

Principales théories dans la psychiatrie contemporaine

G. Lantéri-Laura

Résumé. – L'auteur expose les principales théories de la psychiatrie contemporaine. Il indique l'étendue et la constitution du champ de la psychiatrie, puis il précise les fonctions de la théorie par rapport à la clinique, au diagnostic et au traitement. Il distingue théorie et théorie de la pratique et il propose de classer les théories en intrinsèques et extrinsèques selon qu'elles proviennent de l'intérieur de la psychiatrie ou qu'elles lui sont importées du dehors. Il expose alors les diverses théories selon cette taxinomie. Théories intrinsèques, référence au système nerveux central : rôle du modèle aphasique dans les hallucinations verbales, notion de processus, neuropsychologie, biotypologie ; référence à la psychogenèse : conceptions réactionnelles, psychanalyse avec ses divers moments pendant la vie de S. Freud et chez les post-freudiens, l'organodynamisme de H. Ey, l'antipsychiatrie anglaise. Théories extrinsèques : réflexologie, behaviorisme, comportementalisme, cognitivisme, conceptions sociogénétiques, École de Palo Alto, antipsychiatrie italienne. À part : la phénoménologie, l'ethnopsychiatrie. Il précise enfin les usages des théories en psychiatrie.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Antipsychiatrie ; Neuropsychologie ; Psychanalyse ; Processus ; Réflexologie ; Système nerveux central ; Théorie ; Théorie de la pratique

Introduction

Nous allons, dans ce chapitre, exposer les principales théories qui, dans la psychiatrie contemporaine, jouent un rôle par elles-mêmes et par leurs conséquences, directes ou médiates, dans la clinique^[53] et la thérapeutique, mais aussi dans l'organisation et le développement de la recherche, de la formation et des institutions.

Or, à titre liminaire, nous devons remarquer que la lecture de la plupart des traités de médecine, français ou étrangers, nous montre qu'ils éliminent d'avance toute discussion éventuelle des théories qui concerneraient leurs objets respectifs, sans doute pour deux raisons. D'une part, la médecine est supposée devenue scientifique et dès qu'il s'agit de science, les théories doivent disparaître au profit d'un savoir positif et de ce que l'on tient pour une vérité intangible. D'autre part, la médecine relève d'une culture où la présence de plusieurs théories, en tout ou en partie antagonistes, témoigne d'un défaut de *scientificité*, car la médecine se trouve identifiée à un certain triomphalisme thérapeutique supposé garanti par un savoir unitaire. La sémiologie, comme la clinique et l'art du diagnostic ne bénéficient d'aucun statut rigoureusement défini, et le recours au passé de la médecine, quand il a lieu, lui, cherche, non pas une histoire critique, mais l'an I de son entrée dans la science – A. Fleming, C. Bernard, L. Pasteur ou quelque autre garant éponyme de cette scientificité.

Or, la médecine contemporaine se trouve, effectivement, habitée par des théories, mais elle n'en veut rien savoir, alors que la psychiatrie s'en soucie davantage et ne les dénigre pas a priori, même si elle oscille entre deux appréciations : ou bien un monothéisme intransigeant, champion de la vraie et unique théorie, ou bien un

polythéisme tolérant, où à l'autel des neurotransmetteurs, il juxtapose un autel de l'inconscient, un autre de la neuropsychologie, et un autre dédié au dieu cognitiviste.

Nous allons envisager d'abord comment les problèmes en cause s'organisent, puis nous verrons quelles sources inspirent les principales théories, et enfin nous nous donnerons l'espace nécessaire pour exposer ces théories elles-mêmes avec toute l'ampleur nécessaire.

Théories en psychiatrie [29, 103, 104, 119, 132, 155]

L'étude des diverses théories de la psychiatrie contemporaine suppose une certaine connaissance de l'histoire de notre discipline. Dans ce but, nous conseillons, de façon liminaire et parmi d'autres, les ouvrages suivants indiqués par ordre alphabétique d'auteurs : Arieti S. *American Handbook of psychiatry*. New York : Basic Book ; 1974. 2 vol. ^[3] Aschaffenburg G. *Handbuch der Psychiatrie*. Wien : F. Deuticke ; 1913. 12 vol. ^[4] Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Les éditions de Minuit ; 1976. ^[32] Chaslin P. *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris : Asselin et Houzeau ; 1912. ^[33] Chiarugi V. *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico, con una centuria di osservazioni*. Roma : Vecchiarelli ; n. ed., 1991. ^[34] Dagonet H. *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Paris : J.B. Baillière ; 1876. ^[38] Fodere Ch. *Traité du délire*. Paris : Crapelet ; 1816. 2 vol. ^[51] Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon ; 1961. ^[52] Gauchet M. *L'inconscient cérébral*. Paris : Les éditions du Seuil ; 1992. ^[57] Grmek MD. *Histoire de la pensée médicale en Occident III, du romantisme à la science moderne*. Paris : Les éditions du Seuil ; 1999. ^[66] Gruhle HW, Mayzer-Gross W, Muller M. *Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis*. Berlin : J Springer ; 1960-1967. 8 vol. ^[67] Guiraud P. *Psychiatrie générale*. Paris ; Maloine ; 1950. ^[68] Guiraud P. *Psychiatrie clinique*. Paris : Le François ; 1956. ^[69] Guislain J. *Traité sur l'aliénation mentale et les hospices d'aliénés*. Amsterdam : Van der Hey ; 1826. 2 vol. ^[70] Guislain J. *Traité sur les phrénopathies*. Bruxelles : Institut encyclographique ; 1833. ^[71]

G. Lantéri-Laura (Chef de service honoraire à l'hôpital Esquirol, ancien directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales)
Adresse e-mail: glanteri@club-internet.fr
16, rue Charles Silvestri, 94300 Vincennes, France.

Guyotat J. *Études cliniques d'anthropologie psychiatrique*. Paris: Masson; 1991. ^[72] Koffka K. *Principles of gestalt psychology*. London: Routledge and Kegan Paul 4th ed., 1955. ^[91] Krafft-Ebing R von. *Traité clinique de psychiatrie*. Paris: Maloine; 1897. ^[93] Lantéri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris: Les éditions du Temps; 1998. ^[107] Lantéri-Laura G, Gros M. *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*. Paris: EPEL; 1992. ^[108] Lévy-Valensi J. *Précis de psychiatrie*. Paris: J.B. Baillière; 1926. ^[114] Marie A. *Traité international de psychologie pathologique*. Paris: PUF; 1910-1911. 3 vol. ^[117] Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Clinical psychiatry*. London: Cassel and Co; 1960. ^[118] Pichot P. *Un siècle de psychiatrie*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 1996. ^[130] Postel J, Quérel CL. *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod; 1994. ^[133] Régis E. *Manuel pratique de médecine mentale*. Paris: Doin; 1892. ^[135] Rogues de Fursac J. *Manuel de psychiatrie*. Paris: F Alcan; 1903. ^[136] Sergent E, Ribadeau-Dumas L, Barbonnex L. *Traité de pathologie médicale et pathologie appliquée VII. Psychiatrie*. Paris: Maloine; 1921. 2 vol. ^[144] Shrypck RB. *Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social*. Paris: Armand Colin; 1956. ^[146] Swain G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris: Calmann-Lévy; 1997. ^[147] Tanzi E, Lugaro E. *Trattato sulle malattie mentali*. Milano: Società Editrice Libreria; 1923. 2 vol. ^[148] Tevissen R. *La douleur morale*. Paris: Les éditions du Temps; 1996. ^[151] Sans être complètes, ces références peuvent servir pour s'orienter de manière diachronique dans l'étude des principales théories de la psychiatrie.

Mise en place de la problématique

Nous devons donc nous interroger successivement sur la délimitation du champ de la psychiatrie, sur les fonctions effectives des théories, sur la distinction entre théorie et théorie de la pratique et sur leur taxinomie.

CHAMP DE LA PSYCHIATRIE

Le champ propre à la psychiatrie nous pose au moins trois problèmes que nous devons essayer de résoudre avant d'aller plus loin. Le premier concerne la *spécificité même de la psychiatrie*. Si l'on estime que notre discipline doit se réduire à la neurologie et à une certaine part de microsociologie, et qu'elle constitue par elle-même un leurre, nous n'avons plus à nous poser de questions à l'endroit de ses théorisations éventuelles et notre chapitre se trouve ainsi vite achevé. Si nous pensons, grâce à un empirisme historisant, qu'au moins depuis la fin du siècle des Lumières, il s'est constitué, de facto, quelque chose comme une pathologie mentale, irréductible aux autres branches de la médecine, nous pouvons essayer de préciser quelles théories vont l'étayer.

Le second se rapporte à *l'unité ou au polymorphisme* de ce champ. À la période où régnait l'aliénation mentale (1793-1854), le champ de la psychiatrie paraissait à tous comme un domaine uniforme, où tout ce qui relevait de la médicalisation de la folie correspondait à une unique maladie, même si l'on y distinguait la manie, la mélancolie, l'idiotisme et la démence. Quand on passa de l'aliénation mentale aux maladies mentales (1854-1926), on conçut ce domaine en tant que domaine hétérogène, constitué d'un certain nombre d'espèces morbides naturelles, irréductibles les unes aux autres, comme ces maladies, dont la méthode anatomoclinique et la sémiologie active de l'école de Paris permettaient de garantir l'autonomie des unes à l'égard des autres.

Plus tard, inspiré par le *concept opératoire de structure* (1926-1977), l'on tendit à réorganiser ce registre en y opposant les structures névrotiques aux structures psychotiques, et en laissant une place un peu bâtarde aux états démentiels et aux oligophrénies, et l'organodynamisme de Henri Ey ^[44, 45, 46, 47, 48, 49] représenta l'ultime effort pour constituer la psychiatrie comme une discipline autonome, unitaire, homogène et hégémonique, dont l'essentiel se qualifie comme *pathologie de la liberté*.

Depuis sa mort, nous sommes passés à ce que, faute de mieux, nous pouvons dénommer *la psychiatrie post-moderne*, qui se prétend

dépourvue de toute théorisation, ignorant délibérément que l'empirisme est une philosophie parmi d'autres, d'ailleurs fort estimable, et réduisant notre discipline à la juxtaposition de syndromes sans aucune unification possible, conception inspirée du travail de K. Schneider de 1939 sur les symptômes de premier rang, K. Schneider ^[142, 143] élève de K. Jaspers, ^[84] ce qui nous rappelle que le *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM)-III, le DSM III-R et le DSM IV possèdent des antécédents.

Le troisième problème concerne les rapports entre l'homogénéité ou l'hétérogénéité du champ de la psychiatrie et le nombre de théories en cause. Tant que l'on tient ce champ pour homogène, il reste vraisemblable qu'il doit être régi par une seule théorie, la vraie excluant les fausses. Si on le conçoit comme hétérogène, il devient probable que plusieurs théories puissent, chacune à chacune, s'appliquer à telle ou telle partie de ce champ. Mais rien ne nous permet d'exclure d'avance qu'à une partie ne corresponde aucune théorie, qu'à une autre en corresponde une seule et enfin qu'à une autre encore corresponde plus d'une. Seul l'examen factuel pourra nous fournir à ce propos quelques indications, toutes envisagées a posteriori.

FONCTIONS DE LA THÉORIE

Chacune des théories que nous allons envisager prétend d'avance à au moins une part de vérité et garde pour fonction d'expliquer le tout ou seulement une partie du champ en cause, en se situant dans une position autre que la pratique sémiologique, clinique et thérapeutique, dans le registre, présumé supérieur, de la physiopathologie et de la psychopathologie. ^[109]

Mais ce n'est pas la seule fonction de la théorie, et dans notre relation avec chaque patient singulier, nous avons à nous demander en quoi et de quelle manière la référence théorique vient nous éclairer, car sans report théorique, nous aurions à chaque instant à réinventer la psychiatrie, et c'est pourquoi nous devons préciser ici trois autres rôles importants de ce recours au niveau théorique.

Premier rôle : la théorie nous permet de guider notre investigation clinique, sans d'ailleurs la paralyser, et chaque entretien doit réussir à trouver un équilibre entre l'aptitude à laisser apparaître les signes que suggère le savoir clinique et à demeurer libre d'en saisir d'autres qui ne le confirment pas et ouvrent un problème à résoudre. La confiance d'obsessions plus ou moins typiques, par exemple, doit nous conduire à rechercher, sans les suggérer, la présence de rituels conjuratoires et de traits de caractère spécifiques, mais notre connaissance des conceptions théoriques de la névrose obsessionnelle, en particulier psychanalytiques, ne doit pas nous empêcher d'entendre la présence d'expériences d'angoisse, et ainsi de suite dans d'autres occurrences cliniques. Second rôle : pour un patient suivi le long de son évolution, les références théoriques peuvent nous permettre à diverses reprises de faire le point de son évolution et de savoir où nous en sommes de notre relation clinique et thérapeutique. Troisième rôle : le report à la théorie ou aux théories, nous aide pour les échanges que nous pouvons avoir avec nos collègues sur un ou plusieurs cas, non pas que nous professions explicitement la même doctrine, mais parce que nous avons besoin de repères partagés pour réussir à communiquer effectivement.

THÉORIE ET THÉORIE DE LA PRATIQUE

Nous devons à P. Bourdieu, ^[26] sociologue et philosophe de la sociologie, une remarque dont nous pouvons tirer le plus grand profit dans notre propre domaine. C'est la nécessité épistémologique de distinguer la théorie et la théorie de la pratique. Nous pensons qu'il nous faut en retenir deux aspects complémentaires.

D'une part, il convient de bien séparer le *savoir* et le *savoir-faire*, car aucune pratique, sémiologique, clinique ou thérapeutique, ne saurait se déduire *more geometrico* de la théorie, non pas qu'il y faille un peu d'irrationnel, mais parce que la pratique constitue toujours une articulation, en quelque sorte perpendiculaire, entre les connaissances générales et les singularités du patient dont nous nous occupons et dont la théorie ne peut jamais fournir une représentation exhaustive.

