour étouffer le « Printemps de Prague », ou encore la guerre au Vietnam et les dictatures sud-américaines, les bruits de bottes des envahisseurs, l'horreur des bombes au napalm et la violence politique exacerbée. Toutes choses qu'on a peut-être tendance à oublier maintenant, depuis que la planète est mondialisée, et qu'internet a fait de nous des citoyens du monde en tout lieu, croissance et commerce étant les deux mamelles de la liberté selon la modernité...

En a-t-il été de même pour la psychiatrie ?

Sans doute notre champ n'a-t-il pas été pris dans des oppositions aussi radicales que celles qui ont animé le plan politique, mais il ne paraît pas superflu de s'interroger, au travers des relations entre psychiatries latino-américaines et française, sur la partition actuelle des mondes que nous avons à vivre dans la réalité de nos pensées théoriques et de nos pratiques, notamment à la lumière de l'évolution de la place et de la référence à la psychopathologie.

Partition des mondes qui se retrouve aussi bien dans chaque communauté de psychiatres, au plan national ou régional, qu'au plan international, avec les effets de clivage et d'isolement que cela a pu comporter : que peuvent en dire aujourd'hui latino-américains et français, qui ont semble-t-il partagé, des décennies durant, un investissement similaire de cette psychopathologie, avec une référence majeure à une psychanalyse, dont il est de bon ton aujourd'hui, dans certaines communautés scientifiques, de réfuter les apports et contributions, au nom d'une certaine conception de la science ?

L'éviction sournoise de la psychopathologie « classique » ne serait-elle pas un effet direct ou collatéral d'une évolution pour le moins totalisante, si ce n'est totalitaire, où le primat de la « donnée probante » a coupé l'herbe sous le pied de toutes les approches relationnelles durables, considérées comme purement spéculatives ?

Pour tout psychiatre français « élevé » dans les années soixante à quatre-vingt, la formation passait

généralement par une solide connaissance des auteurs classiques, le *Manuel de psychiatrie* de Henri Ey en étant une des références majeures, mais aussi par une inclusion de la réflexion psychopathologique comme un indispensable complément d'objet, en quelque sorte. Ainsi en était-il des épreuves de l'internat des hôpitaux psychiatriques, dans lesquelles il paraissait toujours opportun de « se lâcher » un peu dans des hypothèses psychopathologiques, avant d'énoncer des propositions thérapeutiques, et après avoir soigneusement déroulé l'analyse des symptômes, formé les éventuels syndromes réparables et discuté un diagnostic différentiel (pour lequel, doit-on le préciser, la psychopathologie jouait un rôle déterminant).

Ainsi en était-il également du climat intellectuel qui prévalait dans la plupart des hôpitaux spécialisés, où, comme à Sainte-Anne, pouvaient coexister dans les services, y compris universitaires, des psychiatres très classiques et des psychanalystes reconnus, ce qui ne paraît plus du tout d'actualité à l'heure où plus grand monde ne veut encore risquer l'opprobre, à se réclamer de la psychanalyse.

La psychopathologie, une manière de raconter l'histoire d'une personne et de sa pensée ?

S'engager dans un développement sur l'intérêt et l'importance de la psychopathologie n'est pas de notre propos, car le sujet serait trop complexe (l'analyse faite par Mario Eduardo Costa Pereira de la pensée de Roland Gori dans *Cliniques méditerranéennes* 2010/2, n° 82, nous a paru cependant très éclairante) ; mais plutôt de réfléchir à la manière dont on peut aujourd'hui se positionner en tant que praticien de la psychiatrie, avec ou sans, pourrait-on dire.

Il paraissait évident à l'époque qu'il fallait aller jusqu'à « raconter une histoire » du patient qui mette en rapport quelques événements de sa biographie avec les mécanismes de sa pensée, qu'on pouvait pressentir au travers des éléments d'observation issus de la rencontre : réalistes ou pas, sans doute nécessaires,

peut-être éminemment contestables, ces exercices de construction donnaient également une certaine place au genre littéraire dans l'observation et la pensée psychiatriques qui semble avoir sensiblement disparu sous nos climats (sans doute ont-ils un fort lien de parenté avec les « constructions dans l'analyse »). Il n'est qu'à lire quelques-unes des nombreuses observations de nos maîtres du passé pour être saisi par la force de la fibre littéraire qui pouvait les animer, particulièrement émouvante quand on la retrouvait dans les plus anciens des dossiers de l'hôpital, rédigés à la plume et à l'encre... et à l'inverse, on est souvent navré de la pauvreté de l'imaginaire qui caractérise la plupart des dossiers et compte-rendu d'hospitalisation depuis quelques années.

