

À propos de deux *pièges* en psychopathologie

Jérôme Englebert

« [...] nous avons ouvert un manuel trouvé par hasard dans les rayons d'une librairie, et dont l'auteur conseillait, dans les premières pages, de partir à la rencontre des malades mentaux, sans aucune formation théorique préalable. C'est ce que nous avons fait, commençant "naïvement" notre carrière en allant voir les malades : les catatoniques, maniaques, paraphrènes et autres grands délirants dans les asiles. L'éthologie, elle aussi, suppose une certaine expérience préalable de l'observation naturaliste sur le terrain. Nous inciterons donc ceux de nos lecteurs qui n'ont encore rien lu en éthologie et en psychiatrie, d'aller eux aussi à la découverte, dans la nature et dans les instituts psychiatriques, s'ils le peuvent, avant de lire, et de ne pas procéder inversement, comme cela se fait généralement. La démarche que proposait Baruk (1950), auteur de ce premier manuel de psychiatrie que nous avons eu dans les mains, était fondamentalement éthologique : observer, sans a priori, avant toute chose »

Albert Demaret, *Éthologie et psychiatrie*, 1974 (2014), pp. 17-18.

1. Introduction : Psychopathologie et piège

À travers le mot psychopathologie, l'on doit considérer au moins deux idées. Il peut s'agir, en tant que telle, de la *manifestation* de l'« expérience psychique anormale », pour reprendre les mots de Jaspers (1913). Nous entendons par là la schizophrénie, la mélancolie, l'anorexie, la psychopathie, etc. Mais le terme qualifie également la *méthode* employée par le clinicien – devenant de ce fait psychopathologue – pour *comprendre* ces manifestations. L'on pourrait d'ailleurs proposer que s'il est « deux » psychopathologies – cela n'est certainement pas exact de le formuler ainsi car l'on ne peut pas véritablement parler de deux concepts distincts ; leur homonymie révélant une interconnexion profonde – l'une est l'apanage du patient, affecté par le trouble, l'autre étant l'affaire du clinicien, s'interrogeant sur ses choix méthodologiques.

Les deux pièges que nous allons énoncer, discuter, et pour lesquels nous allons proposer des ébauches de solutions, s'adressent à la deuxième considération qui, à travers une position certainement moins fondamentale que la première d'un point de vue existentiel mais peut-être plus « méta », espère peser, par son acte ainsi réfléchi, sur la psychopathologie en tant que manifestation. Notre « question de méthode » se donne en quelque sorte l'ambition de considérer la *praxis* psychopathologique en tant que phénomène susceptible d'être analysé. C'est-à-dire de considérer cet objet d'étude en faisant fi des *a priori* ; interroger ses choix, ses mouvements de subjectivité et dès lors les pièges qu'il est susceptible de rencontrer.

Nous reprenons cette notion de piège à Louis Marin qui, dans *Le récit est un piège* (1978), donne un statut tant épistémologique que méthodologique au piège que peut incarner pour le lecteur – le « piégé » – le récit qui le confronte à un sentiment de sincérité mais également à une réalité racontée et dès lors appartenant au narrateur. Le « pouvoir narratif » est pour Marin un piège inhérent à son essence : sans piège, pas de récit. Il serait bien sûr très utile de reprendre ces considérations sur la narrativité au sein du paradigme psychopathologique. Cela a d'ailleurs déjà été brillamment fait, le plus souvent à partir des travaux de Ricœur sur l'identité narrative (Tatossian, 1994). Ce qui retient notre attention, ici, est, plutôt que le récit, le principe du piège en tant que matériel inhérent, peut-être structurant, au phénomène que nous proposons de considérer. Nous suggérons dès lors de nous essayer à un exercice comparable en l'adressant à la psychopathologie qui, selon cette conception, recèlerait de pièges – nous allons en énoncer deux mais sans doute en existe-t-il d'autres – qui constitueraient une part de son essence. Ces deux pièges, nous les appelons le « concept fondateur » et le « pathomorphisme ».