D'autre part, la pratique réelle ne résulte jamais de la théorie, comme le calcul de l'hypoténuse dérive du théorème de Pythagore, car si elle n'est pas pure invention spontanée, elle se règle sur une *théorie de la pratique* qui ne se réduit pas à la théorie elle-même, mais doit être précisée, ce qui ne va d'ailleurs pas sans bien des difficultés. Dans les pages qui suivent, nous nous occuperons surtout de théories, mais nous essaierons de dire quelque chose de la théorie de la pratique ou plutôt des théories des pratiques.

Chaque praticien, de façon simple ou compliquée, rudimentaire ou sophistiquée, se reporte à une théorie dont la référence lui sert indubitablement ; mais elle ne constitue pas la théorie qui guide effectivement sa pratique, et nous devons tenter de rendre compte de cet écart et de sa signification. Nous allons donc, comme dans tous les traités de psychiatrie du monde, exposer surtout les théories auxquelles renvoient explicitement, de nos jours, les praticiens, car elles se trouvent clairement repérables et elles jouent un rôle sûrement positif dans l'apprentissage du métier : mais il nous semble que si, à la fin des temps, les théories de la pratique pourront coïncider avec les théories que prônent les praticiens, pour le moment et sans doute pour assez longtemps encore, les théories gardent une fonction effective qui reste sans doute autre chose que de réguler effectivement ces pratiques.

ÉLECTION, SOURCES ET TAXINOMIE

Nous devons donc choisir, parmi toutes celles qui ont cours, les théories que nous exposerons, puis en élucider les sources, et enfin, faute d'oser les ranger par ordre alphabétique, en proposer une classification recevable.

Le premier point peut se régler assez facilement, à la condition de tenir le moins possible compte des préférences subjectives du signataire de ces lignes. Il nous suffira de retenir celles que nous pouvons retrouver dans la plupart des traités français et étrangers depuis le dernier quart du XX^e siècle, ce qui nous garantira une certaine objectivité.

Il nous a paru utile de consacrer quelques pages aux *sources* des théories que nous retiendrons, car nous ne saurions envisager une théorie vivante aux débuts du XXI^e siècle, sans aller un peu voir d'où elle provient, car parfois elle remonte à cent ans en arrière. Nous ne pourrions, croyons-nous, rien comprendre à l'actuel *comportementalisme*, en oubliant qu'il dérive, par des chemins d'ailleurs obliques, certes de la notion de comportement opératoire de B.F. Skinner, ^[141] mais aussi, et plus en amont, des travaux d'I.P. Pavlov, ^[127, 128, 129] méconnus et caricaturés de nos jours, travaux qui remontent à la fin du XIX^e et aux débuts du XX^e siècles. Et cet exemple n'est pas le seul.

Nous devons enfin dire un mot de la classification que nous avons choisie pour la mise en ordre de ces théories, faute de pouvoir les exposer toutes en même temps.

Il nous paraissait présomptueux et oligophrène de tenir une théorie pour vraie et de récuser les autres, en les dénigrant, puis en les renvoyant à un passé où elles auraient été vaincues, pour enfin les rejeter dans les ténèbres de l'oubli.

Nous avons refusé aussi d'employer la taxinomie courante qui croit habile de structurer ce champ par l'opposition, présumée pertinente, des conceptions organogénétiques et des conceptions psychogénétiques, *Gehirn* versus *Geist*, *brain* versus *mind*, voire la cervelle par rapport à l'âme et le contenu de la boîte crânienne par rapport à l'aurole. Nous rejetons pareil principe classificatoire pour plusieurs raisons. Personne d'un peu de bon sens ne pourrait prétendre que le comportement humain et l'expérience vécue puissent rester en tout indépendants du corps et, particulièrement, du système nerveux central et de l'encéphale. Les associations libres de la pratique psychanalytique supposent l'intégrité des zones de P. Broca ^[27] et de C. Wernicke, ^[156] mais ce que lésait l'encéphalite épidémique ne se réduisait pas tout à fait à une chose. Les acquis effectifs de la neurologie clinique et de la neuropsychologie expérimentale éclairent bien des aspects de la psychiatrie, mais ne sauraient proprement *rendre compte* de la psychiatrie elle-même. Et

ainsi de suite. De plus, pareille dichotomie risque de réduire la question des théories à celle des étiologies, et à celle des étiologies considérées comme réactionnelles car, lorsqu'on met d'un côté la carence paternelle et de l'autre le traumatisme crânien, l'on se représente une causalité linéaire : soit la réaction à l'absence effective du père, soit la réaction à l'impact sur les cortex des coups assésés. Or, si les étiologies ont bien leur importance, elles ne s'imposent pas comme l'unique procédé taxinomique, et l'on doit, à côté d'elles, tenir le plus grand compte de la sémiologie, des processus et des thérapeutiques. Nous ne mettrons pas dans le même sac l'inconscient et le cortex, mais nous ne prendrons pas comme guide classificatoire leur opposition simpliste.

Il nous a paru plus intéressant et plus utile de nous régler sur une autre différence, celle qui distingue les théories nées à l'intérieur de la psychiatrie et celles qui y ont été importées à partir d'une autre origine, ce qui nous conduit à séparer des théories *intrinsèques* et des théories *extrinsèques*.

La psychanalyse, par exemple, est apparue, à la fin du XIX^e siècle, avec les travaux initiaux de S. Freud ^[54, 55] et de J. Breuer, à propos d'une nouvelle conception et d'une nouvelle thérapeutique de l'hystérie de conversion, qui minimisait presque totalement le rôle de la dégénérescence et qui excluait la pratique de l'hypnose, au profit des associations libres ; par la suite, la psychanalyse est devenue bien autre chose, proposant une théorisation presque exhaustive de la psychiatrie et élaborant une anthropologie. Mais elle était apparue d'abord à l'intérieur de la pathologie mentale et c'est pourquoi nous la tenons pour une *théorie intrinsèque*.

Tout à l'opposé, certaines conceptions cognitivistes de la psychiatrie proviennent de l'école de Palo Alto, qui a développé une microsociologie de la communication, avec les concepts opératoires d'information analogique, opposée à l'information digitale, et de double lien. Il en est résulté une théorisation originale de la schizophrénie, mais elle s'est trouvée, pour ainsi dire, *importée* dans la psychiatrie, à partir d'un champ extérieur à cette dernière, et c'est pourquoi nous la tenons pour une *théorie extrinsèque*.

Ces deux exemples nous paraissent pertinents pour répartir les diverses théories selon leur origine, et nous aurons ainsi un principe classificatoire simple et efficace.

Sources des principales théories

Avant d'étudier les principales théories de la psychiatrie contemporaine, nous allons brièvement les repérer le long de leur évolution chronologique, puis nous verrons comment leur diversité peut se ramener à la combinatoire d'un nombre assez restreint d'éléments significatifs.

DÉVELOPPEMENT DIACHRONIQUE

Depuis la fin du siècle des Lumières, la pathologie mentale prend la forme, qu'elle a déjà connue à plusieurs reprises auparavant, d'une médicalisation, au moins partielle, de ce que la culture entendait par *folie*, et grâce à des travaux comme ceux de P. Pinel à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, de V. Chiarugi à Florence, et de quelques autres, elle va s'exprimer par une suite de théorisations dont chacune cèdera la place à la suivante, mais en conservant ses partisans et en continuant à se manifester, fût-ce sur un mode mineur.

Avec P. Pinel, ^[131] puis E. Esquirol, ^[143] mais aussi W. Griesinger ^[165] en Allemagne ou J. Guislain ^[171] en Belgique, il s'agira d'abord de la notion cardinale d'*aliénation mentale*, qui va régenter la psychiatrie pendant plus de cinquante ans : il s'agit d'une maladie, et non pas d'une déviance sociale, maladie rigoureusement unique, constituant à elle seule toute une spécialité, distincte de toutes les autres maladies dont s'occupe la médecine, ne devant être soignée que dans des institutions qui ne reçoivent pas d'autres types de malades, et exclusivement par le *traitement moral de la folie*, conjoignant l'isolement dans une structure complètement rationnelle, sous l'autorité d'un seul, et la prise en compte de ce qu'il reste de

raisonnable dans le plus aliéné des aliénés. Ce paradigme, qui oppose absolument l'*aliéné* au *non-aliéné*, s'accorde alors avec l'opinion éclairée, pour qui l'on est fou ou non fou, sans position tierce, et avec la pratique pénale, pour qui un prévenu, selon l'article 64 du Code de 1810, est ou non *en état de démence au temps de l'action*. Cette remarquable harmonie entre l'opinion des hommes de l'art, des citoyens raisonnables et des magistrats va disparaître quand, avec le passage aux maladies mentales au pluriel, la dichotomie simple, admise à la fois par le monde judiciaire et le monde éclairé, n'aura plus d'équivalent dans le monde médical. Mais, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, certains, comme J. Moreau de Tours^[124] ou B.A. Morel,^[125] continueront, toute leur longue carrière, à se fier à cette dichotomie et à se référer à l'unité insécable de l'aliénation mentale.

Quand, avec J.P. Falret,^[50] puis V. Magnan,^[116] et quelques autres, l'on passera, vers les années 1850-1860, au paradigme des *maladies mentales* (au pluriel), l'on va rapprocher la psychiatrie du reste de la médecine, tel que l'avait renouvelé la prestigieuse école de Paris, avec J.N. Corvisart,^[37] J. Bouillaud^[25] ou R. Laennec.^[98] L'essentiel tiendra à une conception du champ de la psychiatrie comme composé d'un ensemble dénombrable et fini d'entités morbides naturelles, irréductibles les unes aux autres, distinguées les unes des autres par l'emploi systématique du diagnostic différentiel, mettant en œuvre une clinique fondée sur la sémiologie et l'évolution – en particulier sur une sémiologie active, employant de manière assez systématique une combinatoire de signes. Toute une partie de la sémiotique psychiatrique encore en usage de nos jours a été créée à cette époque, et, par certains côtés, ce paradigme s'est maintenu.

Cependant, vers les années 1920-1930, influencée par la théorie de la forme, par la neurologie globaliste, avec K. Goldstein^[60] et H. Head,^[74] par la linguistique structurale de F. de Saussure,^[138] mais aussi par la phénoménologie et par la psychanalyse, la psychiatrie tend à s'orienter grâce à la notion de structure et à l'opposition des *structures névrotiques* aux *structures psychotiques*. Par ce mouvement, sans retourner à l'unité de l'aliénation mentale, elle a su se réorganiser et mettre un terme à l'éparpillement indéfini du nombre croissant des maladies mentales. La dernière, et la plus prestigieuse, de ses formulations se trouve dans la théorie organodynamiste de Henri Ey, que nous avons perdu en 1977. Depuis cette date, il convient peut-être de parler de *psychiatrie post-moderne*, bien que cette désignation ne nous satisfasse qu'à moitié.

PERSPECTIVE SYNCHRONIQUE

Les principales théories constituent le plus souvent des réponses partielles, mais qui se voudraient complètes et définitives, à un petit nombre de questions difficiles et inéluctables, que nous ne saurions récuser, sous prétexte que les réponses scientifiques ne semblent pas encore pour demain. Il ne s'agit pas d'interrogations intemporelles, mais de problèmes qui occupent la pathologie mentale depuis la fin de l'*Aufklärung* avec une obstination que l'histoire n'a pas réussi à dissiper, de telle manière que les uns comme les autres restent actuels.

Apparaît d'abord la question de savoir si la psychiatrie constitue une médicalisation partielle, légitime ou non, des déviations du comportement humain ou si son rapport à la singularité des conduites reste essentiel : les deux positions extrêmes reviennent à soutenir ou bien que tout relève des normes et des anomies sociales, elles-mêmes fondées ou abusives, ou bien que les conduites ne fournissent jamais que des signes secondaires (et encore !) et que la psychiatrie présuppose la souffrance psychique du sujet, ou encore des altérations de son expérience vécue, et non la bizarrerie ou la banalité de ses manières de faire.

Vient ensuite une autre interrogation : la possibilité de souffrir de telle ou telle pathologie mentale (ou encore d'*être fou*), s'avère-t-elle essentielle à l'existence humaine ou, au contraire, contingente, et, corrélativement, peut-on envisager une discipline comme la psychiatrie à propos des animaux, au moins des mammifères supérieurs ? Pour nous exprimer d'une autre façon, est-ce que, dans

le champ de la pathologie mentale, il peut y avoir des occurrences tout à fait contingentes et le fortuit peut-il y trouver une place légitime ?

Cette incertitude peut d'ailleurs se formuler au moins de deux manières distinctes. Pour K. Jaspers, c'est l'opposition entre la *réaction contingente à l'événement vécu* et le *développement pathologique de la personnalité*, tandis que E. Kretschmer^[94] envisageait un passage continu entre un type de caractère et la psychose correspondante (syntonie, cycloïdie, maniacodépressive, et schizothymie, schizoïdie, schizophrénie), alors que K. Schneider soutenait la coupure radicale entre le type de caractère et le type de psychose. Par ailleurs, c'est l'interrogation qui porte, en psychiatrie, sur la part qu'il convient de faire à l'histoire du sujet et sa pathologie ultérieure, quand il y en a une. Et nous pouvons la retrouver dans une locution ancienne comme celle de *structure psychotique* et dans une formulation moderne comme celle de *vulnérabilité*.

Mais cette place reconnue à l'histoire du sujet peut prendre au moins deux acceptions assez différentes. Pour J.H. Jackson^[83] et pour ceux qui s'en réclament, de C. Sherrington^[145] à H. Ey, c'est l'*ontogenèse*, comme mise en place successive d'organisations harmonisant libération et inhibition, de plus en plus complexes et de plus en plus fragiles, ontogenèse du sujet, qui reproduit d'une certaine façon la *phylogenèse* de l'espèce humaine et la *phylogenèse* des mammifères. Pour S. Freud, au moins jusqu'à la seconde topique et au second système des pulsions, la pathologie mentale de l'adulte peut s'expliquer par la façon dont cet adulte a pu régler, favorablement ou non, les conflits essentiels de la vie infantile, avec la triangulation œdipienne, les étapes prégénitales, la constitution de l'inconscient et du surmoi, c'est-à-dire l'histoire du sujet, mais une histoire thématique par des conflits fondamentaux, qui la scandent nécessairement.