La psychiatrie semble s'être « neurologisée », si l'on se permet ce néologisme, et dans cette évolution, il ne paraît plus du tout adéquat de se risquer à aller au-delà d'un relevé détaillé synchronique des perturbations fonctionnelles à tous les niveaux, et l'on peine beaucoup à se faire une idée de la personne derrière l'analyse des troubles qui en est faite.

Le projet d'articles de ce numéro induit évidemment une curiosité certaine, de savoir si cette même verve imaginaire avait animé nos collègues latino-américains, malgré un développement sans doute très différent des lieux de la psychiatrie ici et là, et les échanges à venir lors du colloque Cofalp viendront probablement combler nos attentes, notamment sur l'évolution historique de cet investissement, analogue ou pas à celle que nous avons connue en France.

Alors, entre Gabriel Garcia Marquez ou Maupassant, d'un côté, et Deep Blue ou les apps des GAFAM, de l'autre, où en est le score, à Paris, Buenos Aires ou Mexico ?

Il paraît en effet clair qu'il n'est plus recommandé de procéder ainsi : là où l'on pouvait se risquer à camper des personnages et figurer un tableau de leur vie psychique, au sens quasi pictural du terme, on ne retrouve généralement qu'une énumération descriptive de symptômes ou même simplement d'items, donnant un sentiment d'appauvrissement de l'engagement des psychiatres.

Un peu comme si au nom de la science, s'était imposée une posture valorisant l'analyse méthodique du patient dans l'instant de la situation d'examen, selon une critériologie, reconnue, certes, mais dont les effets de fragmentation paraissaient méconnus ou négligés.

Un peu comme si on pouvait appréhender un tableau en donnant la liste des couleurs utilisées par le peintre et la taille des pinceaux ou des traits reconnaissables... et le discours contemporain ne cesse de prétendre que l'intelligence artificielle serait quasiment capable de reconstituer l'original et l'émotion qu'il peut procurer.

Un peu comme si on pouvait se passer de l'existence que l'on doit au discours de l'autre.

Alors, notre monde psychiatrique est-il aujourd'hui clivé entre les partisans de la numérisation de la personne par différents procédés du genre scanner de personnalité et autres échelles de mesure, et ceux d'une approche basée certes sur la connaissance des tableaux cliniques, mais aussi sur la perception en grande partie intuitive des modes de fonctionnement de la pensée de la personne concernée ?

Le patient aurait-il son mot à dire ?

Certes, on peut tabler sur la pression de la clinique pour « forcer » en quelque sorte le praticien à imaginer, si ce n'est « délirer son patient » si besoin, car la force du transfert est souvent étonnante, et pas qu'en situation psychanalytique ; mais la tendance paraît plutôt de compter sur les développements plus ou moins chimériques des outils numériques pour faire le boulot, les applications de e-santé mentale étant à coup sûr beaucoup plus pertinentes et fiables, puisqu'elles éliminent « le facteur humain », source de bien des errements de l'humanité... Est-il encore prudent de s'en remettre à un de ses contemporains pour mieux comprendre et apprivoiser son propre fonctionnement psychique, à l'époque où une « machine à penser » qui s'épargne tous états d'âme est peut-être susceptible d'y parvenir grâce à un algorithme astucieux ?

Reste à savoir comment le processus de soin et son développement peuvent s'accommoder de l'organisation de l'interaction soignant-soigné basée sur des critères si différents, qu'on pourrait peut-être modéliser ainsi :

- d'une part, le modèle relativement classique, qui allierait références à la nosographie pré-DSM, à la psychopathologie de source essentiellement psychanalytique, et pratiques du suivi au long cours et de prise en compte de l'évolution de tous ces éléments, selon ce qu'on pourrait appeler le « travail du diagnostic » à la lumière de la relation transférentielle ;

- de l'autre, le modèle « scientifique » moderne, où domine la conception d'un diagnostic le plus précoce possible et d'emblée fiabilisé (expertise affirmée), faisant largement appel à une critériologie pointue, et à une analyse détaillée des « comorbidités » et troubles fonctionnels induits, ouvrant sur un panel de propositions de prise en charge techniques visant à compenser chacun des déficits repérés.

