



Présentation

[Claude Wacjman^[1], Olivier Douville^[2]

Le numéro que nous présentons a pour ambition de relever un souci qui se fait jour dans les professions du soin psychique et qui est le rejeton de l'impact social des dispositions légales. Des avatars ont continûment jalonné notre pratique clinique pour la réduire, pour la détruire au profit de méthodes non cliniques, basées sur un usage partiel de l'étude épidémiologique des maladies, comme le XIX^e siècle les pratiquait dans la méthode anatomo-clinique. Certes des avancées ont été faites de cette façon, lorsqu'elle pouvaient montrer des mécanismes. Ainsi le délire provoqué par une intoxication cessait-il en même temps que l'intoxication. Puis les anomalies de la pensée, étudiées à partir du contenu des discours des patients ont permis une compréhension de ce qui était exprimé par le patient. L'observation clinique fine du rapport du sujet à son dire, culmina, dans la psychiatrie française classique avec Séglas. Des thérapeutiques de l'écoute en sont issues. Par ailleurs, la psychanalyse en tant que dispositif rincé des artifices commodes de la suggestion s'étant construite à partir de l'injonction d'une patiente. Aujourd'hui l'expertise partielle et partielle, la législation morale détruisent les références à l'inconscient et récusent du même coup les apports de la culture phénoménologique à l'art du diagnostic et du soin. Kraepelin tient sa revanche contre Jaspers, et encore s'agit-il d'un Kraepelin rogné, tant on en revient à une conception mécaniste de la pensée limitée au comportement maîtrisable par des moyens matériels où le déni de la complexité de la souffrance psychique fait que la maladie est réduite au trouble nosographique. Cette réification du patient rassure : on compte mieux, on donne plus de services légiférés, mais on ne tient plus compte du sujet de désir. C'est sans doute ce qui explique que les diagnostics d'autisme aient été multipliés par cinquante en une trentaine d'années.

Mais il reste une option de pratique clinique importante. Les auteurs qui ont ici confié leur texte à *Psychologie Clinique* s'exposent doublement. D'abord ils s'exposent à une réprobation non scientifique, basée sur l'expression de représentations sociales des maladies mentales qui s'appauvrissent au fur et à mesure que, par déni de la différence, on les lamine pour les mettre à l'aune du social bien pensant. Mais surtout, plus que de s'exposer, nos auteurs exposent la place qu'ils tiennent dans leur clinique, confrontant leurs savoirs et leur pensée à celle de leurs patients. Il ne faut pas méconnaître la réalité psychique dans la psychose de l'enfant, parce

[1] Psychologue, Directeur de recherche Université Paris Diderot, Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine.

[2] Psychanaliste, Maître de conférences en psychologie clinique, Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine, Université Paris Diderot, Directeur de publication de *Psychologie Clinique*.



que cela représente une mise en danger du patient. On insiste beaucoup sur le fait que l'enfant, même meurtrier, n'est pas un objet, dans une dialectique où la complexité clinique supplante la simple réprobation morale. Dans la pratique psychothérapeutique et psychanalytique, un auteur tel que Winnicott continue à guider les praticiens. La remémoration et les manifestations de la motricité sont questionnées pour une meilleure compréhension de la sensorialité (et non du sensualisme) comme vecteur expressif d'une corporéité chez l'enfant psychotique. Leo Kanner fait utilement référence, pour contrer les mésusages qui ont développé la considération de l'autisme comme un trouble ou qui le réduisent à quelques phobies précoces d'importance que le mutisme aggrave, or autisme n'est pas mutisme. Les autres textes, proposés en *varia* font aussi appel à de très fortes considérations cliniques sur le terrain.