Nous devons noter enfin que toutes ces positions générales se retrouvent mises en cause par l'option qui réglera une ultime dichotomie : le pathologique, et ici le pathologique mental, a-t-il une radicale spécificité par rapport au non-pathologique, au point qu'on pourrait parler sans abus d'une essence du pathologique, ou cette distinction doit-elle se trouver sérieusement relativisée ?

Principales théories

Pour les raisons que nous avons précisées plus haut, nous allons exposer les principales théories qui animent la psychiatrie contemporaine en y séparant les théories intrinsèques et les théories extrinsèques.

THÉORIES INTRINSÈQUES

Nous allons y étudier successivement les rôles dévolus à la connaissance du système nerveux central, les rapports de la psychanalyse à la psychiatrie, l'organodynamisme de H. Ey et l'antipsychiatrie anglaise.^[105]

■ *Références au système nerveux central*

Corrélations anatomocliniques

La place nous fait défaut pour exposer en détail la connaissance du système nerveux central et les rôles qu'on a cherché à lui faire jouer en psychiatrie. Trois remarques doivent nous retenir un instant avant d'envisager les principales théorisations en cause.

Nous devons noter d'abord que la connaissance morphologique et fonctionnelle de ce système nerveux s'avère bien tardive, car l'anatomie humaine et l'anatomie comparée du cortex ne prend sa forme rigoureuse, mais macroscopique, qu'après les années 1860, avec les travaux de F. Leuret,^[113] de P.L. Gratiolet^[113] et surtout de P. Broca. Nous devons reconnaître ensuite que l'on attribue un rôle d'autant plus important au cerveau qu'on le connaît moins bien, les uns, comme P. Pinel et E. Esquirol demeurant très réservés, et d'autres, comme G. Cabanis,^[30] puis E. Georget,^[59] s'installant, dès

les débuts du XIX^e siècle, dans un savoir supposé qu'ils tenaient pour presque achevé. Il nous faut aussi garder présent à l'esprit que la neurologie clinique ne date réellement que de la fin du XIX^e siècle, avec les travaux de J. Babinski,^[6] de G. Holmes, puis de J. Déjerine.^[39] Et nous ne devons pas oublier que la neuro-histologie, avec C. Golgi,^[61] puis S. Ramon y Cajal,^[134] remonte seulement aux dernières années du XIX^e siècle, tandis que la cytoarchitecture, avec K. Brodmann,^[28] suivi de C. von Economo^[42] et G.N. Koskinas,^[42] est encore plus récente.

Nous devons dire ici un mot de l'œuvre de Bayle^[16, 17] et de la paralysie générale, ordinairement comprise à l'envers de ce qu'elle a pu historiquement représenter. En 1822, il décrit un aspect particulier d'aliénation mentale, qui reste dans l'orthodoxie de P. Pinel ; la maladie commence par une monomanie ambitieuse avec des troubles élocutoires, suivie d'une manie avec des troubles locomoteurs, et s'achève rapidement par une démence avec des troubles sphinctériens ; l'autopsie révèle soit une goutte, soit une gastrite ou une gastro-entérite chroniques, soit une arachnoïtis chronique. Les anomalies pupillaires ne seront reconnues que vers 1860, l'étiologie syphilitique se trouvera soupçonnée vers 1870, et la sérologie ne remonte guère qu'à 1905. Sa description de l'arachnoïtis chronique concerne surtout les méninges de la convexité, sans aucune précision localisatrice. Ses ennemis, en particulier L. Delasiauve et J. Baillarger,^[7, 8] s'acharnèrent à montrer que les signes proprement psychiatriques ne possédaient aucune spécificité, de sorte que l'idée courante selon laquelle la maladie de Bayle réalisait le modèle même de la maladie mentale d'origine cérébrale comporte une bonne part de légende et de constructions rétrospectives.

Durant la première décennie du XX^e siècle, C. von Economo isola et décrivit précisément l'encéphalite épidémique qui porte toujours son nom. Elle touchait surtout les parois du troisième ventricule, elle entraînait soit une symptomatologie aiguë, avec des altérations de la veille et du sommeil, soit une symptomatologie chronique,^[106] avec des troubles graves du caractère et des comportements pervers. L'on pouvait en tirer deux illustrations contradictoires. Ou bien l'on retenait surtout les lésions, et elle servait alors d'argument à une théorie qui tendit à réduire la psychiatrie à des atteintes du système nerveux central, ou bien l'on remarquait que des lésions de siège uniforme produisaient des syndromes tout à fait disparates, ce qui mettait à mal le principe des localisations cérébrales. Comme cette encéphalite n'a connu qu'une seule épidémie et ne s'est jamais reproduite, elle nous laisse dans un cruel embarras.

Plus près de nous, il convient de rappeler certaines théorisations de la psychiatrie classique, puis de réfléchir sur les apports de la neuropsychologie, à deux époques successives de son développement.

En 1892, dans un volume dédié à l'ensemble des troubles du langage chez les malades mentaux, J. Ségla^[5, 140] isole des autres phénomènes xénopathiques les *hallucinations verbales*, qui concernent le langage^[112] en tant que tel, et non l'audition, qui, elle, se rapporte aux sons et aux bruits. Il estime que les hallucinations verbales sensibles peuvent être conçues comme l'inverse de l'aphasie de C. Wernicke – altération de la réception du langage dans ce mode d'aphasie et altération de cette réception dans ces hallucinations, où du langage est reçu alors que personne ne parle – tandis que, symétriquement, les hallucinations motrices verbales peuvent être conçues comme l'inverse de l'aphasie de P. Broca – altération de l'émission du langage dans ce type d'aphasie et altération de cette émission dans ces hallucinations, alors que *ça parle* quand le sujet ne veut pas parler. Pendant quelques années, J. Ségla va expliquer les hallucinations verbales par l'excitation fonctionnelle du pied de la troisième circonvolution frontale, à gauche chez le droitier ou par un processus semblable dans la partie postérieure des première et seconde circonvolutions temporales, toujours à gauche chez le droitier. Puis cette symétrie lui semblera moins convaincante, il se lassera de ne jamais rien trouver à l'autopsie et critiquera lui-même cette théorisation. Il reste cependant qu'elle eut le mérite d'imposer la distinction entre les hallucinations verbales et les hallucinations auditives.

Notion de processus

Nous devons d'abord reconnaître, un peu plus tard, qu'à lire E. Bleuler,^[21, 22, 23] G. de Clérambault^[35] ou K. Kleist, la référence au cerveau se trouve affirmée avec force, mais sans aucun argument anatomopathologique bien établi. Pour E. Bleuler, une double démarche se trouve à la base d'une théorisation que l'on retrouve, moins bien élaborée, chez beaucoup de ses contemporains. Il part de la constatation que, pour créer la notion de schizophrénie, il faut, d'une part, chercher à réformer la *démence précoce* de E. Kraepelin,^[92] qui ne se révèle pas adéquate à la réalité clinique et évolutive, et, d'autre part, prendre en compte toute la diversité sémiologique en cause. Mais l'originalité propre à E. Bleuler, consiste à introduire dans cette diversité une hiérarchie, en y opposant les signes primaires et les signes secondaires, à partir d'une analogie avec ce qu'on peut observer dans l'ostéomalacie et dans les paralysies oculomotrices. Les signes primaires, d'ailleurs difficiles à bien repérer, sont ceux qui restent présents dans tous les aspects de la schizophrénie, qui manquent dans les autres maladies mentales et ne dépendent pas des circonstances extérieures. Il s'agit pour lui des troubles associatifs, troubles du cours de la pensée, barrages et *fadings* ; ils n'ont pas d'explication psychologique compréhensible, et ils correspondent à ce que K. Jaspers appelait *processus*. À ce titre, ils ne peuvent s'expliquer que par un processus cérébral, d'ailleurs inconnu en 1911 comme de nos jours. Mais il ne s'agit ni d'un *flattus vocis*, ni d'une invention gratuite, car à partir de leur postulation, on peut construire un modèle de la symptomatologie et de l'évolution de la schizophrénie. La référence au cerveau y reste cependant bien générale et sans aucune précision localisatrice. On pourrait dire, d'une certaine manière, qu'un tel report tient lieu de garantie effective pour la permanence de la maladie.

Nous rencontrons un peu plus tard une position voisine dans l'œuvre de G. de Clérambault, à propos des *psychoses à base d'automatisme*, qu'il oppose aux *psychoses passionnelles*. Il s'intéresse à ce que G. Ballet,^[9, 10] en 1911, avait appelé la *psychose hallucinatoire chronique*, mais il en propose une théorisation bien différente et beaucoup plus subtile.

G. Ballet se représentait la psychose hallucinatoire chronique comme l'état inévitable où un sujet parvenait assez vite, du fait qu'il entendait des propos surtout malveillants et qu'il ressentait des impressions génitales importunes, le tout s'expliquant par le modèle qu'avait proposé J. Ségla avant d'y renoncer. G. de Clérambault distinguait deux périodes successives, la première dominée par ce qu'il nommait le *petit automatisme mental*, et la seconde caractérisée par un syndrome hallucinatoire polysensoriel. Le petit automatisme mental correspondait à ce que J. Baillarger avait désigné par la locution d'*hallucinations psychiques* et réalisait une perte de la propriété privée de la pensée, avec des phénomènes où cette pensée se trouvait perturbée, de manière non sensorielle, affectivement neutre et dépourvue de sens pour le sujet, véritable altération de la pensée, qui devient étrangère à elle-même dans le mode ordinaire de la pensée : vide de la pensée, commentaire de la pensée, devinement de la pensée, commentaire des actes, et ainsi de suite. Tous ces phénomènes rudimentaires, privés de signification consciente pour le patient, correspondent pour G. de Clérambault à des perturbations élémentaires et mécaniques du fonctionnement cérébral, séquelles présumées de maladies infectieuses passées inaperçues durant l'enfance.

Le passage au grand automatisme mental s'opère, selon lui, par la transformation du commentaire de la pensée et des actes en expériences sensorielles et xénopathiques, et par la survenue d'hallucinations verbales, d'abord absurdes et incompréhensibles. Il en résulte, de façon en grande partie inconsciente, des réactions caractérielles progressives qui aboutissent à une thématique délirante secondaire, surtout persécutoire, mais parfois mégalomaniacale.

La théorisation de G. de Clérambault est claire : des lésions minimes du cerveau entraînent les phénomènes typiques du petit automatisme mental, incompréhensibles pour le sujet, et, peu à peu, de manière à la fois consciente et inconsciente, les réactions

personnelles font le reste. Le cerveau, en raison de perturbations mineures, qui échappent à l'anatomie pathologique, produit à l'âge adulte des altérations d'abord minimales de la pensée, puis à cette organogenèse succède une évolution en partie psychogénétique, qui rend compte de toute la clinique ultérieure.

Cette conception nous paraît assez voisine de celle d'E. Bleuler car, dans les deux cas, des troubles cérébraux élémentaires (et présumés) expliquent des troubles élémentaires et dépourvus de sens, qui en prennent secondairement, grâce à des mécanismes, quant à eux, compréhensibles, conscients ou inconscients. Le cerveau est là, moins comme une évidence anatomopathologique qui fait plutôt défaut, qu'à titre de garant de ce qu'il y a de non-sens dans la pathologie psychotique.

Nous devons ici dire un mot des travaux de K. Jaspers qui, avant de devenir un philosophe illustre, a, pendant quelques années, travaillé à la clinique psychiatrique de Heidelberg et à qui nous devons quelques repérages fondamentaux dans notre discipline. Une importante partie de son apport à la pathologie mentale tient à deux des courants philosophiques qui l'ont inspiré, la phénoménologie de E. Husserl^[81, 82] et l'historicisme de W. Dilthey.^[40] Bien que E. Husserl l'ait dès ses débuts considéré, sans doute à juste titre, comme un dissident, à la manière de M. Scheler^[139] et de N. Hartmann,^[73] c'est cependant à K. Jaspers que l'on doit l'usage du terme *phénoménologie*, dans la psychiatrie anglaise, américaine, et, plus récemment, germanique, pour désigner l'aspect d'expérience vécue subjective de la clinique, quand elle s'intéresse à ce que ressent le patient et à ce que la clinique peut en faire.

Mais le plus important ne se trouve sans doute pas là. W. Dilthey, historien et sociologue allemand de la fin du XIX^e et des débuts du XX^e siècles, réfléchissant sur la critique des connaissances rigoureuses héritées de l'époque positiviste, estimait que l'histoire ne se trouvait pas moins scientifique que la physique, mais qu'elle l'était d'une autre manière. La physique relevait du *connaître*, qui se disait dans la langue de Goethe *erklären*, et ne proposait rien à la saisie intuitive, tandis que l'histoire relevait du *comprendre* – *verstehen* – qui employait une autre manière de savoir, celle de la saisie intuitive. Le savoir rigoureux, celui que E. Husserl appelait *die strenge Wissenschaft*, correspondait, dans les sciences de la nature, à la connaissance, et dans les sciences morales, à la compréhension.