2. Le premier piège : le concept fondateur

Faire de la psychopathologie c'est, à tout le moins, faire le pari d'un acte *novateur* de compréhension. La psychopathologie, que Minkowski (1966) qualifie si justement de « psychologie du pathologique », consiste à dépasser les nosographies sémiologiques conventionnelles. Ne pas se donner cet objectif de découverte, voire de *révolution*, consisterait à recenser machinalement une liste de critères que nous énoncent les manuels (en

l'occurrence, la plupart du temps, le DSM¹) et conduirait à renoncer à pratiquer la méthode psychopathologique :

« Il manque, en premier lieu, un organisateur conceptuel : il y a une liste de critères, mais pas une corrélation entre eux qui explique ou rend compréhensible la présence simultanée de phénomènes hétérogènes [...]. Renoncer à se demander quelle est la relation de sens entre eux est *ipso facto* renoncer à faire de la psychopathologie. Faire de la psychopathologie signifie se mettre à la recherche des organisateurs de sens, c'est-à-dire regarder les phénomènes tels qu'ils nous apparaissent, les relier les uns aux autres et obtenir un ensemble cohérent. Dans la psychopathologie phénoménologique [...] ce qui est recherché est une vue d'ensemble, une vision panoramique qui relie chaque phénomène singulier à la structure de signification d'un certain mode d'existence » (Stanghellini, 2006, p. 164, *traduit de l'italien par nos soins*).

La recherche « internationale », de façon limpide, mais aussi la pratique clinique, de façon peut-être moins évidente, reposent sur un paradoxe qui consiste à initier la réflexion par un concept *princeps*. Ce dernier adjectif n'indique pas un recours au premier concept de l'histoire de la connaissance (par exemple la définition bleulérienne de la schizophrénie) mais bien au concept, formule barbare, « faisant autorité » (par exemple la définition de la schizophrénie selon le DSM).

Si l'on tient compte de ce double point – recherche du principe novateur et recours à un concept *princeps* –, un paradoxe naît de cette manière de fonctionner : quel serait l'intérêt d'aborder les choses sous l'angle novateur de la compréhension psychopathologique si c'est pour se référer sans le remettre en question à un postulat nosographique dominant ? Voici identifié le premier *piège* de nature à perturber la réflexion psychopathologique : celui-ci consiste en la nécessité de se référer à un concept comme support de la pensée. S'il est en effet impossible de penser en dehors de tout cadre conceptuel, il est raisonnable de suggérer que le fruit de cette pensée est de nature à modifier son cadre conceptuel *princeps*. Or, dans un second temps, il conviendra d'accepter, de façon à acter le principe novateur, que la pensée elle-même se trouve à nouveau modifiée puisqu'elle repose sur un cadre différent (*repensé*). Nous proposons d'appeler ce principe le *piège du concept fondateur* (Englebort & Follet,

¹ Nous utilisons, comme pour la suite de cet article, l'acronyme « DSM » en entendant la version « IV », « IV-Tr » et « 5 ». Les changements entre ces trois versions sont finalement relativement minimes ; à tout le moins, les références que nous faisons ici à ces manuels font appel à des notions inchangées entre ces différents volumes.

2014). Celui-ci accompagne toute forme de réflexion psychopathologique qui se donne pour objectif l'évolution de la connaissance.

3. Déjouer le piège : l'alternative du concept actif

L'alternative pratique à cette forme d'impasse est, au lieu de partir d'une nosographie, de s'inspirer des *événements* cliniques². Ce raisonnement nous conduit à énoncer un plaidoyer pour la pratique des analyses de cas cliniques. Cette piste est de nature à favoriser la compréhension de « l'homme en situation » que nous opposons à l'« homme de laboratoire » (Englebert, 2013). Déjouer ce piège permet de dépasser la nosographie stricte pour rechercher la *structure* ou la *logique* psychopathologiques. Cette quête de la charpente dynamique qui révèle la symptomatologie fondamentale du trouble, si nous prenons le cas de la schizophrénie³, a conduit Minkowski (1927) à parler de rationalisme morbide et de perte de contact vital avec la réalité en tant que trouble générateur de l'existence schizophrénique. Cette proposition est superposable à celles de Blankenburg (1971) qui conçoit que la logique schizophrénique repose sur le principe de « perte de l'évidence naturelle », ou encore de Stanghellini (2006) qui évoque la « psychopathologie du sens commun » comme élément caractérisant la condition primordiale de rupture anthropologique inhérente à ces sujets. L'ensemble de ces hypothèses conduit à la remise en cause de la focalisation sur les symptômes dits « caractéristiques » selon le DSM, tels que l'hallucination et le délire (Stanghellini & Ballerini, 2007, 2011). Signes considérés comme étant à l'« avant-plan » de la pathologie schizophrénique, ce qui est contestable (voir Sass, 1994), qui ne correspondraient pas à l'organisateur structurel de l'être-au-monde schizophrénique.

