

Le piège du « pathomorphisme » et ses alternatives

Jérôme Englebert

Outre le néologisme proposé en titre, cette contribution s'articule autour des concepts d'« adaptation », et de la « pathologie de l'adaptation ». Ces deux derniers ne nécessitent pas, pour qui connaît les travaux de Sami-Ali, d'être expliqués prioritairement. Aussi, dans un premier temps, je vous propose de nous pencher sur ce que je propose d'appeler le « pathomorphisme ». Dès lors, mon propos va se développer en trois étapes : la première va consister à définir ce que l'on peut entendre par pathomorphisme, la seconde discutera des notions d'« adaptation » et de « pathologie d'adaptation » ; enfin, le troisième temps de mon développement sera consacré à une discussion de la place des théories de Sami-Ali eu égard au pathomorphisme et en quelque sorte à chercher à unifier les trois termes de mon titre. Nous verrons que c'est dans la dimension anthropologique de la psychosomatique relationnelle que l'on trouvera les ressources qui pourront être convoquées pour déjouer ce piège du pathomorphisme. Pour continuer sur le développement du titre que j'ai annoncé, je peux donner un premier indice sur ce que j'entendrai par les *alternatives* au piège. C'est la préoccupation anthropologique qui sera la toile de fond de cet écrit et une notion qui agira en quelque sorte en sourdine tout au long de mon propos. Je propose de conserver à l'esprit cette dimension anthropologique sur laquelle je reviendrai lors de ma conclusion.

Le piège du « pathomorphisme »

Le « pathomorphisme » apparaît dans toute préoccupation psychopathologique ; c'est-à-dire lorsqu'il y a une pathologie, un trouble du psychisme, ou, pour citer Jaspers (1913), une « expérience psychique anormale ». Outre le contexte dans lequel on le retrouve, on peut se demander de quoi il s'agit fondamentalement. Le pathomorphisme apparaît donc lorsque nous nous préoccupons de psychopathologie, il s'agirait même de l'obstacle majeur de la démarche psychopathologique. La principale ambiguïté qui naît lorsque l'on qualifie sa démarche de psychopathologique consiste à considérer que le sujet que l'on étudie s'inscrit, de façon automatique, dans le giron de la maladie mentale. Ou, dit autrement, on peut se demander si la démarche compréhensive de la psychopathologie peut être adaptée pour tout sujet rencontré dans un dispositif clinique ou s'il doit nécessairement avoir une psychopathologie ; une psychose, une paranoïa, une névrose obsessionnelle, une dépression, etc.

Quelle réponse peut-on donner à cette tendance à « pathologiser » le sujet ? On peut répondre que, concrètement, la position du clinicien ne peut pas être différente en fonction de la présence ou l'absence d'une psychopathologie car si nous disions que notre méthode ne s'applique pas à tout sujet (et donc pas à ceux indemnes de maladie mentale), que, par exemple, nous ne travaillons qu'avec des schizophrènes ou des dépressifs, nous rencontrerions une difficulté pratique inhérente à la « sélection » du sujet.

Le sujet, quelle que soit la motivation de la rencontre clinique, doit être considéré *a priori* avec la complexité qui caractérise tout individu et il est impossible anticipativement, je dirais même de façon antéprédicative, de le sélectionner précisément parce qu'il présenterait une pathologie mentale. En effet, on ne peut 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 évident que non. Mais nous touchons ici à un problème que l'on rencontre dans toute réflexion psychopathologique, consistant en la possibilité d'une considération du sujet *en dehors* du pathologique. Voilà ce que nous appelons le piège du pathomorphisme. On décline les déviations anormales des traits de caractère, du vécu émotionnel, de

la dynamique identitaire alors qu'on s'intéresse finalement peu aux dimensions de base de la personne.

Cette remarque s'adresse à un bon nombre – sinon à l'ensemble – des considérations psychopathologiques et, peut-être plus spécifiquement encore, des théories de la personnalité. Le pathomorphisme semble inhérent à la possibilité de penser la personnalité.