K. Jaspers transposa, dans la clinique psychiatrique, cette opposition *erklären* versus *verstehen*, *connaître* versus *comprendre*. Un état pathologique, pour lui, pouvait correspondre à quatre éventualités : la réaction pathologique à l'événement vécu, le développement pathologique de la personnalité, le processus psychique et le processus physique. La première occurrence mettait en cause la pathologie réactionnelle, parfois paradoxale ; la seconde relevait du caractère, éventuellement excessif, du sujet ; l'une comme l'autre étaient compréhensibles et en continuité avec la normalité, de sorte que toute coupure n'y pouvait être que conventionnelle. La quatrième, comme le délire de jalousie d'origine alcoolique, renvoyait à un processus physique, de l'ordre de la connaissance et non de la compréhension, car il ne se trouvait rien d'homogène entre les corps mamillaires et le sentiment de jalousie. Et la troisième, qu'il appelait le processus psychique, caractéristique, pour lui, de la pathologie psychotique, ne pouvait se comprendre que très imparfaitement et jusqu'à un certain point vite atteint, de sorte que le plus spécifique de la pathologie mentale se caractérisait à la fois par la limite de la compréhension et l'ignorance, au moins provisoire, de l'étiologie. Même si la dichotomie du *connaître* et du *comprendre* a été remise en cause par la notion d'*interprétation* – *deuten*, entre *erklären* et *verstehen* – telle que l'a proposée à cet égard le grand sociologue allemand M. Weber, nous continuons à rester redevables à K. Jaspers de cette notion de *processus*, dont nous avons du mal à nous abstenir complètement.

Neuropsychologie

Mais, de manière beaucoup plus actuelle, nous devons nous intéresser à ce que nous apportent ces nouvelles disciplines qui se résument dans la locution de *neuropsychologie*. Nous en

distinguerons deux étapes, que nous croyons pouvoir référer d'abord à H. Hécaen,^[76, 77, 78] puis à M. Jeannerod,^[85, 86, 87] l'un comme l'autre amis de toujours.

La première, autour des années 1970-1980, concerne *l'étude des mécanismes neuronaux sous-tendant le comportement humain, discipline fondée sur l'analyse systématique des troubles consécutifs aux altérations de l'activité cérébrale normale dues à la maladie, la lésion ou la modification expérimentale*. Elle se situe à l'intersection des neurosciences (neurologie, neuroanatomie, neurophysiologie, neurochimie) et des sciences du comportement (psychologie physiologique, psychologie génétique, psycholinguistique et linguistique). Elle concerne deux registres un peu différents, celui d'une conception renouvelée des localisations cérébrales et celui des analogies plus ou moins étroites entre certaines pathologies liées à des lésions définies et certains syndromes psychiatriques, non sans se méfier des ressemblances un peu métaphoriques et des approximations plus séduisantes que rigoureuses.

Les localisations cérébrales ne sont plus établies entre une fonction et un territoire, mais l'on cherche, de manière probabiliste, quel pourcentage d'atteintes d'une fonction correspond à un territoire donné, et quel pourcentage de lésion d'un territoire correspond à une fonction donnée.

Il en résulte un ensemble de connaissances qui permet d'attribuer à certaines fonctions symboliques certains territoires (en général, latéralisés). La connaissance de la pathologie psychiatrique du langage, par exemple, s'en est trouvée notablement renouvelée, au moins au niveau clinique, et, par exemple, la tachyphémie de la manie ou la schizophasie, sont étudiées avec des techniques venues de l'aphasiologie. Il n'en est pas résulté la moindre confusion entre psychiatrie et neurologie, mais des rapprochements sémiologiques précieux et suggestifs.

D'autre part, quelques rapprochements intéressants ont pu se faire entre neuropsychologie et psychiatrie. La prosopagnosie (impossibilité de reconnaître l'identité personnelle ou la signification expressive d'un visage, par lésion corticale circonscrite, le plus souvent pariétale droite chez le droitier) connue depuis longtemps, a été étudiée de nouveaux frais, grâce à la neuropsychologie, qui en a distingué plusieurs variétés et qui les a fait correspondre à des territoires bien définis du cortex pariétal, à droite chez le droitier. La prosopagnosie peut, par ailleurs, être rapprochée du syndrome de J. Capgras,^[31] sans oublier le syndrome de Frégoli et d'autres aspects des méconnaissances systématiques. L'étude du schéma corporel et de l'image du corps comporterait des investigations d'une portée assez voisine.

Il ne s'agit, dans de pareilles recherches, pas un instant de *réduire* la psychiatrie à une neurologie réformée par la neuropsychologie, mais bien de penser d'une manière plus critique et mieux informée les liens de la pathologie mentale avec la connaissance de la structure et du fonctionnement du système nerveux central.

Sans rien enlever à l'intérêt de pareils travaux, la neuropsychologie du XXI^e siècle nous conduit à une problématique un peu différente, d'autant plus qu'elle renouvelle la psychologie expérimentale et qu'elle sait tirer partie de cette neuroradiologie contemporaine, à la fois structurale et fonctionnelle ; chacun sait qu'elle confirme les acquis de l'aphasiologie classique de P. Broca, C. Wernicke et J. Déjerine, mais qu'elle met en cause, pour chaque fonction, davantage de territoires et surtout des connexions multiples des champs corticaux les uns avec les autres.

Deux domaines nous intéressent ici : d'une part, une manière nouvelle de concevoir le développement du système nerveux central, qui ne se limite plus à son embryologie ; d'autre part, une révision de ce que ce style de recherche et ses acquis peuvent suggérer à la pathologie mentale.

L'embryologie d'abord, puis le développement durant la vie fœtale et l'importance majeure des rapports entre l'environnement, en particulier la présence des autres reconnus comme tels, et la *fabrication* même du cerveau. Les travaux de M. Jeannerod et de son équipe précisent ainsi la portée de ces innovations. Il faut envisager maintenant ces questions à la lumière d'une dimension nouvelle du

fonctionnement cérébral, le fonctionnement en réseau. Les localisations décrites par les anatomistes et les neurologues classiques doivent être révisées et conçues comme incluses dans des réseaux qui se font et se défont selon la tâche cognitive dans laquelle le sujet est impliqué. Les mêmes zones du cerveau servent plusieurs fonctions et peuvent faire partie successivement de plusieurs réseaux fonctionnels différents. En d'autres termes, une zone cérébrale donnée n'a pas une fonction unique : ses ressources sont mises à profit dans des stratégies cognitives différentes ».

Il en résulte que même le cerveau adulte se trouve modifiable au cours du temps, car si la structure générale des connexions reste immuable, leur capacité à transmettre de l'information varie en fonction de l'activité du réseau auquel elles appartiennent et l'apprentissage devient un phénomène permanent. Il découle de cette nouvelle manière de concevoir les rapports des neurones et des synapses que cette plasticité synaptique, qui se déroule durant les apprentissages, mais aussi pendant le développement et au cours de toute la vie adulte, nous conduit à comprendre comment le cerveau de chaque membre de l'espèce humaine constitue une œuvre unique, malgré des traits structuraux uniformes et permanents.

Par ailleurs, l'homme vit en groupe dès le début de son existence et échange par divers procédés, avec ses congénères, des informations qui vont dans un sens centripète et dans un sens centrifuge, de telle sorte que, très tôt, il s'agit d'une communication intersubjective où le phénomène essentiel est la possibilité de construire à l'intérieur de nous-mêmes des représentations mentales de l'autre, et réciproquement, ce qui, soit-dit en passant, dément tout à fait la métaphore de la table rase, chère aux empiristes. Ce qu'on appelle alors le *mouvement biologique*, c'est-à-dire le mouvement exercé par un congénère, a des caractéristiques perceptives et comportementales bien distinctes du *mouvement physique*, car ce mouvement biologique suppose une gestion, non seulement des déplacements, mais des buts et des programmes d'action. La reconnaissance réciproque de l'autre et les moyens neuronaux et synaptiques qui la sous-tendent deviennent alors les aspects les plus importants des recherches neuropsychologiques contemporaines.

Il n'en résulte, pour le moment, aucune théorisation d'ensemble de la pathologie mentale, mais seulement une modification radicale de concevoir la manière d'étudier les relations entre la structure et le fonctionnement du système nerveux central, d'une part et de l'autre, les données du comportement et de l'expérience vécue, et donc, à l'avenir, d'envisager dans une perspective radicalement neuve les liens de la pathologie mentale et de l'encéphale, à condition de ne pas chercher d'avance à instaurer une nouvelle formulation du réductionnisme.

Biotypologie

Pour ne pas rester trop incomplet, nous devons dire un mot maintenant de deux autres aspects des rapports entre la pathologie mentale et l'organisme, d'un côté, la *théorie des constitutions*, et, de l'autre, le *rôle présumé des neurotransmetteurs*. La notion de constitution n'est plus guère à la mode, surtout dans la forme anecdotique que lui avaient conféré F. Achille-Delmas^[2] et E. Dupré^[41], mais nous croyons que nous ne pouvons négliger les recherches biotypologiques de E. Kretschmer et celles de F. Minkowska, qui mériteraient une place dont nous ne disposons guère ici, d'autant qu'il nous faudrait alors parler aussi de L. Corman, de N. Naccarati et de W.H. Sheldon.

L'œuvre de E. Kretschmer comporte au moins deux aspects dont seul le second nous intéresse directement ici. D'une part, il concerne des corrélations qu'il estimait avoir établies par des travaux statistiques qui peuvent nous paraître actuellement un peu rudimentaires, corrélations entre la morphologie pycnique et la psychose périodique maniacodépressive, la morphologie leptosome et la schizophrénie, ainsi qu'entre la morphologie athlétique et l'épilepsie, trois grands types de pathologie mentale tenus souvent pour endogènes. D'autre part, il a su mettre en valeur la thèse selon laquelle, abstraction faite de toute biotypologie, il existerait une

continuité entre un type de caractère, simple variété dans l'espèce humaine, une pathologie de ce caractère et une maladie mentale proprement dite. Il propose ainsi trois occurrences qui illustrent cette continuité présumée : cyclothymie (syntonie), cycloïdie, psychose périodique maniacodépressive ; schizothymie, schizoïdie, schizophrénie ; glyschroïdie, épilepsie.

Cette théorie de la continuité entre type de caractère, pathologie du caractère et pathologie mentale, s'oppose clairement à la conception de K. Schneider, pour qui, entre les aspects divers du caractère et les psychoses, il existe une discontinuité absolue, qui constitue une coupure radicale. Il s'agit à cet égard de deux manières complètement opposées de concevoir la pathologie mentale, selon qu'on se la représente comme une distorsion de ce qui pouvait s'observer dans la normalité, ou qu'on la pense comme hétérogène à cette normalité. Nous estimons que nous ne rencontrons pas là deux opinions entre lesquelles une observation rigoureuse permettrait de trancher, mais plutôt deux options a priori inconciliables et peu accessibles aux enseignements éventuels de l'expérience.

Relais chimiques

Dans un tout autre registre, nous n'estimons pas qu'on puisse parler véritablement de quelque chose comme *une théorie neurochimique* de la psychiatrie, et nous ne voyons pas de quel patronyme nous pourrions honnêtement l'orner. Et pourtant, les développements de la chimie cérébrale, depuis plus de quarante ans, nous paraissent si importants et se recourent de manière si enchevêtrée, et parfois si redondante, avec les résultats des thérapeutiques neuroleptiques, antipsychotiques, thymoanaleptiques et anxiolytiques, que nous devons nous demander en quoi et de quelle manière l'état présent de cette neurochimie pourrait nous fournir des modèles propres à éclairer au moins certaines parties de la psychiatrie. Le lecteur peut d'ailleurs se reporter aux chapitres de l'Encyclopédie médico-chirurgicale qui en traite spécifiquement, comme les 37040-A-10, 37860-A-10, 37860-B-10, 37860-B-50 et 37860-B-70.

Quelques remarques s'imposent ici. Notons d'abord qu'il ne peut s'agir que de modèles expérimentaux, probables et provisoires connus surtout chez l'animal et dont la transposition complète chez l'homme appelle bien des réserves. Remarquons aussi que le nombre de neurotransmetteurs est allé en croissant, qu'on y distingue plusieurs catégories (monoamines, acides aminés, neuropeptides, etc.) et que certains d'entre eux présentent des analogies de structure avec la mescaline, la psilocybine et l'acide lysergique. Ils résultent du métabolisme propre au neurone (stockage, libération, recaptage) et à la fente synaptique (fixation sur un récepteur, inactivation), ils dépendent de multiples systèmes enzymatiques et l'on commence à isoler et à situer, à partir d'eux, des voies dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques, qui tendent à dessiner une sorte d'hodologie neurochimique.

Le schéma d'ensemble du fonctionnement du système nerveux central s'en trouve renouvelé en grande partie, mais pour constituer une théorie neurochimique de la psychiatrie, il faudrait pouvoir faire jouer de multiples analogies entre l'observation animale, les effets thérapeutiques et les effets secondaires de ces médicaments chez l'homme, sans compter les mesures directes de tel ou tel neurotransmetteur.

La plupart des spécialistes de ce domaine admettent qu'on ne peut rien proposer de consistant dans le registre des névroses, et que l'essentiel concerne la psychose maniacodépressive, surtout sous la forme endogène bipolaire, et la schizophrénie. À partir de là, les conceptions dopaminergiques et les conceptions sérotoninergiques se sont affrontées et se sont succédées ; l'accroissement du nombre de neurotransmetteurs, de neuroleptiques et d'antipsychotiques a permis de renouveler les hypothèses et d'argumenter les débats, sans qu'on puisse, au moins pour le moment, retenir quelques mécanismes à la fois simples et exhaustifs.

■ *Psychanalyse et psychiatrie*

Nous n'allons pas esquisser ici un résumé de la pensée de S. Freud, mais nous rappellerons par quelles étapes ont évolué les rapports

de la psychanalyse avec la pathologie mentale où cette psychanalyse a effectivement pris naissance à la fin du XIX^e siècle. Sans chercher à dater avec précision ses débuts, nous ne pouvons oublier ni ses travaux avec J. Breuer, qui conduisirent S. Freud à abandonner l'hypnose, au profit des associations libres, dans le traitement de l'hystérie de conversion, ni sa participation à la taxinomie psychiatrique, quand il opposa les névroses actuelles aux névroses de transfert, et qu'il sépara dans ces dernières l'hystérie, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle. En quelques années, au début du XX^e siècle, il montra ce que pouvait être l'interprétation du rêve, puis celle des lapsus, des actes manqués et d'autres phénomènes de la psychopathologie de la vie quotidienne, il introduisit la notion de sexualité infantile, il distingua les perversions de but et les perversions d'objet, il proposa la première topique – conscient, préconscient, inconscient – et le premier système des pulsions – pulsions sexuelles et pulsions du moi – et sépara le principe de plaisir du principe de réalité. Les épreuves de la Première Guerre mondiale, l'intérêt pour la pathologie psychotique, marqué par le commentaire sur les *Mémoires* du président Schreber, et pour un renouvellement de la notion de narcissisme, le conduisirent, entre 1920 et 1923, à formuler une seconde topique – moi, sur-moi, ça – dans laquelle une partie du moi était inconsciente, et un nouveau système des pulsions – pulsions de vie et pulsions de mort.