² Nous citons en exergue une proposition d'Albert Demaret (2014), dont le travail (trop) peu connu a eu une grande influence sur notre conception de la psychopathologie. Cet auteur n'a eu de cesse d'initier ses réflexions par des descriptions cliniques basées tant sur l'observation de ses patients psychiatriques que sur ses observations éthologiques du monde animal. Nous nous permettons de renvoyer aux différents textes que nous avons écrits à son propos (Englebert & Gauthier, 2012 ; Englebert & Follet, 2014).

³ Notre réflexion s'étayera sur la psychopathologie schizophrénique. Cependant, le piège du concept fondateur peut être décelé pour toute réflexion psychopathologique. Prenons par exemple le cas de la psychopathie. Les compétences émotionnelles, et dès lors adaptatives, du psychopathe sont depuis peu relayées (voir par exemple Osumi & Ohira, 2010), alors qu'auparavant, le postulat dominant soutenait la thèse d'un déficit émotionnel. Une telle observation modifie le cadre conceptuel initial et par conséquent l'utilisation des échelles et méthodes diagnostiques qui reposent sur le présupposé de la pathologie en tant qu'inadaptation fondamentale. Modifier le cadre conceptuel de telle sorte devrait donc conduire à une reconsidération radicale de l'entité nosographique et de sa structure psychopathologique. Nous avons déjà pu souligner à plusieurs reprises qu'une telle manière de procéder n'est malheureusement pas monnaie courante pour la recherche scientifique actuelle (Englebert, 2013a, 2013b ; Englebert & Follet, 2014).

À l'heure actuelle, ces perspectives trouvent leur apogée dans les travaux de Sass (2003, 2014 ; Sass et Parnas, 2003) consacrés à l'« hyper-réflexivité » schizophrénique en tant que structure de fond de ce trouble. L'hyper-réflexivité serait la tendance à interroger de façon explicite et rigide les phénomènes implicites et pré-réflexifs reliés à la conscience de soi, aux sensations corporelles et aux interactions avec l'environnement. Le propre du schizophrène serait donc de douter continuellement de ses expériences et des manifestations du monde qui l'entoure. Il identifiera une valence communicationnelle à certains phénomènes qui en sont pourtant dénués aux yeux de l'organisation sociale. Dès lors, c'est bien au sens *commun* qu'échappe le schizophrène, et non pas au sens en général. Ces hypothèses permettent l'intégration des expériences corporelles anormales (Stanghellini et al., 2012 ; Gennart, 2011 ; Englebert, 2013), classiquement associées à cette entité psychopathologique. Elles mettent également en lumière le fait que la schizophrénie est avant tout un trouble de la relation et du vécu social et que c'est bien en ce point que la structure psychopathologique de fond se situe.

« Les médecins utiliseront toujours des noms de maladies sans jamais décider quels phénomènes doivent être pris comme critères et comme symptômes [...] » (Wittgenstein, 1958, p. 67). Ce constat de Wittgenstein nous rappelle que l'on n'échappe pas à ce *besoin* de faire reposer l'acte de pensée sur un concept. Pour penser la schizophrénie, il faut avoir une représentation initiale de ce que signifie une telle psychopathologie. Plutôt que de se dire que l'on peut travailler en psychopathologie sans référence théorique, plutôt que de rejeter le concept sans forme de procès, il est peut-être opportun de « négocier » avec, de se mettre à la recherche d'un compromis. Celui-ci nous semble se dessiner à travers une proposition originale de Deleuze (associé à Guattari pour certains passages) lorsqu'il suggère que la nature du concept en sciences humaines repose sur un précepte particulier. La philosophie deleuzienne – il est intéressant de noter que c'est particulièrement le cas lorsqu'elle s'approche et analyse la pensée de Nietzsche – nous permet de comprendre la relation d'interdépendance entre concept et phénomène lorsque, *de visu*, la science rencontre l'humain, c'est-à-dire lorsque le concept est confronté à la clinique.