Par ailleurs, il paraît aussi assez clair que ces deux modèles sont assortis de modalités d'organisation des soins très différentes, qu'on peut schématiser ainsi :

- un modèle classique basé sur la compétence très élaborée de praticiens hyper-formés, et de ce fait plutôt

rare, commis dans les soins et l'accompagnement au long cours si besoin, ce qui représente d'un côté, une approche globale et un moteur décisif pour l'évolution des connaissances en termes de psychopathologie et de rapport aux soins (ce que les patients apprennent aux psychiatres), d'un autre, constitue un coût social important du fait du nombre et du haut niveau de formation des praticiens,

– un modèle moderne où l'expertise des praticiens est rare et chère, convoquée de façon parcimonieuse à des fins de diagnostic, de construction initiale d'un projet de soins et de réévaluation sporadique, tandis que rapidement la réalisation de ces soins est ventilée selon un nombre parfois important de professionnels de santé de formation intermédiaire ou de thérapeutes spécialisés en techniques limitées et volontiers de durée brève, et peu formés à une approche globale.

Dans le discours de la psychiatrie, le sujet tend à disparaître sous les perturbations du cerveau : la faute à qui, si tant est que faute il y ait ?

Peut-être en partie aux psychanalystes eux-mêmes, osons le dire, manifestement auteurs « d'abus de position dominante », en tant qu'ils ont sans doute su occuper ce terrain de la psychopathologie : il ne suffit pas de se réclamer de cette référence pour être immunisé contre la toute-puissance de la pensée, et bien naïf celui qui ne reconnaîtrait pas les effets négatifs pour la psychiatrie d'un certain « psychanalisme », qui a sévi plusieurs décennies durant, campé dans ses certitudes et aveuglé par l'hystérisation de son statut socio-culturel. Le retour au tout-neurobiologique n'est sans doute pas étranger à cet excès, comme un effet de balancier. . .

Mais si la dominante chez de nombreux psychiatres semble aujourd'hui de tenir à se dégager des questions liées à la complexité du fonctionnement psychique et de l'interaction dans la relation thérapeutique, autrement dit de la question de l'inconscient et de celle du transfert, en multipliant les techniques d'objectivation des troubles et de translation du soin vers l'appareillage (ré)éducatif, il n'en reste pas moins que certaines questions et remarques ne sauraient être totalement éludées, comme par exemple :

– peut-on vraiment aujourd'hui se passer de la notion d'inconscient dans la compréhension des troubles psychiatriques ?

– peut-on vraiment se passer de « l'acte psychopathologique », comme propédeutique à la relation de soins, ébauche de représentation à partir de laquelle s'effectue le travail psychique partagé, comme une cire perdue, en quelque sorte ?

– quelle(s) référence(s) possibles alternatives à la psychanalyse existe-t-il actuellement pour construire une psychopathologie ?

Sans que cela constitue une quelconque tentative de réponse à de telles questions éminemment complexes, il est assez remarquable que dans le même temps de déclin de la psychopathologie, ont surgi de nombreuses conceptions nouvelles dans l'approche des troubles et de leur traitement : outre toutes les thérapies brèves et autres dérivés d'une certaine pensée positive, allant vers la promotion du « bien-être » et à son accession, qui paraissent comme les compléments d'objet direct de la psychiatrie neurobiologique et comportementale, d'autres semblent s'appuyer sur une proposition de « reformulation de soi », en quelque sorte, où la dimension de suggestion paraît bien installée. Les histoires liées au passé n'ayant à l'évidence plus d'intérêt, n'y pensons pas et tâchons de dégager le présent de tous ses artefacts, l'important est de délivrer le patient de certaines pensées ou certains comportements perturbant son adaptation sociale... et l'on peut s'interroger sur le lien entre ces pratiques basées sur le récit [1] et celles tirant vers le « storytelling », bien proches du marketing [2].

Mais on a pu également noter la place particulière et intéressante de conceptions comme la psychiatrie de la personne [3], ou encore des thérapies narratives [4] : nombre d'entre elles visent à élargir l'approche purement symptomatique en misant sur leur contextualisation à la fois historique, subjective et dynamique, et peut-être peut-on les considérer comme des formes « modernisées » de la psychopathologie habituelle, qui empruntent beaucoup aux dimensions d'histoire et d'environnement.