La psychanalyse, qui avait commencé par mettre au point une thérapeutique des névroses de transfert, devint progressivement une véritable anthropologie. Cette conception générale de l'homme mettait l'accent sur l'importance décisive de la libido et du moi et elle rendait compte de la pathologie mentale à partir du schéma typique d'une évolution banale, mais susceptible d'avatars ; c'est ainsi que, partie d'un canton de la psychiatrie, la psychanalyse s'en éloigna pour édifier une théorie générale de l'existence humaine, puis retourna vers la psychiatrie, pour l'envisager dans son ensemble. Les travaux de K. Abraham,^[1] l'un des rares disciples toujours fidèles de S. Freud, montrent que l'emploi judicieux des notions de fixation et de régression, ainsi que la distinction des stades oral, anal et génital, permettent d'établir une relation bijective entre ce qui est œdipien et les névroses de transfert et ce qui relève du pré-génital et les psychoses dans leur ensemble.

Dès lors, sauf pour la partie de la psychiatrie liée sûrement à des lésions cérébrales indiscutables, son champ cesse d'apparaître comme habité par la somme fortuite de syndromes disparates, car la réflexion psychanalytique parvient alors à rendre compte à la fois de son unité et de sa diversité. Elle explique son unité, car elle permet de soutenir que tous ses aspects résultent de ce que le développement libidinal du sujet s'opère à travers des conflits essentiels, qui peuvent ou non être résolus, d'ailleurs de diverses manières, et, à cet égard, elle tend à estimer que la possibilité même de quelque chose comme la folie se trouve incluse dans l'humanité de l'homme, et par là même n'a rien de fortuit.

Mais elle peut aussi justifier la diversité des éléments de ce champ, car si les névroses de transfert correspondent à la situation œdipienne, à la fragilité de ses conflits et à l'angoisse de castration, et si les psychoses renvoient à l'ordre pré-génital et à l'angoisse d'anéantissement, il en résulte une systématisation d'ordre métapsychologique : l'opposition du registre névrotique au registre psychotique cesse alors d'être seulement un principe classificatoire empirique et fortuit, pour devenir une organisation presque a priori. Et à l'intérieur de chacun de ces registres, on pourrait reprendre une démarche analogue, qui rendrait compte des subdivisions ultérieures, comme celle de la psychose maniacodépressive et de la schizophrénie. Nous pouvons comprendre alors pour quelles raisons, à un moment de son œuvre, S. Freud a pu comparer les rapports de la psychiatrie et de la psychanalyse à ceux de l'anatomie et de l'histologie.

Nous n'ignorons pas ce que la psychanalyse est devenue après sa mort, en 1939, et comment elle s'est trouvée dans des situations où, à la fois, elle a cherché à prolonger les résultats de ses travaux et elle a inévitablement remis en question certains de leurs aspects et modifié certains autres. Nous pouvons rappeler à nos lecteurs les recherches de M. Klein,^[90] S. Isaacs, J. Riviere, N. Searl, W.R. Bion,

D. Winnicott, H. Rosenfeld, mais aussi E. Pichon, J. Lacan,^[97] S. Leclaire,^[110] S. Nacht,^[126] M. Bouvet, A. Green, P. Aulagnier, S. Lebovici, P.C. Racamier et quelques autres, sans oublier les locutions nouvelles que certains d'entre eux ont introduites dans ce vocabulaire, comme position paranoïde^[58] et position dépressive, forclusion-du-nom-du-père, pictogramme ou narcissisme de mort.

Nous comprenons ainsi que la psychanalyse concerne la psychiatrie de plusieurs manières, car elle représente à la fois des modalités thérapeutiques qui ne se limitent plus aux névroses de transfert, mais, avec des aménagements divers, concernent aussi certaines psychoses et, depuis quelques temps, certains états-limites, des conceptions étiopathogéniques de certains troubles psychiatriques particuliers, et surtout une manière globale de considérer la psychiatrie dans son ensemble, démarche qui constitue bien autre chose qu'une psychogénèse hâtivement généralisée.

Par ailleurs, et c'est sans doute A. Green^[62, 63, 64] qui l'a le plus justement repéré dans son livre de 1994,^[62] il convient, quand on cherche à préciser ces rapports entre psychiatrie et psychanalyse, de bien distinguer le *travail de psychanalyse*, le *travail de psychanalyste* et le *travail de psychanalysé* : le premier concerne ce qui se passe dans le cabinet du psychanalyste, avec éventuellement des psychothérapies, si l'analyse proprement dite n'est pas indiquée ; le second concerne ce que fait l'analyste hors de son cabinet, en institution, par exemple, mais aussi en littérature, et il s'agit alors d'un travail de psychanalyste, mais hors cadre ; le troisième, c'est celui de quelqu'un dont la formation psychanalytique a pu être complète, mais qui ne pratique pas le travail de psychanalyse, même s'il travaille en psychiatrie. Ces distinctions peuvent sembler trop rigides, et leur auteur est le premier à le reconnaître, mais leur *esprit* permet de ne pas tout mélanger.

Nous devons aussi rappeler, sans posséder ici assez d'espace pour en traiter sérieusement, que les modalités mêmes de ces entreprises thérapeutiques, malgré le maintien de la *cure-type*, peuvent être diverses, selon qu'elles s'adressent aux enfants ou aux adolescents, ou aux psychotiques adultes, ou bien qu'elles prennent les formes du psychodrame ou des thérapies de groupe.

■ Organodynamisme de Henri Ey

Nous allons y consacrer ici quelques lignes, car nous croyons que c'est la dernière et la plus prestigieuse conception de la psychiatrie qui ait cherché à en théoriser la globalité dans toute son étendue, en estimant qu'une telle entreprise demeurerait rationnellement praticable et en rendant compte de tous les aspects les plus divers de la pathologie mentale. Sa première formulation date de 1934,^[44] dans un livre préfacé alors par J. Séglas, et sa dernière paraît en 1975,^[47] mais l'une comme l'autre exposent les mêmes thèses, à la fois rigoureusement établies à l'orée d'une incomparable carrière et réaffirmées deux ans avant son achèvement avec une maîtrise qui ne s'était jamais démentie durant ces nombreuses années.

Il s'inspirait d'une prodigieuse expérience clinique, toujours critique d'elle-même, et d'une attentive lecture des travaux de J.H. Jackson. La première source lui fournissait le domaine à explorer et à mettre en forme, et la seconde lui apportait deux fils conducteurs. Le grand neurologue anglais du XIX^e siècle avait été sauvé de l'oubli par H. Head et par K. Goldstein, à qui l'on devait le retour à une neurologie globaliste, retour qui inspira tout un renouveau de la connaissance du système nerveux central durant l'entre-deux guerres. Il estimait que les atteintes de ce système étaient toujours des déstructurations, détruisant les fonctions sous-tendues par le niveau lésé et libérant les fonctions sous-jacentes, et s'exprimant, au niveau clinique, par des signes négatifs, dus aux fonctions détruites, et par des signes positifs, dus aux fonctions libérées. H. Ey allait s'inspirer de ce modèle qui, d'ailleurs, remontait à A. Comte par J.S. Mill et H. Spencer, pour donner à l'ensemble de la psychiatrie une physionomie homogène, intelligible et rationnelle.

Il se devait d'abord de situer la psychiatrie, qu'il définissait comme une *pathologie de la liberté*. Sous sa plume, cette locution n'avait rien de romantique ni d'approximatif. En bon thomiste, et disciple d'Aristote par l'intermédiaire de Saint Thomas d'Aquin, il concevait

l'univers comme réparti en trois registres hiérarchisés : la matière, la vie et l'esprit. La matière est faite d'atomes, diversement rassemblés dans les molécules assez simples de la chimie minérale. La vie, dont les propriétés relèvent d'un autre ordre, se trouve composée à son tour des mêmes atomes, mais rassemblés dans les molécules infiniment plus complexes de la chimie organique et surtout de la chimie biologique : mêmes éléments de base, mais unis entre eux de façon incomparablement plus compliquée, car si c'est bien le même atome du même carbone qu'on trouve dans le gaz carbonique et dans les protéines les plus élaborées, cela signifie que la *base* de la matière et de la vie est la même, mais que la *forme* est tout à fait différente, selon un principe d'*hylémorphisme* parfaitement aristotélicien. Comme la vie se fonde sur la matière, l'esprit se fonde sur la vie, mais il est caractérisé par cette liberté qui manque à la vie et à la matière. La médecine correspond à la vie, mais la psychiatrie, à la fois dans la vie et hors de la vie, fait référence à l'esprit, dans l'acception hiérarchique de ce terme.

La psychiatrie se distingue de la neurologie, non pas qu'elle correspondrait à l'atteinte d'on ne sait quel être de raison autre que le cerveau, mais parce que toute sa pathologie est faite de déstructurations globales, tandis que la pathologie neurologique est faite de déstructurations partielles, de sorte que la première concerne la liberté, et non la seconde. Dans la pensée de J.H. Jackson, il s'agissait d'ailleurs de structures acquises durant la vie embryonnaire et fœtale, puis l'enfance, l'ontogenèse reproduisant la phylogenèse, bien plus que de champs fonctionnels sous-tendus par des localisations.

Ces déstructurations globales peuvent porter sur la structure de la conscience ou sur la structure de la personnalité (et dans cette seconde occurrence, certains aspects de la conscience peuvent être aussi déstructurés). C'est ainsi que H. Ey, partisan de l'unité foncière du champ de la psychiatrie, mais clinicien méticuleux, peut à la fois conserver le caractère homogène et unitaire de la pathologie de la liberté et y distinguer des espèces morbides diverses, non pas dans une collection fortuite, mais dans une diversité systématisée.

Il sépare ainsi les déstructurations de la conscience des déstructurations de la personnalité. Dans les premières, il retient le domaine des psychoses aiguës, avec la manie et la mélancolie, les bouffées délirantes et les états oniroïdes, et les états confuso-oniriques ; mais il remarque aussi leur unité, car la conscience se trouve peu déstructurée dans la manie et la mélancolie, davantage dans les bouffées délirantes et bien plus dans les états confuso-oniriques. Il réussit ainsi à donner un statut différentiel à la manie, la mélancolie, les bouffées délirantes et les états confuso-oniriques, tout en maintenant l'unité des psychoses aiguës.

Le registre des déstructurations de la personnalité s'avère plus complexe, car il s'agit pour lui, tout en préservant son unité, d'y observer des déstructurations diachroniques de la conscience de soi, c'est-à-dire des divers degrés de désorganisation du système de la personnalité : ^[46] le moi devenu démentiel, analogue d'ailleurs au moi non advenu du grand arriéré ; le moi psychotique du délirant, dans les psychoses schizophréniques, fantastiques ou systématiques, avec des aspects divers de l'aliénation de la personnalité et l'effondrement du monde ; le moi névrotique, avec la neutralisation de l'angoisse et l'identification ^[115] de son personnage dans le monde réel ; et enfin le moi caractéropathique, fixation originnaire de la personne entravant la liberté de ses changements éventuels.

H. Ey propose ainsi de reconnaître l'unité du champ de la psychiatrie, sans négliger pourtant sa diversité, grâce à une théorisation précise de cette diversité même. Nous devons proposer une remarque complémentaire, pour éviter toute ambiguïté : dans *organodynamisme*, la première partie du mot ne signifie pas un instant « organicisme », ni même « organique », mais « organisation », et le mot en entier renvoie à l'organisation dynamique du sujet le long de son existence, envisagée comme une autoconstruction continue, avec des moments privilégiés.

■ Antipsychiatrie anglaise

Un peu oubliée de nos jours, à cause, peut-être, de la mort prématurée de ses protagonistes, R.D. Laing ^[99, 100] et D. Cooper, ^[36]

elle a joué un rôle important dans les années 1960-1970, et elle pose encore à la psychiatrie des questions majeures. C'est pourquoi nous lui consacrerons quelques lignes, en sachant qu'elle signifie tout autre chose qu'une dénégation véhémement de la légitimité de la psychiatrie, et qu'elle a représenté un retour à l'unité de la pathologie mentale.

Elle s'inspire à la fois de l'œuvre de M. Jones ^[88, 89] et de l'école de Palo Alto. Elle prend comme paradigme de la pathologie mentale la schizophrénie paranoïde, dont elle propose une conception à la fois dénonciatrice et étiopathogénique. Un tel patient existe bien en tant que patient, mais il faut savoir comment il en est arrivé à cette position de malade d'asile, asile luxueux ou asile misérable. Il s'est d'abord agi d'un sujet fragile, le plus fragile de son groupe, en particulier de son groupe familial. Inquiet de cette fragilité, son groupe a eu recours aux moyens alors proposés par la société, c'est-à-dire la psychiatrie, soit la consultation coûteuse du psychanalyste renommé, soit l'établissement rural, sale et à peine spécialisé, mais chaque variété revenait à l'autre. Pris dans ces occurrences thérapeutiques qui constituaient un piège, il n'a pu survivre, partiellement, comme sujet, qu'en devenant ce qu'on attendait de lui, à savoir un schizophrène chronique, transformé aussi bien par la violence des neuroleptiques à hautes doses que par la violence des interprétations, et, éventuellement, la violence tout court.