Un élément essentiel qui différencie le champ des sciences humaines des champs scientifiques « traditionnels » tient dans la relation particulière qui unit le *concept* et le *phénomène* auquel il se rapporte. Lorsque la science *rencontre* l'humain, le concept autant que le phénomène sont des « matières changeantes » qui se créent et se recréent continuellement l'une l'autre (Deleuze, 1962). Les objets d'étude de ces matières se caractérisent par leur potentiel de créativité, plus fondamentalement de création. Le phénomène qui se révèle par l'événement ne tolère pas une conceptualisation figée, il inclut le propos dans l'instabilité et nous oblige, plus qu'à la maîtrise rigide d'une connaissance, à l'*agencement*.

Deleuze s'amuse du jeu émanant de cette bipolarité du *concept* et de l'*événement*. Dans *Nietzsche et la philosophie*, il énonce le « concept actif » propre à une « science active [...] capable de découvrir les forces actives » (Deleuze, 1962, p. 85). Avec Guattari, il précise que « Les concepts sont des centres de vibrations, chacun en lui-même et les uns par rapport aux autres. C'est pourquoi tout résonne, au lieu de se suivre ou de se correspondre » (Deleuze & Guattari, 1991, p. 28). Ce pouvoir de création prodigieux déstabilise le clinicien – praticien des sciences humaines par essence – lorsqu'il est confronté au savoir empirique de laboratoire qui, lui, ne parvient pas à intégrer ce double mouvement s'organisant en récursivité réciproque.

Le mouvement « aller » va du concept à l'événement et le « retour », de l'événement au concept. Un concept (prenons par exemple le délire) est donc la *représentation* d'un phénomène. Lors de la rencontre, le clinicien surgit avec ses représentations conceptuelles, et se trouve instantanément confronté à la remise en cause de son concept. La *désuétude* s'impose à lui. Il fait *face* au phénomène préalablement enseigné, il *vit* l'événement et comprend, généralement intuitivement, qu'il ne peut que renoncer à sa connaissance et procéder à une nouvelle création conceptuelle. L'essentiel de cette *réflexion* – le double sens de ce mot est ici bien à propos – n'est pas de savoir si le *premier* mouvement va du concept au phénomène ou l'inverse. Il n'y a en fait d'*aller-retour* que pour permettre de comprendre le mouvement, de l'énoncer et de créer une nouvelle conceptualisation.

Il est par contre possible d'isoler un effet que nous proposons de qualifier de *centripète*, et un autre de *centrifuge*. L'effet centripète a pour conséquence de fournir des informations sur le phénomène observé (le *sujet* délirant), alors que l'effet centrifuge confère une amélioration du

concept (la représentation que l'on a du sujet *délinant*). C'est la *rencontre* du sujet – l'événement – qui permet d'accumuler les connaissances à propos du phénomène et de faire évoluer le concept. Il est parfois aussi délicat de se départir de cette force à double effet qui a pour conséquence méthodologique une certaine instabilité. Il s'agit du *pli* dépassant de la surface lisse du savoir. Le pli nous rappelant que l'on a bien affaire à l'« homme en situation » dont on ne peut sélectionner et maîtriser les variables comme on le fait pour l'« homme de laboratoire ». Le clinicien recourt à une méthode qui a, certes, besoin de repères conceptuels initiaux mais qui se caractérise par son perpétuel acte de création. Lorsque la phénoménologie clinique ne correspond pas au savoir théorique, le principe de la « science active » oblige à une remise en cause du concept. Il s'agit là de la véritable finalité du concept en sciences humaines ; le *procédé* deleuzien du « concept actif » alterne entre *désuétude* et *recréation*.