Le DSM-IV et le futur DSM-V donnent l'exemple le plus évident puisqu'à aucun moment ces manuels ne proposent 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. En revanche, si trouble de la personnalité il y a (le DSM-IV parle de *Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité*), il est entendu qu'il y a des différences et l'on parlera alors de personnalités antisociale, *borderline*, schizotypique, etc. La personnalité « non-troublée » serait commune à tous, et c'est lorsqu'elle deviendrait pathologique qu'il y aurait un sens à la rendre spécifique. Une impression d'un travail réalisé à l'envers peut s'emparer du clinicien qui a donc les outils pour identifier une situation « anormale » mais n'a pas de points de repère pour déterminer de quelle norme le trouble s'écarte.

À y réfléchir de plus près, c'est peut-être de Freud que l'on peut repartir pour comprendre cette difficulté qu'ont la psychologie et la psychopathologie pour comprendre ce que nous pourrions appeler l'« homme normal » ou pour concevoir l'« homme sain » (si tant est que de tels concepts existent). On pourrait probablement même remonter jusqu'à Hippocrate. Mon propos ne cherche pas l'exhaustivité et l'exactitude d'un point de vue historique. Je suggère de repartir de Freud car ses propositions à ce sujet demeurent très actuelles dans de nombreuses pratiques cliniques.

L'un des apports les plus fondamentaux de Freud, révélé entre autres dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), est l'abolition de la barrière entre le normal et le pathologique. Avec sa théorie de la névrose, Freud montre pertinemment que le mécanisme fondateur de la pathologie est au cœur de la psychologie de tout un chacun. La névrose devient le modèle de base de compréhension de l'« homme normal ». À partir de cette découverte, le « normal » dans la représentation psychopathologique ne sera plus indemne, il est *frappé* du pathologique. Si Freud ne donne pas de modèle de l'homme normal, il n'explique pas plus dans ses travaux ce que doit devenir le sujet une fois « guéri » par la psychanalyse. On peut, de

ce point de vue, se référer au texte de Freud, limpide à ce propos, *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937).

Il y a d'ailleurs au niveau de 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 de « sujet normal ». L'objet de la pathologie, du trouble, de l'expérience psychique anormale est ce qui est également source de la structure psychique de l'individu, le terreau de sa personnalité. Bien entendu, cet exemple de la névrose vaut aussi pour ce que la psychanalyse appelle la structure psychotique et la structure état-limite. La position freudienne marque ici le début d'une tradition qui sera entretenue, notamment, par le fait que les cliniciens sont généralement confrontés à des sujets présentant un trouble et pas à des sujets indemnes de souffrance psychologique ou de manifestation psychopathologique (dans 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, souffre de ce paradoxe du pathomorphisme.

Après le DSM et Freud, on peut observer également que les théories les plus modernes et les plus actuelles de la personnalité souffrent également de ce pathomorphisme qui semble agir comme une sorte de prisme, déformant le regard sur le sujet. On peut prendre comme exemple la théorie « très à la mode » des *tempéraments* telle que l'a développée Cloninger (1999, 2003 ; Cloninger *et al.*, 2012), et qu'a reprise Akiskal (2001, Akiskal *et al.*, 2006) en la reliant à l'étude des troubles bipolaires. Cette théorie identifie quatre types fondamentaux de tempéraments : « cyclothymique », « hyperthymique », « dysthymique » et « dysphorique », auxquels on ajoute un cinquième tempérament dit « anxieux ». On peut observer, comme pour les propositions freudiennes, que les thèmes utilisés pour désigner ces tempéraments fondamentaux reposent sur ce que l'on pourrait appeler une « matrice pathologique » et indiquent une déviation anormale plutôt que les déclinaisons simples de l'émotivité de base de la personne. C'est l'anormalité, c'est le trouble qui donne les points de repère à la construction de la psychologie non troublée, non pathologique. On pourrait ajouter également les fondements du test de personnalité le plus célèbre et le plus utilisé dans le monde qu'est le MMPI. Ses échelles cliniques reposent toutes sur cette logique du pathomorphisme : échelle de dépression, d'hypocondrie, de psychopathie, d'hystérie,

de paranoïa, etc. Chacune des échelles du test indique un score qui signifie le positionnement du sujet en rapport à ces différentes dimensions pathologiques de la personnalité.