Mais un tel destin n'est pas inéluctable, à la condition que des gens attentifs *viennent accompagner le voyage*. Il y faut une institution où le sujet ne se voie opposer aucune contrainte – sauf quo ad vitam –, qu'il ait, librement, des entretiens qui ne soient jamais des interprétations, qu'il ne reçoive pas de médication, sauf, parfois, des anxiolytiques à faible dose et pendant peu de temps. Toute cette pratique s'exprime par l'opposition entre *entreprendre un traitement*, chimique ou psychothérapeutique, mais autoritaire de façon franche ou de manière dissimulée, ou *accompagner le voyage*.

Nous n'avons à discuter ni cette conception de la schizophrénie, ni les modalités de cet accompagnement, mais à nous rendre compte de ses effets indirects sur la pratique thérapeutique actuelle. Malgré quelques outrances de langage, beaucoup en ont appris à se méfier du triomphalisme thérapeutique, à ne pas se précipiter sur les prescriptions médicamenteuses, à ne pas viser sans mesure la disparition des symptômes, à ne pas croire qu'ils possédaient forcément la vérité et le souverain bien du patient et à ne pas confondre l'écoute et l'interprétation. C'est pourquoi nous devons dire un mot de l'antipsychiatrie anglaise, ne serait-ce que pour éviter l'ingratitude.

THÉORIES EXTRINSÈQUES

Nous allons examiner maintenant des théories qui, tout en concernant la psychiatrie, ont leur origine en dehors d'elle et y viennent secondairement. Sans nous illusionner sur cette taxinomie, nous y distinguerons des théories surtout issues de la psychologie et des théories qui se réfèrent davantage aux sciences sociales.

■ Références prévalentes à la psychologie

Nous allons porter notre attention sur la réflexologie et le behaviorisme, ^[152] puis nous dirons un mot des théories cognitivistes. Comme chacun sait, I.P. Pavlov naquit sept ans avant S. Freud et reçut le prix Nobel de médecine en 1904 pour ses travaux sur les réflexes conditionnés, mais poursuivit sa carrière longtemps après la Révolution d'octobre, et, jusqu'à sa mort en 1936, s'efforça de proposer pour certaines maladies mentales des modèles inspirés des notions de conditionnement et de second système de signalisation. Les réflexes conditionnés ont d'abord paru se limiter au contrôle cérébral des sécrétions exocrines chez le chien, en particulier du suc gastrique. Mais I.P. Pavlov rendit ses conceptions beaucoup plus compliquées en y introduisant les notions d'excitation, d'inhibition, de renforcement, de déconditionnement et de second système de signalisation. Il apparut alors que le champ de la réflexologie pouvait s'étendre au comportement de la quasi-totalité des mammifères supérieurs, et en particulier de l'homme, et bien au-delà du contrôle des sécrétions gastriques.

Il rendait compte ainsi de l'ensemble des apprentissages chez l'homme par une substitution progressive et hiérarchisée des stimuli et des réponses conditionnées aux stimuli absolus. Mais il pouvait aussi prendre en compte le langage humain, par un habile emploi du modèle que F. de Saussure avait proposé avec le principe de l'arbitraire du signe, principe dont on retrouvait l'essentiel dans l'œuvre du linguiste américain L. Bloomfield.^[24]

Il était arbitraire d'associer un son déterminé à la présentation d'un plat de viande, mais à condition d'associer un certain nombre de fois le stimulus absolu au stimulus conditionné, le stimulus conditionné finissait par suffire à provoquer la sécrétion gastrique : il était tout aussi arbitraire d'associer le signifiant *cheval* à un « cheval », puisqu'au-delà de la Manche, il s'agissait du signifiant *horse* et, à l'est du Rhin, du signifiant *Pferd*. Dès lors, le rapport du stimulus conditionné au stimulus absolu pouvait être considéré comme analogue au rapport du signifiant au signifié, de telle sorte que le langage humain pouvait être envisagé par la réflexologie comme un domaine d'application légitime, et grâce à ce raisonnement, I.P. Pavlov pouvait espérer ébaucher une étude scientifique de l'expérience intime de l'homme, grâce à ce second système de signalisation, et les travaux de L. Bloomfield le garantissaient autant que ceux de F. de Saussure. Le langage ainsi conçu permettait aux investigations sur la conscience d'entrer dans la psychologie expérimentale, alors que le behaviorisme de J. Watson^[153] l'en avait durement exclu au début du XX^e siècle.

En d'autres termes, si la réflexologie peut tenir le langage humain comme identique au comportement linguistique, qu'elle explique avec ses propres catégories et si l'expression de la vie intérieure se réduit au langage, alors la réflexologie peut se prétendre apte à décrire et à connaître la totalité des conduites humaines, en y incluant le *cogito*, les mathématiques et les passions.

I.P. Pavlov s'est intéressé directement à la psychiatrie par deux biais. D'une part, il montra que si un chien est conditionné à la récompense par la présentation d'un cercle et au châtiement par celle d'une ellipse, quand on le stimule par un objet ambigu, cercle un peu elliptique ou ellipse un peu circulaire, il y répond par un état de désarroi qu'on a rapproché de la pathologie humaine en le qualifiant de *névrose expérimentale*, et en y trouvant quelque chose de voisin de la névrose d'angoisse. En s'inspirant à la fois d'Hippocrate et de E. Kretschmer, il a ébauché une typologie des chiens, selon que, placés dans de telles conditions expérimentales, ils se révélaient plutôt rétifs ou plutôt enclins à cet état de désarroi : forts-impétueux (colériques), forts-équilibrés (sanguins), forts-équilibrés-lents (flegmatiques), faibles (mélancoliques), ces derniers se révélant très portés sur cet état de désarroi et d'inhibition. Pareilles observations suscitaient à l'évidence des rapprochements anthropomorphiques, dont la qualité scientifique demeurerait discutable.

D'autre part, il envisagea des modèles réflexologiques de certains syndromes psychiatriques. La schizophrénie, par exemple, lui semblait pouvoir se déchiffrer par la combinaison de ce qu'il appelait un *état hypnotique chronique* (inhibition corticale étendue et durable, qui expliquait l'apathie, le négativisme, les stéréotypies, l'écholalie, l'échopraxie, la catalepsie) avec une libération concomitante de ce qu'il entendait par *formations sous-corticales* (puérilisme, bouffonneries, excitation). Et, tout comme la psychasthénie, l'hystérie lui semblait justifiable d'une interprétation du même ordre : réduction d'un syndrome à la co-occurrence de quelques signes, puis explication de chacun d'entre eux par ressemblance avec ce que pouvait montrer l'expérimentation sur les réflexes conditionnés.

J. Watson reconnaissait beaucoup devoir à I.P. Pavlov, mais aussi à S. Freud, et, avec le behaviorisme molaire, E.C. Tolman faisait de même. Ils prétendaient pouvoir se passer, dans la psychologie expérimentale, de la notion de conscience, un peu comme Laplace se dispensait, en astronomie, d'avoir besoin de l'hypothèse de Dieu. Le modèle stimulus-réponse paraissait suffisant, et la métaphore de la boîte noire les autorisait à ne pas s'intéresser un instant à l'encéphale. J. Watson tenait la pathologie mentale, sauf pour sa partie évidemment lésionnelle et pour les intoxications exogènes,

comme constituée par un certain nombre de syndromes et chaque syndrome de quelques conditionnements, d'ailleurs malencontreux, mais que l'on pouvait faire disparaître par les techniques de déconditionnement. Il raconte ainsi – toute déontologie mise à part – avoir réussi à produire l'équivalent d'une névrose phobique (phobie du contact des fourrures) chez un enfant jusque-là normal, en lui associant un bruit très violent, qu'il détestait, avec le contact d'une fourrure, d'abord indifférente, puis l'en avoir guéri par déconditionnement.

Il rejetait comme métaphysique tout questionnement sur les étiologies et estimait pragmatique de tenir les névroses et les psychoses pour des regroupements de symptômes, dont chacun pourrait être reproduit expérimentalement par un conditionnement approprié et disparaître grâce à un déconditionnement symétrique du conditionnement. C'est là une théorisation qui, d'une part, tient compte de l'histoire du sujet, conçue d'ailleurs comme la chronologie de ses conditionnements, et, de l'autre, propose une praxis thérapeutique, qui d'ailleurs en résulte directement.

C'est d'ailleurs le renouveau des *thérapies comportementales*, depuis J. Wolpe,^[157] mais après la révision que B.F. Skinner avait apportée au conditionnement, avec la notion de conditionnement opératoire, qui a redonné, en psychiatrie, une place au behaviorisme, que l'on tendait un peu à oublier depuis les développements de la neuropsychologie.^[75] Son domaine, s'il ne couvre pas la totalité de la pathologie mentale, demeure étendu : anxiété, impuissance sexuelle, frigidity, homosexualité, asthme, troubles dits obsessionnels-compulsifs, mais aussi certaines inadaptations sociales et certaines bizarreries qu'on peut observer chez des schizophrènes. L'indication de choix demeure le registre des monophobies.

Nous devrions dire ici quelques mots des *thérapies cognitives* en psychiatrie. Nous avons déjà parlé plus haut de leurs fondements théoriques, mais seul un développement spécifique pourra fournir une information complète sur ces divers modes de traitements. Il est développé dans les chapitres thérapeutiques de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, et nous y renvoyons le lecteur.

■ **Références prévalentes à la sociologie**

Personne ne saurait ignorer l'importance des facteurs d'environnement dans la pathologie mentale, d'un côté pour des raisons d'épidémiologie, car l'on connaît des corrélations entre le statut socio-économique et la morbidité, de l'autre, pour des motifs de thérapeutique, car on ne saurait organiser de prise en charge, en particulier pour les patients psychotiques, en ignorant les conditions de leur vie quotidienne. Mais les conceptions sociogénétiques avancent tout autre chose, en faisant de la maladie mentale une adaptation seconde, toujours dommageable et souvent ratée, à l'action pathogène du milieu, de l'entourage proche ou lointain, et de la condition sociale elle-même. Il est donc douteux que la notion de maladie y conserve un sens authentique, sauf maladie professionnelle ou accident du travail, car elle y apparaît plutôt comme une mystification supplémentaire imposée par la société.

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, la sociogénèse des maladies mentales prit un tour un peu nouveau, en alliant le matérialisme mécaniste d'I.P. Pavlov au matérialisme dialectique du vainqueur de L. Trotsky, avec quelques emprunts : à H. Selye, avec le modèle du stress ; à une conception alors vieillie de la psychanalyse, le schéma réaliste de la malfaisance des frustrations effectivement subies durant l'enfance, surtout dans le cas de l'enfance démunie ; et la nocivité intrinsèque au capitalisme se retrouvait comme facteur étiopathogénique avec les conséquences de la taylorisation, de la parcellarisation des tâches (*Le travail en miettes* de G. Friedmann),^[156] et l'automatisation à ses débuts. Il en résulta une synthèse un peu hétérogène, mais aussi des travaux cliniques qui ont fait date, comme ceux de L. Le Guillant^[111] sur la condition de bonne à tout faire, sur les névroses des téléphonistes et des mécanographes, et sur l'adolescence inadaptée.

Un peu plus tard le *freudo-marxisme* tendit à rejeter I.P. Pavlov et à préférer L. Trotsky à J.V. Staline, non sans une durable admiration pour le Grand Timonier et pour Che Guevara, grâce à un retour au

jeune Marx, parallèle au *retour à la lettre* de l'œuvre de S. Freud, métabolisé par L. Althusser et par une certaine lecture de J. Lacan. Il en est résulté un *brain storming* brillant et très parisien, mais peu de travaux cliniques pertinents.

De nos jours, ces considérations ont beaucoup vieilli, et la ville fondée par Pierre le Grand a repris son ancien nom, mais elles ont en partie laissé une certaine place à l'étude de la *grande précarité*, dont les uns estiment qu'elle conduit à la pathologie psychotique chronique, tandis que d'autres pensent que cette pathologie psychotique chronique mène à la grande précarité.

Il nous reste donc à examiner maintenant celles des théories qui tentent de rendre compte de la psychiatrie en utilisant surtout des considérations qui accordent une place privilégiée aux données sociales. Ces conceptions nous semblent pouvoir se répartir en deux groupes, selon qu'elles se reportent plutôt à la microsociologie et à la psychologie sociale ou plutôt à la macrosociologie et aux conditions historiques.

Parmi les références prévalentes à la microsociologie, nous rencontrons l'*Ecole de Palo Alto*, avec les travaux de G. Bateson,^[15] de P. Watzlawick,^[154] de J.H. Beavin, de D.D. Jackson et d'autres ; elle utilise la théorie de l'information et la théorie de la communication, et fait certains emprunts à la cybernétique et à la théorie générale des systèmes de L. von Bertalanfy.^[18]

L'apport le plus intéressant à la pathologie mentale, dont nous avons déjà dit un mot à propos de l'antipsychiatrie anglaise, concerne une étiologie de la schizophrénie, prise lato sensu, dans l'acception d'une affection grave et durable de l'expérience et du comportement, et à la lumière d'une théorie de la communication, qui sert à la fois de science fondamentale et de métapsychologie.

Le point de départ revient à noter que dans les groupes humains la communication s'opère selon deux modes bien distincts : l'un, qu'on appelle *digital*, c'est-à-dire numérique et donc dénombrable, est le langage doublement articulé, au sens du linguiste danois L. Hjelmslev,^[80] et conventionnel, dont l'écriture réalise la reproduction fidèle ; l'autre, dénommé *analogique*, utilise tous les autres moyens de communication, tels que l'intonation, les variations d'accent, les mimiques du visage, les gestes des mains, les comportements significatifs, et ainsi de suite. D'ordinaire, message digital et message analogique se révèlent équivalents et renvoient au même contenu sémantique, exprimant la même chose. Parfois, il peut y avoir des différences entre les deux.