4. Le second piège : le pathomorphisme

Le second *piège* à déjouer est celui du « pathomorphisme » (Stanghellini, 2006 ; Englebert, 2013a). Inhérent à toute démarche psychopathologique, il consiste à donner la priorité à l'analyse des *déviations* des traits de caractère, du vécu identitaire, de la dynamique émotionnelle, au détriment des dimensions de base de la personne. Comme pour le piège du concept fondateur, précisons d'emblée que notre propos ne se donne pas pour ambition de complètement régler cette limitation ; il s'agira plutôt de *contourner* ce piège. Avant d'en venir à nos suggestions pour *déjouer* ce piège, nous pouvons préciser la définition de cette tendance au pathomorphisme, en souligner l'infiltration quasi généralisée dans les pratiques psychopathologiques, et enfin constater l'apparition d'un dernier piège, que nous retrouvons entre les lignes de Minkowski (1966), celui que nous proposons d'appeler le « normomorphisme », extrême inverse du pathomorphisme.

La principale ambiguïté pouvant naître de l'utilisation de la notion de *psychopathologie* est de considérer que le sujet que l'on étudie s'inscrit, mécaniquement, dans le giron de la maladie mentale. La démarche compréhensive de la psychopathologie peut-elle être adaptée pour tout sujet rencontré dans un dispositif clinique ? Concrètement, la position du clinicien ne peut pas être différente car si nous suggérons que notre méthode ne s'applique pas à tout sujet (et donc

pas à ceux indemnes de maladie mentale), nous rencontrerions une difficulté pratique inhérente à la « sélection » du sujet. Ce dernier, à qui l'on « applique » la méthode psychopathologique, doit être considéré *a priori* avec la complexité qui caractérise tout individu et il est impossible anticipativement de le sélectionner parce qu'il présenterait une pathologie mentale. On ne peut, en effet, envisager de sélectionner un sujet sur base d'une donnée qui sera mise en évidence par l'analyse que l'on veut lui porter. Doit-on alors considérer qu'un sujet qui rencontre un psychopathe devient, subitement, un sujet porteur d'une psychopathologie ? Il est encore plus certain que non. Mais nous touchons ici à un problème rencontré dans toute réflexion psychopathologique, consistant en l'absence d'une considération du sujet en dehors du pathologique. On décline les déviations anormales de l'identité et les expressions affectives défaillantes alors que l'on s'intéresse peu aux dimensions constitutives inhérentes à chaque sujet. Cette remarque s'adresse à un bon nombre des considérations psychopathologiques et, peut-être plus spécifiquement encore, des théories de la personnalité. Le pathomorphisme se révèle inhérent à la possibilité de penser la personnalité. Le DSM donne l'exemple le plus évident puisqu'à aucun moment il ne propose une définition de la personnalité dépourvue de troubles. Implicitement, il semble qu'il y ait une « norme » de personnalité ne présentant pas de trouble, indifférenciée et commune à tout un chacun. Par contre, la présence d'un trouble de la personnalité suggérerait l'apparition de différences et un recours à des termes spécifiques : personnalités antisociale, borderline, narcissique, etc. Une impression d'un travail réalisé à l'envers peut s'emparer du clinicien qui dispose donc des outils pour identifier une situation « anormale » mais n'a pas de points de repère pour déterminer de quelle norme s'écarte le trouble.

La psychanalyse freudienne repose de plain-pied sur cette contradiction. L'un des apports les plus fondamentaux de Freud est l'abolition de la barrière entre le normal et le pathologique que l'on retrouve explicitement dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905). La théorie de la névrose suggère, de façon assurément lumineuse, que le mécanisme fondateur de la pathologie est au cœur de la psychologie de tout un chacun. La névrose est le modèle de base de la psychanalyse pour comprendre l'« homme normal ». Le « normal » n'est dès lors plus indemne, il est *frappé* du pathologique. Par ailleurs, Freud, malgré ses nombreux travaux anthropologiques, ne s'occupe pas véritablement de fournir un modèle de l'homme au-delà du pathologique, pas plus qu'il ne donne de modèle de l'homme « sain », une fois « guéri » par l'analyse (que les psychanalystes prennent parfois soin d'appeler « cure »). On peut, de ce

point de vue, se référer au texte de Freud, dont le titre et le propos sont limpides à ce sujet, *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937). Il y a dans la théorie de la névrose un nœud théorique paradoxal puisque le mal qu'il faut soigner est la névrose, mais il est également ce qui confère les assises du « sujet normal ». L'objet de la pathologie, du trouble, de l'expérience psychique anormale est également source de la structure psychique de l'individu, le terreau de son identité⁴.