* *
*

Alors, évidemment, ce constat doit être nuancé. Et on peut, je pense, rencontrer cette nuance avec Minkowski, qui est comme vous le savez un des plus célèbres psychopathologues. Minkowski semble se poser la question dans le sens inverse. Il rappelle, 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 adhérences et de laquelle on a extrait toute dimension humaine... Pour Minkowski, il s'agit tout autant d'une entreprise délicate que de chercher à décrire l'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 ».

On observe donc qu'il est particulièrement complexe et périlleux de poser cette question du normal et du pathologique, entre un pathomorphisme et un « normomorphisme », appelons-le comme ça, qui serait la tendance inverse qui consiste à croire, de façon tout aussi erronée, qu'il existe un homme normal et qu'il puisse être décrit. On voit donc que pour échapper au piège du pathomorphisme, il conviendra de conserver à l'esprit de se garder de chercher à décrire un homme normal qui ne représente qu'une norme abstraite qui est, pour reprendre les termes de Minkowski, « à peine viable ».

Après cette longue introduction que je viens de consacrer à la définition de ce problème épistémologique du pathomorphisme, je voudrais maintenant mettre en évidence que l'on peut trouver dans les travaux de Sami-Ali des éléments susceptibles de déjouer ce que je vous ai proposé d'appeler un piège. Selon moi ces éléments reposent sur les notions d'adaptation, d'imaginaire et de relation qui sont les nœuds d'une véritable réflexion anthropologique consacrée à l'homme. Une anthropologie qui échappe au pathomorphisme mais également, nous allons le voir, qui échappe à la recherche tout aussi fallacieuse de l'homme normal.

Adaptation et pathologie de l'adaptation : de Canguilhem à Sami-Ali

Je vous propose de partir de Sartre lorsqu'il observe que « la condition essentielle pour qu'une conscience puisse imaginer [est] qu'elle ait la possibilité de poser une thèse d'irréalité » (Sartre, 1940, p. 351). En effet, si la condition *a priori* de l'imaginaire est la possibilité de dépassement du réel, une absence de cette condition inscrit le sujet et son environnement dans le banal et dans un rapport paradoxal au mécanisme d'adaptation. Ce constat réalisé par Sami-Ali dans *Le banal* (1980) amène à redéfinir le concept d'adaptation, et il semble bien que ce concept ne puisse être compris correctement si on ne lui intègre pas une logique de modification et de transformation de l'environnement. Au fond, il semble que le mécanisme d'adaptation puisse se décliner de deux façons. Nous sommes ici très proches des propositions de Georges Canguilhem dans son essai sur *Le normal et le pathologique* lorsqu'il précise :

« 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 et pas de territoire et l'objectivité prime sur la subjectivité ; c'est le banal tel que le décrit Sami-Ali (1980). La seconde configuration est celle de l'adaptation à un environnement dans lequel le réel est, en partie du moins, manipulable et « territorialisable ». Cette adaptation, « déstabilisée » par l'imaginaire, parvient à *intégrer* la nouveauté et le changement. L'équilibre dialectique 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.

Le mécanisme d'adaptation précisé, nous pouvons approfondir ce que grâce à Sami-Ali (1980) nous appelons « pathologie de l'adaptation ». Comme le suggère ce dernier, il s'agit d'un fonctionnement psychique dominé par la répétition stéréotypée, l'absence d'imaginaire et l'impossibilité d'investir subjectivement le vécu quotidien : « *La pathologie de l'adaptation [...] est cette forme particulière de fonctionnement normal dans laquelle les traits de caractère remplacent les symptômes névrotiques ou psychotiques, alors que l'adaptation s'effectue au détriment du rêve et de ses équivalents* » (Sami-Ali, 1977, p. 84-85). En ce sens, le banal est une pathologie de l'adaptation qui consiste en une adhésion parfaite du sujet à son environnement. Ce « collage » ne tolère pas la moindre faille, il subsiste, sans le moindre grain de sable qui viendrait perturber cette « machine à objectivité ». Avec le banal, il n'est plus possible de nier le réel car ce dernier est le seul et unique recours à l'organisation d'un quotidien qui ne peut dorénavant plus que se *répéter*.