L'école de Palo Alto estime que lorsque, dès l'enfance, de manière répétée et durable, l'un des membres du groupe, le plus souvent du groupe familial, reçoit surtout des messages digitaux dont le sens se trouve contredit, soit par certains de ces messages eux-mêmes, soit par des messages analogiques, lorsque donc l'information qui lui vient lui dit quelque chose et son contraire, le sujet n'a pas d'autre issue pour survivre, fût-ce à minima, que de devenir ce que la clinique traditionnelle appelle un schizophrène chronique. Il ne sait plus ce qu'on lui communique, ni de qui viennent les messages. Par ce *double bind*, il perd la possibilité de distinguer entre les types logiques, l'autre ne lui apparaît plus comme la vraie source du message, les mots deviennent des actions et non plus des messages, le message ne s'adresse plus à lui, d'où un inévitable clivage. Toute une partie de la symptomatologie de la schizophrénie peut alors se concevoir comme le résultat de la répétition durable de ce *double bind*.

L'école de Palo Alto suggère ainsi un modèle de la production des signes de la schizophrénie, tenue pour le paradigme de l'aliénation mentale, modèle exposé dans le langage de la théorie de la communication, fondé sur un certain nombre de monographies précieuses et finalement assez proche, malgré les apparences, des névroses expérimentales de I.P. Pavlov. Cette théorisation n'en reste d'ailleurs pas à un niveau purement *doctrinal*, car il lui correspond une technologie thérapeutique appelée soit *thérapie familiale*, soit *thérapie systémique*, qui se présente comme l'application cliniquement modulée de cette conception générale de la communication et de ses avatars éventuels.

La référence à la macrosociologie se retrouve, avec une actualité qui commence à dater un peu, dans *l'antipsychiatrie italienne*, avec les travaux de F. Basaglia^[11, 12, 13, 14] et de ses disciples. Même s'il a pu estimer éventuellement que la fonction effective d'une théorie en psychiatrie revenait à masquer la psychiatrie elle-même et à dissimuler son imposture essentielle derrière des débats factices, c'est cependant comme théorie que nous devons en parler ici.

Quand on relit ses écrits et qu'on évoque ses propos, l'on ne peut éviter quelque hésitation : il a pu admettre l'existence effective de maladies mentales relevant légitimement de la pathologie, comme le suggèrent ses travaux phénoménologiques sur la névrose phobique, mais il a pu aussi bien estimer qu'il s'agissait de sujets victimes de l'oppression de l'État et de la classe dominante, enfermés dans les asiles, plutôt que dans les prisons ou dans les camps. Peut-être serions-nous plus fidèles à sa pensée en apportant cette précision : pour lui, un certain nombre de troubles, pathologiques par eux-mêmes et à coup sûr, et ressentis comme tels par le sujet, prenaient le devant de la scène et laissaient dans l'ombre le problème essentiel, de telle sorte qu'une pathologie authentique devenait le masque et le paravent qui cachaient, avec des références médicales, la réalité. La répétition d'une absurde situation de contrainte, sans aucune issue, et liée aux exigences d'une société hiérarchisée, bureaucratique et mécanisée, propre au capitalisme occidental, mais qu'on retrouvait aussi dans l'héritage stalinien, dans le *leg maoïste* et au pays des aigles, transformait alors cette pathologie éventuelle en psychose irrémédiable. Et l'asile ne faisait qu'étendre ce processus à tous ceux qui se trouvaient contraints de s'y incliner dans un faux refuge mortifère.

Pareille théorisation entraînait une pratique effective, la destruction définitive de cet asile qu'on appelait en Italie *il manicomio*. Mais, titulaire de chaire à Parme, puis inspecteur général dans le Latium, F. Basaglia n'avait rien d'un utopiste, et la loi 180, de décembre 1978, prévoyait la disparition graduelle d'institutions impossibles à réformer et l'organisation progressive de soins sur le territoire, sachant que c'est par l'accès à la parole des internés et des soignants que quelque chose pouvait effectivement changer.

Cette position mérite sûrement d'être étudiée avec toutes ses subtilités, et sans se hâter de n'y rencontrer que des sophismes qui en cacheraient les contradictions éventuelles. La folie y apparaît une, son origine y semble dépendre surtout de cette oppression sociale, économique et culturelle, qui tend à imposer des modèles de comportement que le sujet ne saurait assimiler qu'à titre de devoirs obligatoires et impossibles ; l'asile ne peut qu'en aggraver les effets, et c'est pourquoi il faut l'abolir, sans qu'on sache avec certitude si la disparition de tous ces conditionnements pathogènes supprimerait la folie, ni si le savoir clinique se réduirait à une mystification académique de défense corporatiste, ni enfin si le militantisme représenterait la vraie version de ce dont la thérapeutique constituerait l'imposture.

DEUX COMPLÉMENTS

Nous ne saurions clore cet exposé des principales théories qui ont cours dans la psychiatrie des débuts du XXI^e siècle, en oubliant, d'un côté, la pensée phénoménologique, et, de l'autre, ce qu'on appelle l'ethnopsychiatrie ou encore la psychiatrie transculturelle. Cependant, il nous semble qu'il ne s'agit pas là de deux théories de plus, que nous devrions rajouter aux autres, pour ne pas rester trop lacunaires, mais plutôt de deux *points de vue* ou de deux *attitudes*, qui ne s'enchaînent pas de manière métonymique à tout ce qui précède.

■ Attitude phénoménologique

Les travaux de L. Binswanger,^[19] E. Minkowski,^[120, 121, 122, 123] E. Strauss, V. von Gebattel, W. Blankenburg,^[20] H. Tellenbach, mais aussi A. Tatossian,^[149, 150] J.M. Azorin, J. Naudet, G. Charbonneau et de quelques autres, dont le signataire de ces pages, ne constituent pas, nous semble-t-il, une doctrine psychiatrique de plus, mais plutôt une attitude à l'égard de la psychiatrie. C'est pourquoi nous

lui avons réservé ici une place un peu asymétrique par rapport aux autres paragraphes. Cette attitude se développe d'ailleurs dans deux registres assez différents.

D'une part, elle essaie de décrire l'*être-au-monde* (*in-der-Welt-sein*) caractéristique de quelques situations pathologiques fondamentales, comme c'était l'ambition des grande monographies de L. Binswanger sur la fuite des idées, d'E. Minkowski sur la mélancolie et sur la schizophrénie, d'A. Tatossian sur les psychoses, de W. Blankenburg^[101, 102] sur la perte de l'évidence naturelle dans les schizophrénies paucisymptomatiques, ou de nous-mêmes sur la disparition du fortuit dans la paranoïa ou le ne-pas-laisser-de-trace dans la névrose obsessionnelle. L'ensemble du savoir psychiatrique s'y trouve présupposé, la description noématique éclaire la structure de l'apparaître du monde propre à telle ou telle organisation pathologique, repérée grâce à des critères qui tiennent à la tradition de la psychiatrie clinique, mais, par eux-mêmes, ne doivent rien à la phénoménologie, car si la phénoménologie s'intéresse, par exemple, à la paranoïa, c'est la psychiatrie qui lui permet de la repérer, et la psychiatrie comme discipline est un être-du-monde transcendant.

D'autre part, l'attitude phénoménologique vise, non pas à saisir intuitivement, par quelque *Einführung* réussi, la vie intérieure du patient, mais à décrire le fonctionnement effectif de la psychiatrie, en dévoilant ses conditions de possibilité. L'attitude phénoménologique à l'égard d'un maniaque, par exemple, ne consiste pas à essayer de saisir quelque chose de ce qu'on imagine être son expérience vécue, mais à décrire comment apparaissent, avec la question de leurs conditions préalables de possibilité, les divers éléments qui, dans une occurrence singulière, mais appréhendée avec des références inévitables au savoir psychiatrique, renvoient à la manie. Il s'agit ainsi de la mise à jour des conditions a priori de possibilité de quelque chose comme la psychiatrie : faire report à l'*inconscient* ou au *troisième ventricule* c'est, ou bien nourrir des illusions fort naïves, ou bien s'apercevoir qu'il s'agit, avec de semblables références, de ce que E. Husserl appelait *des êtres de la culture* et dont il montrait que seule une description de leurs modes d'apparaître et de la sédimentation de leur propre passé permet de ne pas en rester dupe. L'attitude phénoménologique revient ainsi, non à proposer une théorisation de plus, mais à s'interroger aussi complètement que possible sur l'organisation des présupposés qu'on doit recevoir pour que l'exercice de la psychiatrie – savoir-faire, savoir et faire-savoir – s'avère effectivement possible.

■ Attitude ethnopsychiatrique

Là encore, nous n'allons ni résumer le culturalisme, ni prendre parti dans le débat homérique qui opposa jadis B. Malinowski à G. Roheim^[137] sur la question de l'ubiquité de la situation œdipienne et sur le rôle de l'oncle maternel dans les îles Trobriand. Nous tenons seulement à rappeler quelques points. D'une part, comme le faisait remarquer J.P. Falret depuis bien longtemps, la sémiologie ne saurait s'en tenir aux aspects anecdotiques des confidences délirantes, et, pour utiliser une locution d'E. Bleuler, la plupart des signes secondaires font des emprunts à la culture où vit le patient : il s'agit donc de privilégier les signes primaires et de ne pas borner la clinique à des apparences inévitablement servies des représentations sociales du sujet.

D'autre part, il semble assez vain de se demander si certains signes ou certains syndromes apparaissent comme normaux dans une autre culture que celle où exerce le psychiatre, et si notre conception de l'hystérie rend compte d'elle-même et de la transe. Il nous paraît bien plus significatif de remarquer que la psychiatrie est apparue à

l'intérieur d'une certaine culture, et que toutes ses prétentions éventuelles à l'universalité ne doivent nous faire oublier ni que la culture où elle s'est formulée n'est pas la seule, ni que c'est en elle que tout savoir scientifique s'est élaboré depuis près de trois millénaires.

Épilogue : usage des théories en psychiatrie^[79]

Sauf à adopter une position dogmatique, nous ne saurions nous contenter de dire que seule la *théorie certaine* expose la vérité et que les autres doivent disparaître dans les ténèbres extérieures, car nous ne savons pas exactement où se trouve cette théorie certaine, et il nous semble que les théories contribuent à la diffusion du savoir et qu'elles accomplissent cette tâche au moins de deux manières un peu différentes.

D'une part, à certains moments, une théorie plus ou moins dominante résume assez bien l'ensemble des connaissances, de telle sorte qu'elle rend de grands services, à condition qu'on ne perde pas de vue qu'aucun paradigme n'est éternel, comme l'a bien montré T.S. Kuhn,^[95, 96] en 1983, et que la plus brillante des théories procède inévitablement de l'éphémère. Et cependant, nous trouvons là une utilité indéniable.

D'autre part, une théorie peut considérablement aider le débutant dans l'apprentissage de la sémiologie et de la clinique. À cet égard, l'organodynamisme de H. Ey, en particulier par l'accent qu'il mettait sur la distinction entre les déstructurations de la conscience et les déstructurations de la personnalité, a pu, durant des décennies, permettre à beaucoup, dont le signataire de ces lignes, de se repérer dans une diversité clinique foisonnante, quitte, une fois le métier acquis, à prendre à l'égard de l'organodynamisme toutes les libertés qu'on voulait – et H. Ey l'admettait parfaitement. Le scepticisme relativiste est probablement plus proche d'une certaine vérité qu'une théorisation qui prétendrait rendre compte de tout le champ de la psychiatrie, mais il n'aide en rien celui qui commence et qui a besoin de points d'ancrage. À cet égard, le pur empirisme s'avère peu efficace, même s'il peut sembler plus satisfaisant lorsqu'on a réellement acquis le bon usage de la clinique. Nulle théorie importante ne se réduit à son efficacité pragmatique, mais cet aspect joue un rôle indéniable et méritait d'être souligné.

Dans un tout autre registre, les théories contribuent à ce que, dans un autre travail, nous avons appelé le *savoir de prestige*. Comme les autres branches de la médecine, la psychiatrie se limiterait à un savoir-faire de tâcheron et ne progresserait jamais si, à chacune de ses époques, elle se limitait bêtement aux connaissances directement applicables, et, à cet égard, certaines théories inutiles aujourd'hui s'avèreront nécessaires au progrès de la pratique de demain ; de plus, un tel savoir de prestige permet d'articuler la psychiatrie avec d'autres domaines de la connaissance. C'est là un rôle décisif des théories et des affrontements entre théories.

Un dernier point nous paraît nécessaire à préciser. L'un des plus notables psychanalystes français, disparu en 1981, disait parfois qu'il ne faut pas avoir besoin de guérir ses malades. Il signifiait ainsi que tant que le psychiatre faisait une affaire personnelle de l'amélioration d'un patient, il s'en occupait mal ; or, pour éviter de devenir l'enjeu du triomphalisme thérapeutique, le patient concerné pouvait se présenter comme illustration de telle ou telle théorie, et, par là même, évitait le péril précédent, qui le menaçait autant que le praticien.