Outre le cadre théorique, la dimension pragmatique de la clinique révèle une nouvelle fois cette impasse du pathomorphisme. Le clinicien est la plupart du temps confronté à des sujets présentant un trouble et pas à des sujets indemnes de souffrance psychologique ou de manifestation psychopathologique. Pour prendre le langage de la recherche scientifique, on pourrait dire que les cliniciens n'ont pas d'échantillon « contrôle » ou de groupe « témoin ». Le « matériel » clinique, permettant l'élaboration théorique, participe au fait que c'est bien l'anormalité, le trouble qui donne les points de repère à la construction de la psychologie non troublée, non pathologique.

Il est nécessaire d'apporter une nuance à ce développement et d'identifier une conséquence à laquelle il peut mener. L'on retrouve ce nouveau piège à travers les propositions de Minkowski qui estime dans son *Traité de psychopathologie* (1966), qu'une personne normale, indemne de toute problématique, sans trouble, n'est qu'une norme abstraite, sans aspérité, sans adhérence et de laquelle on a extrait toute dimension humaine. Minkowski pointe une nouvelle embuche qui consiste à identifier un « homme normal ». Il est pour lui d'une certaine façon impossible de définir un psychisme qui serait dépourvu d'éléments troublés. C'est cet argument qui lui permet de prononcer sa formule célèbre : « faire de la psychopathologie c'est faire la psychologie du pathologique et non pas une pathologie du psychologique »⁵.

⁴ Nous prenons ici l'exemple de la psychanalyse mais pouvons mettre en évidence la présence du pathomorphisme dans de nombreuses autres conceptions de la personnalité. Citons la théorie des tempéraments d'Akiskal (2001) qui identifie cinq tempéraments fondamentaux : « cyclothymique », « hyperthymique », « dysthymique », « dysphorique » et « anxieux ». Les termes utilisés reposent sur une « matrice pathologique » et indiquent une déviation anormale plutôt que les déclinaisons simples de l'émotivité de base de la personne.

⁵ Sur cette proposition, que nous ne faisons que synthétiser, se référer à l'excellente préface au *Traité* signée par Lantéri-Laura (1999).

Il est donc particulièrement complexe, voire périlleux, de poser cette question du normal et du pathologique, entre le pathomorphisme et le « normomorphisme », qui serait la tendance inverse consistant à croire qu'il existe un homme normal, qu'il puisse être décrit et qu'il faille se mettre à sa recherche. Pour déjouer le piège du pathomorphisme, il convient de conserver à l'esprit qu'il faut se garder de chercher à décrire un homme normal – procédé qui s'apparenterait à une sorte de panacée simpliste et probablement plus dangereuse encore que le piège qu'elle entend contourner – qui ne représente qu'une norme abstraite et théorique qui est, pour reprendre les termes de Minkowski, « à peine viable ».

5. Déjouer le piège : l'alternative des coordonnées anthropologiques

Afin de préciser notre proposition d'alternative à ce piège, il est utile de donner quelques points de repères concernant la notion d'adaptation et ses liens avec la pathologie. Ceux-ci se retrouvent chez Canguilhem (1966) lorsqu'il discute, lui aussi, de la dialectique du normal et du pathologique. Les problématiques de la norme et de son trouble sont analysées selon le prisme de l'adaptation. Concept qui doit être compris au regard de la possibilité de modification et de transformation de l'environnement :

« En fait il y a adaptation et adaptation (...). Il existe une forme d'adaptation qui est spécialisation pour une tâche donnée dans un milieu stable, mais qui est menacée par tout accident modifiant ce milieu. Et il existe une autre forme d'adaptation qui est indépendance à l'égard des contraintes d'un milieu stable et par conséquent pouvoir de surmonter les difficultés de vivre résultant d'une altération du milieu. (...). En matière d'adaptation le parfait ou le fini c'est le commencement de la fin des espèces » (Canguilhem, 1966, p. 197).