Nous sommes encore fort proches de Canguilhem qui déjà observait l'existence paradoxale des « maladies de l'adaptation » :

« *Sous le nom de maladie de l'adaptation, il faut entendre toutes sortes de troubles de la fonction de résistance aux perturbations, les maladies de la fonction de résistance au mal. Entendons par là les réactions qui dépassent leur but, qui courent sur leur lancée et persèverent alors que l'agression a pris fin. C'est le cas ici de dire, avec F. Dagognet : « Le malade crée la maladie par l'excès même de sa défense et l'importance d'une réaction qui le protège moins qu'elle ne l'épuise et le déséquilibre. Les remèdes qui nient ou stabilisent prennent alors le pas sur tous ceux qui stimulent, favorisent ou soutiennent » » (Canguilhem, 1966, p. 205).*

Nous pouvons préciser que la thèse principale de Canguilhem dans *Le normal et le pathologique* (1966) est de concevoir le « pathologique » comme une expérience novatrice et 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. Selon lui, toute situation oscillant entre normal et

pathologique doit être référée à son environnement et être recontextualisée. La vie ne peut être considérée comme étant indifférente aux conditions dans lesquelles elle se développe et doit être envisagée dans une perspective dynamique. Grâce à Canguilhem, nous pouvons comprendre que 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.

Ainsi, finalement, la *pathologie* de l'*adaptation* repose sur un double paradoxe, inscrit au niveau de ses deux termes, car, outre le fait qu'il s'agit d'un ersatz d'adaptation, nous avons également affaire à une pseudo-pathologie, puisqu'il n'y a pas ici de redéfinition d'une norme *différente*. Le sujet s'adapte au même, c'est là sa dimension pathologique. Nous pourrions dire que dans le banal, même la pathologie semble ne pas appartenir au sujet ; il est, en quelque sorte, hors du processus pathologique qui le façonne. C'est donc bien la totalité de l'expérience du sujet qui est organisée de l'extérieur.

Le projet anthropologique de Sami-Ali : l'imaginaire et le relationnel

Reprenons notre thèse sur le « pathomorphisme », brièvement et synthétiquement. Que ce soit Freud, le DSM, les théories actuelles de la personnalité, ou le MMPI, toutes ces théories de la personnalité reposent sur une norme pathologique sous-jacente. Il y a une vision du monde implicite dans toutes ces théories psychologiques qui reposent en réalité sur une incapacité fondamentale à penser l'homme.

Au fond, c'est selon nous d'une anthropologie dont nous avons besoin pour penser l'homme. Et c'est précisément le grand apport de la psychosomatique relationnelle de Sami-Ali. Celui-ci résulte dans le fait qu'il s'agit d'une anthropologie. Rappelons qu'une des premières publications de Sami-Ali était de s'intéresser à la prostitution au Caire, ce qui est une préoccupation bien plus anthropologique que psychopathologique. On pourrait avoir une lecture similaire pour l'essentiel de ses livres qui reposent généralement sur ces mêmes préoccupations. À ce sujet, son ouvrage anthropologique par définition est bien *Le banal* (1980) qui est un essai qui cherche à

inclure le pathologique mais en l'inscrivant dans une anthropologie de l'imaginaire et de l'altérité. Je pense également à ses travaux les plus récents comme *Penser l'unité* (2011).

Sans le développer ici en détail, on retrouve ces préoccupations dans de nombreux courants de la pensée de l'homme. Je pense à Nietzsche qui, pourtant également « maître du soupçon » selon l'expression consacrée de Ricœur, propose une conception de l'homme guéri de ses névroses : le « surhomme », alors que Freud reste embourbé dans cette vision de l'homme sain reposant sur sa névrose qui construit sa normalité. Si Freud échoue à concevoir cet homme guéri, Nietzsche y parvient, tout comme Marx, troisième maître du soupçon qui conçoit les lendemains qui chantent. De ces trois maîtres, on remarquera que c'est celui qui rencontrait des patients, qui se proposait de les soigner qui est celui qui, paradoxalement, ne parviendra jamais à proposer un modèle de la guérison et de l'évolution.