Références

- [1] Abraham K. Œuvres complètes. Paris: Payot, 1965
- [2] Achille-Delmas F. Le rôle et l'importance des constitutions dans la psychopathologie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXXVI^e Session, Limoges, 25-30 juillet 1932 Paris: Masson, 1933
- [3] Arieti S. American handbook of psychiatry, 2 vol. New York: Basic Books, 1974
- [4] Aschaffenburg G. Handbuch der Psychiatrie, 12 vol. Wien: F. Deuticke, 1913
- [5] Aulagnier P. Un interprète en quête de sens. Paris: Ramsay, 1986
- [6] Babinski J. Œuvre scientifique. Paris: Masson, 1934
- [7] Baillarger J. Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qui les caractérisent. Mémoires de l'Académie Royale de Médecine Paris: J.B. Baillière, 1846; 476-517
- [8] Baillarger J. La Démence paralytique. Paris: J.B. Baillière, 1857
- [9] Ballet G. Traité de pathologie mentale. Paris: Doin, 1903
- [10] Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale* 1911; 2: 401-411
- [11] Basaglia F. Scritti I. Dalla psichiatria fenomenologica al l'esperienza di Gorizia. Torino: G.Einaudi, 1953/1968
- [12] Basaglia F. Scritti II. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: G.Einaudi, 1968/1980
- [13] Basaglia F. L'Institution en négation. Paris: Les éditions du Seuil, 1970
- [14] Basaglia F, Basaglia-Ongaro F. La Maggioranza deviante. Torino: G.Einaudi, 1971
- [15] Bateson G. Minimal requirements for a theory of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1960; 2: 477-491
- [16] Bayle AL. Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite chroniques et la goutte considérées comme causes de l'aliénation mentale. Paris: Gabon, 1822
- [17] Bayle AL. Des causes organiques de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale. *Ann Méd Psychol* 1855; 3: 409-425
- [18] von Bertalanffy L. General system theory. New York: G.Braziller, 1968
- [19] Binswanger L. Mélancolie et manie. Paris: PUF, 1987
- [20] Blankenburg W. La perte de l'évidence naturelle. Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques. Paris: PUF, 1991
- [21] Bleuler E. La schizophrénie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française XXX^e Session, Genève-Lausanne, 2 au 7 août 1926 Paris: Masson, 1926
- [22] Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer-Verlag, 1966
- [23] Bleuler E. Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. Paris: EPEL et GREC, 1993
- [24] Bloomfield L. Le langage. Paris: Payot, 1970
- [25] Bouillaud J. Dissertation sur les généralités de la clinique. Paris: J.B. Baillière, 1831
- [26] Bourdieu P. Esquisse d'une théorie de la pratique. Genève: Droz, 1972
- [27] Broca P. Mémoires d'anthropologie. V. Paris: C Reinwald, 1888
- [28] Brodmann K. Vergleichende Lokalisationlehre des Grosshirnrinde. Leipzig: Barth, 1909
- [29] Bumke O. Handbuch der Psychiatrie, 10 vol. Berlin: J. Springer, 1928/1932
- [30] Cabanis G. Œuvres complètes, 5 vol. Paris: Firmin-Didot, 1824
- [31] Capgras J, Reboul-Lachaux C. L'illusion des «sosies» dans un délire systématisé chronique. *Bulletin de la Société de médecine mentale* 1923
- [32] Castel R. L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris: Les éditions de Minuit, 1976
- [33] Chaslin P. Éléments de sémiologie et clinique mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1912
- [34] Chiarugi V. Della pazzia in genere e in specie. Con una centuria di osservazioni. Roma: Vecchiarelli, 1991
- [35] de Clérambault G. Œuvre psychiatrique, 2 vol. Paris: PUF, 1942
- [36] Cooper D. Psychiatrie et antipsychiatrie. Paris: Les éditions du Seuil, 1970
- [37] Corvisart JN. Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. Paris: Mame, 1811
- [38] Dagonet H. Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales. Paris: JB Baillière, 1876
- [39] Dejerine J. Sémiologie des affections du système nerveux, 2 vol. Paris: Masson, 1977
- [40] Dilthey W. Le monde de l'esprit, 2 vol. Paris: Aubier, 1947
- [41] Dupré E. Les perversions instinctives. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française XXII^e Session, Tunis, 1-7 avril 1912 Paris: Masson, 1913
- [42] Von Economo C, Koskinas G. Die Cytoarchitektonik der Hirnrinde der erwachsenen Menschen. Berlin: J Springer, 1925
- [43] Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, 2 vol. Paris: JB Baillière, 1838
- [44] Ey H. Hallucinations et délire. Paris: F.Alcan, 1934
- [45] Ey H. La Conscience. Paris: PUF, 1963
- [46] Ey H. Traité des hallucinations, 2 vol. Paris: Masson, 1973
- [47] Ey H. Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie. Toulouse: Privat, 1975
- [48] Ey H. L'Inconscient. VI^e Colloque de Bonneval. Paris: Desclée de Brouwer, 1966
- [49] Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Paris: Masson, 1989
- [50] Falret JP. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, 2 vol. Paris: Sciences en Situation, 1994
- [51] Fodere Ch. Traité du délire, 2 vol. Paris: Crapelet, 1816
- [52] Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon, 1961
- [53] Foucault M. Naissance de la clinique. Paris: PUF, 1963
- [54] Freud S. Gesammelte Werke chronologisch geordnet, 18 vol. London: Imago publishing, 1940-1948
- [55] Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 24 vol. London: The Hogarth Press, 1966-1974
- [56] Friedmann G. Le Travail en miettes. Paris: Gallimard, 1980
- [57] Gauchet M. L'inconscient cérébral. Paris: Les éditions du Seuil, 1992
- [58] Genil-Perrin G. Les Paranoïaques. Paris: Maloine, 1926
- [59] Georget E. De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau. Paris: JB Baillière, 1821
- [60] Goldstein K. La structure de l'organisme. Paris: Gallimard, 1951
- [61] Golgi C. Opera omnia, 4 vol. Milano: Hoepli, 1903-1929
- [62] Green A. Un psychanalyste engagé. Paris: Calmann-Lévy, 1994
- [63] Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Les éditions de Minuit, 1983
- [64] Green A. Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine. Méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient. Paris: PUF, 2002
- [65] Griesinger W. Traité des maladies mentales. Paris: Delahaye, 1865
- [66] Grmek MD. Histoire de la pensée médicale en Occident. 3. Du romantisme à la science moderne. Paris: Les éditions du Seuil, 1999
- [67] Gruhle HW, Mayzer-Gross W, Muller M. Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis, 8 vol. Berlin: J Springer, 1960-1967
- [68] Guiraud P. Psychiatrie générale. Paris: Maloine, 1950
- [69] Guiraud P. Psychiatrie clinique. Paris: Le François, 1956
- [70] Guislain J. Traité sur l'aliénation mentale et les hospices d'aliénés, 2 vol. Amsterdam: Van der Hey, 1826
- [71] Guislain J. Traité sur les phrénopathies. Bruxelles: Institut encyclographique, 1833
- [72] Guyotat J. Études cliniques d'anthropologie psychiatrique. Paris: Masson, 1991
- [73] Hartmann N. Les principes d'une métaphysique de la connaissance, 2 vol. Paris: Aubier, 1946
- [74] Head H. Studies in neurology, 2 vol. London: Oxford University Press, 1920
- [75] Hecaen H. Introduction à la neuropsychologie. Paris: Larousse, 1972
- [76] Hecaen H, Albert ML. Human neuropsychology. New York: Wiley and Sons, 1978
- [77] Hecaen H, Lanteri-Laura G. Évolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales. Paris: Desclée de Brouwer, 1977
- [78] Hecaen H, Lanteri-Laura G. Les fonctions du cerveau. Paris: Masson, 1993
- [79] Henderson D, Gillespie RD. A text-book of psychiatry for students and practitioners. London: Oxford University Press, 1950
- [80] Hjelmslev L. Prolégomènes à une théorie du langage. Paris: Les éditions de Minuit, 1968
- [81] Husserl E. Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. Paris: PUF, 1964
- [82] Husserl E. La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale. Paris: Gallimard, 1976
- [83] Jackson JH. Selected Writings of JH Jackson, 2 vol. London: Hodder and Stoughton, 1932
- [84] Jaspers K. Psychopathologie générale. Paris: Tchou édition, 2000
- [85] Jeannerod M. De la physiologie mentale. *Histoire des relations entre biologie et psychologie* Paris: Odile Jacob, 1996
- [86] Jeannerod M. La nature de l'esprit. Sciences cognitives et cerveau. Paris: Odile Jacob, 2002
- [87] Jeannerod M. Le cerveau intime. Paris: Odile Jacob, 2002
- [88] Jones M. Social psychiatry. London: Tavistock Publication, 1952
- [89] Jones M. Au delà de la communauté thérapeutique. Villeurbanne: SIMEP, 1972
- [90] Klein M. Essais de psychanalyse. Paris: Payot, 1968
- [91] Koffka K. Principles of gestalt psychology. London: Routledge and Kegan Paul, 1955
- [92] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig: JA Barth, 1899
- [93] von Krafft-Ebing R. Traité clinique de psychiatrie. Paris: Maloine, 1897
- [94] Kretschmer E. La structure du corps et le caractère. Paris: Payot, 1930
- [95] Kuhn TS. La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion, 1983
- [96] Kuhn TS. La tension essentielle. Tradition et changement dans les sciences. Paris: Gallimard, 1990
- [97] Lacan J. Écrits. Paris: Les éditions du Seuil, 1966
- [98] Laennec RT. De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. Paris: Brosson et Chaudé, 1819
- [99] Laing RD. Le Moi divisé. Paris: Stock, 1970
- [100] Laing RD, Cooper D. Raison et violence. Paris: Payot, 1972
- [101] Lanteri-Laura G. Névrose obsessionnelle. *Encycl Méd Chir* 1984; (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie 37-370-A-10
- [102] Lanteri-Laura G. Paranoïa. *Encycl Méd Chir* 1985; (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-299-Q-10
- [103] Lanteri-Laura G. Psychiatrie et connaissance. Paris: Sciences en Situation, 1991
- [104] Lanteri-Laura G. Histoire de la phrénologie. Paris: PUF, 1993
- [105] Lanteri-Laura G. Le voyage dans l'anti-psychiatrie anglaise. *Evol Psychiatr* 1996; 3: 621-634
- [106] Lanteri-Laura G. La chronicité en psychiatrie. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1997
- [107] Lanteri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie contemporaine. Paris: Les éditions du Temps, 1998
- [108] Lanteri-Laura G, Gros M. Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine. Paris: EPEL, 1992
- [109] Lanteri-Laura G, Pistoia LD. Regards historiques sur la psychopathologie. Widlöcher D ed. *Traité de psychopathologie* Paris: PUF, 1994; 17-64
- [110] Leclaire S. Écrits pour la psychanalyse, 2 vol. Strasbourg: Arcanes, 1996/1998
- [111] Le Guillant L. Quelle psychiatrie pour notre temps?. Toulouse: Erès, 1984
- [112] Le Ny JF. Sciences cognitives et compréhension du langage. Paris: PUF, 1989
- [113] Leuret F, Gratiot P. Anatomie comparée du système nerveux, considéré dans ses rapports avec l'intelligence, 2 vol. Paris: JB Baillière, 1839/1857
- [114] Levy-Valensi J. Précis de psychiatrie. Paris: JB Baillière, 1926
- [115] Luaute JP. Le délire d'identification des personnes : approche neuropsychologique. *Neuro-psy* 1992; 7: 964-984
- [116] Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris: L Bataille, 1893
- [117] Marie A. Traité international de psychologie pathologique, 3 vol. Paris: PUF, 1910/1911
- [118] Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Clinical psychiatry. London: Cassel and Co, 1960
- [119] May R, Ellenberger HF. Existence. A new dimension in psychiatry and psychology. New York: Basic Books, 1958
- [120] Minkowski E. Le temps vécu. Paris: PUF, 1995

- [121] Minkowski E. Au delà du rationalisme morbide. Paris: L'Harmattan, 1997
- [122] Minkowski E. Traité de psychopathologie. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1999
- [123] von Monakow C, Mourgue R. Introduction biologique à la neurologie et à la psychopathologie. Paris: F. Alcan, 1928
- [124] Moreau (de Tours) J. Du haschich et de l'aliénation mentale. Paris: Fortin-Masson, 1945
- [125] Morel BA. Traité des maladies mentales. Paris: Masson, 1860
- [126] Nacht S. La psychanalyse d'aujourd'hui, 2 vol. Paris: PUF, 1956
- [127] Pavlov IP. Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie. *Encéphale* 1933; 1: 285-293
- [128] Pavlov LP. Essai d'une interprétation physiologique de la paranoïa et de la névrose obsessionnelle. *Encéphale* 1935; 2: 381-399
- [129] Pavlov LP. Œuvres choisies. Moscou: éditions en langues étrangères, 1954
- [130] Pichot P. Un siècle de psychiatrie. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1996
- [131] Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: JA Brosson, 1809
- [132] Postel J. Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Pinel. Paris: Les éditions du Sycomore, 1981
- [133] Postel J, Quétel CL. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod, 1994
- [134] Ramon Y, Cajal S. Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés, 2 vol. Paris: Maloine, 1909/1911
- [135] Regis E. Manuel pratique de médecine mentale. Paris: Doin, 1892
- [136] Rogues de Fursac J. Manuel de psychiatrie. Paris: F Alcan, 1903
- [137] Roheim G. Psychanalyse et anthropologie. Paris: Gallimard, 1967
- [138] de Saussure F. Cours de linguistique générale. Paris: Payot, 1972
- [139] Scheler M. L'homme et son histoire. Paris: Aubier, 1955
- [140] Seglas J. Des troubles du langage chez les aliénés. Paris: Rueff, 1892
- [141] Skinner BF. Science and human behaviour. New York: MacMillan, 1953
- [142] Schneider K. Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose. Leipzig: G Thieme, 1939
- [143] Schneider K. Psychopathologie clinique. Louvain et Paris: Nauvelaerts et J Vrin, 1952
- [144] Sergent E, Ribadeau-Dumas L, Barbonnex L. Traité de pathologie médicale et pathologie appliquée VII. *Psychiatrie* Paris: Maloine, 1921; 2 vol:
- [145] Sherrington C. The integrative action of the nervous system. New York: Scribner, 1906
- [146] Shryock RB. Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social. Paris: Armand Colin, 1956
- [147] Swain G. Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie. Paris: Calmann-Lévy, 1997
- [148] Tanzi E, Lugaro E. Trattato sulle malattie mentali, 2 vol. Milano: Società Editrice Libreria, 1923
- [149] Tatossian A. Phénoménologie des psychoses. Paris: Masson, 1979
- [150] Tatossian A. Psychiatrie phénoménologique. Paris: Acanthe-Lundbeck, 1997
- [151] Tevissen R. La douleur morale. Paris: Les éditions du Temps, 1996
- [152] Tilquin A. Le behaviorisme. Paris: J. Vrin, 1950
- [153] Watson J. Psychology as the behaviorist views it. *Psychol Rev* 1913; XX: 158-177
- [154] Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of human communication. New York: WW Norton, 1967
- [155] Weber M. Essais sur la théorie de la science. Paris: Plon, 1965
- [156] Wernicke C. Die aphasische Syndromencomplex. Breslau: Cohn and Weigert, 1874
- [157] Wolpe J. The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press, 1969