Il y a donc deux perspectives en matière d'adaptation. Premièrement, une hyper-adaptation au réel qui a pour conséquence de conserver un environnement strictement identique et inchangé. Dans cette (hyper-)réalité, l'organisation de l'espace, du temps et des rythmes vient de l'extérieur et n'est pas modulée par la subjectivité du sujet. Nous avons alors un espace mais pas de territoire, et l'objectivité prime sur la subjectivité. La seconde configuration est celle de l'adaptation à un environnement dans lequel le réel est, en partie du moins, manipulable et « territorialisable ». Cette seconde adaptation parvient à *intégrer* la nouveauté et le changement. L'équilibre entre les rythmes produits par le sujet et ceux produits par

l'environnement est conservé. L'« adaptation humaine », celle teintée de subjectivité, peut s'exprimer.

Canguilhem considère que le « pathologique » est une expérience *novatrice*, en partie positive, qui ne se contente pas de s'écarter de la norme existante mais qui *crée* une nouvelle norme. Canguilhem récuse le postulat d'Auguste Comte pour qui le pathologique n'est qu'une variante quantitative du normal, mesurable en degrés, en plus ou en moins, par rapport à cette norme. Toute situation, oscillant entre normal et pathologique, doit être référée à son environnement, être recontextualisée et interrogée selon ses modes d'adaptation. L'adaptation équivaut à la capacité de changer de milieu sans se mettre en danger, c'est-à-dire d'envisager une modification autant de soi-même que de l'environnement, incluant un certain équilibre.

Plus qu'à une théorie de la pathologie en tant que variation de la norme et en tant que trouble de l'adaptation, c'est bien à une considération *anthropologique* qu'il faut recourir pour contourner la tendance au pathomorphisme (tout en échappant à la définition d'un homme normal). Binswanger s'inscrit parfaitement dans cette ligne de conduite qui consiste à recourir à une charpente anthropologique implicite. Lorsqu'il précise sa méthode d'analyse existentielle, il dit : « Par analyse existentielle nous entendons une recherche anthropologique c'est-à-dire une recherche scientifique dirigée sur l'essence de l'être-homme » (Binswanger, 1970, p. 51)⁶. Cette dernière se révèle à travers l'analyse des grandes coordonnées existentielles, susceptibles de rencontrer le sujet au-delà de son éventuel aspect pathologique. Quelle que soit la motivation de la rencontre clinique, le sujet doit être considéré *a priori* avec toute la complexité qui le caractérise, à travers le prisme de ces coordonnées anthropologiques. Ces coordonnées sont l'espace, le temps, les rythmes, le corps, la conscience, l'altérité et le monde social, la subjectivité, la sensation. Ces coordonnées fondamentales sont des points de repères qui permettent de caractériser l'expérience psychique d'un homme, qu'il présente ou non une psychopathologie.

⁶ Nous évoquons Binswanger mais pouvons également citer Sartre dans *l'Esquisse d'une théorie des émotions* (1939). Sartre cherche à y « mener à bien une analyse de la "réalité humaine", qui pourra servir de fondement à une anthropologie » (p. 14). Il établit d'ailleurs une hiérarchie claire entre démarches anthropologique et psychologique : « (...) avant de débiter en psychologie », il convient de partir de « cette totalité synthétique qu'est l'homme » et d'établir son « essence » (*Ibid.*).

Échappant au pathomorphisme et à ses pièges, le psychopathe doit également éviter les risques du normomorphisme. Grâce à une conception anthropologique rigoureuse, il pose continuellement sous un jour nouveau la question de l'adaptation entre norme et pathologie. Une adaptation qui peut se révéler efficace, celle qui conjugue « adaptation à l'environnement » et « préservation des compétences subjectives de l'homme ». Il parvient alors à réaliser cette alliance subtile et délicate qui consiste à penser l'homme en dehors du pathologique mais également en dehors de la normalité ; il conçoit l'homme à travers toutes ses aspérités, en tenant compte de toute l'adhérence qui en fait un être complexe, mais en l'inscrivant dans une anthropologie qui fait de chaque individu un sujet. Un sujet qui est, *a priori*, à la fois anormal et également non-pathologique.