On peut également citer Sartre dans ce qui est pour moi un de ses textes les plus essentiels et malheureusement trop méconnu : *l'Esquisse d'une théorie des émotions* (1939). Dans ce texte, Sartre cherche à « mener à bien une analyse de la « réalité humaine », qui pourra servir de fondement à une anthropologie » (p. 14). Il fait 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.*).

Après Nietzsche, Marx et Sartre, on peut également citer Binswanger et le courant de la psychopathologie phénoménologique. Pour ce dernier, toute psychopathologie doit procéder d'une anthropologie implicite qui assure une sorte de « charpente épistémologique ». 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).

Alors pour terminer, je voudrais répéter que, selon moi, les travaux de Sami-Ali s'inscrivent dans cette perspective de la pensée anthropologique. Échappant au pathomorphisme et à ses pièges, sa théorie présente en outre ce second avantage qui consiste à échapper également au problème que nous avons aussi brièvement détaillé du normomorphisme. Car, grâce à son anthropologie de l'imaginaire et de la relation (que j'aurai finalement peu développée ici puisque vous la connaissez), il pose, comme je l'ai détaillé, la question de

l'adaptation pathologique : c'est-à-dire le « banal » ou « pathologie de l'adaptation ». Mais il pose également l'équation de l'adaptation efficiente, celle qui allie « adaptation à l'environnement » et « préservation des compétences subjectives de l'homme » grâce à l'imaginaire. Dès lors, la théorie de la psychosomatique relationnelle parvient à réaliser cette alliance subtile et délicate qui consiste à penser l'homme en dehors du pathologique mais également en dehors de la normalité ; elle 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 de l'imaginaire et de la relation qui fait de chaque sujet un individu. Un individu qui est, *a priori*, à la fois anormal et également non-pathologique.

Bibliographie

Akiskal H.S. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 2001 ; 62 (1-2) : 17-31.

Akiskal H.S., Kilzieh N., Maser J.D., Clayton P.J., Schettler P.J., Shea M.T., Endicott J., Scheftner W., Hirschfeld R.M.A., Keller M.B. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *J Affect Disord* 2006 ; 92 (1) : 19-33.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV.* Paris : Masson, 2000.

Binswanger L. *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne : discours, parcours et Freud.* Paris : Gallimard : 1970.

Canguilhem G. *Le normal et le pathologique.* Paris : PUF : 1966.

Cloninger C.R. *Personality and psychopathology.* Washington D.C. : American Psychiatric Press, 1999.

Cloninger C.R. Completing the psychobiological architecture of human personality development : Temperament, character, and coherence. In U.M. Staudinger, U.E.R. Lindenberger (eds). *Understanding human development : dialogues with lifespan psychology.* Boston : Kluwer Academic Publishers, 2003 : 159-182.

Cloninger C.R., Zohar A.H., Hirschmann S., Dahan D. The psychological costs and benefits of being highly persistent : personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *J Affect Disord* 2012 ; 136 (3) : 758-766.

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.

Jaspers K. (1913). *Psychopathologie générale.* Paris : Bibliothèque des Introuvables, 2000.

Affect et pathologie

Minkowski E. (1966). *Traité de psychopathologie*. Paris : Les Empêcheurs de penser en Rond, 1999.

Sami-Ali. (1977). *Corps réel, corps imaginaire*. Paris : Dunod, 1998.

Sami-Ali. *Le banal*. Paris : Gallimard, 1980.

Sami-Ali. *Penser l'unité : La psychosomatique relationnelle*. Paris : L'Esprit du Temps, 2011.

Sartre J.-P. (1939). *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris : Hermann, 1995.

Sartre J.-P. *L'imaginaire*. Paris : Gallimard : 1940.