D'autre part, il ne serait pas superflu que les psychanalystes, notamment ceux qui ne sont pas psychiatres, acceptent de remettre certaines questions au travail, et avec les psychiatres, bien qu'elles aient paru longtemps relever d'une dimension un peu dogmatique du discours psychanalytique, comme :

– *la question du déterminisme du symptôme et de la participation d'un plan somatique irréductible* : le « tout-psychique » a-t-il encore sa pertinence, ou ne serait-il pas une manière de réfuter tout point aveugle dans l'articulation somato-psychique de l'homme ?

– *la question de la légitimité de la demande de soulagement de la souffrance psychique* : peut-on encore réellement soutenir la théorie de l'effet moteur de l'angoisse ou d'autres symptômes dans la dynamique de l'élaboration, doit-on encore plus ou moins blâmer les traitements symptomatiques notamment chimiques ?

– *la question de la pertinence d'une conception structuraliste stricte du psychisme, avec les rigidités induites* : doit-on encore parler de « structure psychotique », perverse ou autre, qui s'excluraient l'une l'autre, ou l'expérience clinique ne nous invite-t-elle pas à une approche de nature peut-être plutôt dimensionnelle, dans laquelle des éléments de ces divers registres peuvent s'exprimer durablement ou occasionnellement,

selon les sujets, comme on le voit volontiers se développer lors des suivis au long cours ?

Et en fin de compte, est ce que tout cela a une si grande importance ?

Divergences si ce n'est clivages sont usuels dans la pensée psychiatrique, où aucune option théorique ne saurait être suffisante à elle seule et où rien n'est jamais vraiment probant ; il paraît clair que le monde de la psychiatrie en France est aujourd'hui assez partagé au moins entre celui d'une approche neurobiologique et comportementale, assortie de ses accessoires pétris de pensée positive, et celui d'une approche encore très porteuse de l'empreinte psychanalytique, dans laquelle la question de la place de la parole et du poids du négatif à l'œuvre dans la vie psychique consciente et inconsciente n'est non seulement pas éludée, mais référée à une histoire à (re)construire.

On peut en effet se poser la question, en tout cas à partir de l'expérience d'une pratique psychiatrique libérale, où la prégnance de ces débats n'est guère sensible : le patient tout venant n'a cure des controverses théorico-médiatiques, d'une part, il est d'autre part porteur de l'évolution de la pensée collective, qui a, de fait, intégré la psychanalyse dans ses repères. À juste titre ou parfois de façon un peu inappropriée, « le psy » est le cousin, si ce n'est le frère du psychanalyste, et il est convoqué dans sa qualité d'écoute de la parole qu'on vient lui adresser, dans son aptitude à rendre vivable ce qui ne l'est pas (y compris d'avoir les troubles psychiatriques

transitoires ou durables les plus indéniables), et d'une façon générale, dans sa capacité d'identification et de travail psychique sur celle-ci (à distinguer de l'empathie, en passe de devenir un slogan à tout faire...).

Autrement dit, s'il est sans doute important de conserver à la psychiatrie toutes ses ressources en termes d'approches théoriques, la réalité de la demande effective des patients montre à quel point psychologie et psychanalyse ont fait leur chemin dans la pensée collective, et le discours de leur déclin paraît un tantinet surfait.

Pour conclure, ce propos n'est jamais qu'une bouteille jetée à l'eau d'un océan Atlantique qui de façon étonnante, nous rend souvent plus proches de nos collègues du Sud, pourtant géographiquement plus éloignés que de ceux du Nord, et nous lui souhaitons un bon et rapide voyage, en attendant de savoir si nous avons une lecture commune de l'évolution de notre discipline...

Liens d'intérêt L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet éditorial.

Références

1. Molino J, Lafhail-Molino R. Le récit, un mécanisme universel. *Sciences Humaines* 2004 ; 148 : 23-123.
2. Trémone T. *Mainstream et storytelling* ou comment faire avaler des couleuvres. *L'information psychiatrique* 2011 ; 87 : 623-4.
3. Mezzich JE, Botbol M, Besse A, et al. Le diagnostic en psychiatrie de la personne. *L'information psychiatrique* 2011 ; 87 : 247-52.
4. Mori S, Rouan G. « Rencontres cliniques en thérapie narrative ». In : Mori S, Rouan G. (dir). *Les thérapies narratives*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2011. Coll. « Carrefour des psychothérapies ». pp. 75-100.