Références :

- Akiskal, H.S. (2001). Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord*, 62(1-2), 17-31.
- Binswanger, L. (1970). *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne : discours, parcours et Freud*. Paris : Gallimard.
- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris : PUF. 1991.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Deleuze, G. (1962). *Nietzsche et la philosophie*. Paris : PUF. 2010.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la philosophie ?*. Paris : Éditions de Minuit.
- Demaret, A. (2014). *Éthologie et psychiatrie*. J. Englebert & V. Follet (Eds.) 2nd éd (pp. 1-164). Bruxelles : Mardaga.
- Englebert, J. (2013a). *Psychopathologie de l'homme en situation*. Paris : Hermann.
- Englebert, J. (2013b). Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie : Part I. *Annales Médico-Psychologiques*, 171(3), 141-146.
- Englebert, J. (2013c). Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie : Part II. *Annales Médico-Psychologiques*, 171(3), 147-153.
- Englebert, J. & Follet, V. (2014). Essai de psychopathologie éthologique. In J. Englebert, V. Follet & A. Demaret (Éds.), *Éthologie et psychiatrie*. (pp. 165-231). Bruxelles : Mardaga.

- Englebert, J., & Gauthier, J.-M. (2011b). Éthologie et psychiatrie : hommage au travail du Docteur Albert Demaret. *Acta Psychiatrica Belgica*, 111(4), 8-12.
- Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. *Œuvres Complètes VI*. Paris : PUF. 2006.
- Freud, S. (1937). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. *Résultats, idées, problèmes*, vol. II. Paris : PUF. 1998.
- Gennart, M. (2011). *Corporéité et présence*. Paris : Le Cercle herméneutique.
- Jaspers, K. (1913). *Psychopathologie générale*. Paris : Bibliothèque des introuvables. 2000.
- Lantéri-Laura, G. (1999). Préface. In E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*. (pp. 9-23). Paris : Les empêcheurs de penser en rond. 1999.
- Marin, L. (1978). *Le récit est un piège*. Paris : Éditions de Minuit.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie*. Paris : Payot. 2002.
- Minkowski, E. (1966). *Traité de psychopathologie*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond. 1999.
- Osumi, T., & Ohira, H. (2010). The positive side of psychopathy: Emotional detachment in psychopathy and rational decision-making in the ultimatum game. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 451-456.
- Sartre, J.-P. (1939). *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris : Hermann. 1995.
- Sass, L.A. (1994). *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*. New York : Cornell University Press.
- Sass, L.A. (2003). Self-disturbance in schizophrenia : hyperreflexivity and diminished self-affection. In T. Kircher & A. David (Éds.) *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. (pp. 242-289). Cambridge : Cambridge University Press.
- Sass, L.A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophrenia research*, 152(1), 5-11.
- Sass, L.A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.
- Stanghellini, G. (2006). *Psicopatologia del senso comune*. Milan : Cortina. 2008.
- Stanghellini, G. & Ballerini, M. (2007). Criterion B (social dysfunction) in persons with schizophrenia: the puzzle. *Curr Opin Psychiatry*, 20(6), 582-587.
- Stanghellini, G. & Ballerini, M. (2011). What is it like to be a person with schizophrenia in the social world? A first-person perspective study on Schizophrenic dissociality--part 1: state of the art. *Psychopathology*, 44(3), 172-182.

Stanghellini, G., Ballerini, M., Fusar Poli, P., & Cutting, J. (2012). Abnormal Bodily Experiences May be a Marker of Early Schizophrenia?. *Current Pharmaceutical Design*, 18(4), 392-398.

Tatossian, A. (1994). L'identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses. *L'Art du comprendre*, 1, 99-106.

Wittgenstein, L. (1958). *Le cahier bleu et le cahier brun : études préliminaires aux « Investigations philosophiques »*. Paris : Gallimard, 1994.