

Avant-propos

Karl-Leo Schwering, François Villa

Quelle place accorde-t-on aujourd'hui à l'hôpital à la vie psychique ? Comment l'accueille-t-on dans un univers de plus en plus saisi par les logiques du néolibéralisme ? Les règles du marché s'imposent telle une *main invisible* et contraignent l'individu et le collectif à méconnaître la conflictualité de la logique individuelle ou commune ; elles exigent d'eux de s'adapter coûte que coûte aux impératifs de productivité du marché. Aujourd'hui en milieu hospitalier s'installe au quotidien la misère (qui est autre chose que la pauvreté) : manque de moyens, manque de personnel, manque de temps, (parfois) vétusté des locaux. Les temps de séjour sont réduits à la portion congrue : les soins ne doivent pas traîner. Cela se fait souvent au détriment de la relation patient-soignant qui exige du temps pour construire la nécessaire confiance donnant son épaisseur psychique aux rencontres et soutenant la dimension de l'intimité propre aux relations humaines. D'un certain point de vue, l'époque est terrible et l'expérience hospitalière (tant pour les patient-es que pour les soignant-es) confronte au tragique de l'existence humaine, à l'appauvrissement des ressources du langage et à l'impuissance humaine. Pourtant, le « dur désir de durer » (Éluard) persiste, insiste et trouve les ressources pour faire passer la vie psychique par le chas d'une aiguille.

Ce livre vise à saisir l'inventivité clinique et les formes que prend la recherche quand les psychologues veulent ne pas négliger la vie psychique et que leur *intellection* est mobilisée pour appréhender l'œuvre du travail psychique mis en branle dans les multiples traitements à l'hôpital.

Notre projet est de nous affronter aux multiples problématiques de *la vie psychique à l'hôpital* et de présenter un ensemble divers de *cliniques* et de *recherches*. Ce livre se divise en une première partie présentant des modèles différents de recherches hospitalières se référant à la psychologie clinique, à la psychopathologie dynamique et à la psychanalyse et une seconde consacrée aux diverses cliniques.

Cette division en deux parties relève d'un arbitraire et de la malheureuse mais traditionnelle dichotomie entre pratique et théorie. Pourtant, toute notre démarche est de montrer qu'il n'y a pas de pratique sans théorie (soit-elle implicite ou mise en suspend) et pas de théorie qui ne prenne sa source dans le matériel clinique le plus concret et le plus détaillé. Nous supportons l'étrange paradoxe qu'engendre l'existence de ces deux parties parce qu'il existe néanmoins une différence cruciale de positionnement du clinicien et du chercheur. Clinicien et chercheur ont tous deux une formation et une pratique de psychologue clinicien et parfois de psychanalyste, mais leur visée n'est pas la même dans une démarche clinique et dans une démarche de recherche.

Le clinicien ne saurait s'abstraire totalement d'un objectif d'efficacité thérapeutique, ce qui le contraint souvent à renoncer à sa curiosité théorique, à la mettre en retrait. Le clinicien-chercheur doit bien évidemment veiller à ne pas entraver les processus de subjectivation des personnes participant à la recherche, mais sa représentation-but dominante reste l'objet de la recherche qui détermine son positionnement pratique. Plusieurs chapitres explicitent ce conflit « d'intérêt ».

La présence et les interventions des psychologues cliniciens à l'hôpital peuvent prendre de multiples formes (chapitre 20). Elles résultent d'une interrogation sur les dispositifs à mettre en place selon la spécialisation des services (chapitres 9, 17, 18). Elles prennent la forme de rencontres individuelles se limitant à quelques rendez-vous (voire un seul) qui ne donneront pas suite à un travail au long cours. Ce peut être aussi un suivi circonscrit à une hospitalisation et qui s'interrompt avec la sortie de l'hôpital, il s'agit alors d'un suivi dont la régularité et la temporalité sont dictées par celles du traitement médical/curatif, interrompu avec la fin des traitements et l'entrée en rémission, mais aussi d'un suivi hélas interrompu parce que la mort approche et survient (chapitre 19). Peuvent également être mis en place des suivis plus ou moins réguliers post-hospitalisation. D'autre fois encore, cela passe par l'instauration soit d'un travail groupal avec plusieurs patients et/ou avec leurs familles, soit d'un travail pluridisciplinaire avec les équipes soignantes sur les pratiques et les difficultés rencontrées et enfin, fréquemment, s'accomplit un travail quotidien discret, mais crucial sur et dans les interstices de la vie hospitalière quotidienne, sur les modes de circulations des divers protagonistes dans les lieux hospitaliers et leurs significations (chapitre 15). Les chapitres qui suivent rendent compte donc de cette multiplicité des pratiques des psychologues cliniciens, mais aussi de la diversité des patients rencontrés. Les cliniciens sont confrontés aux différences d'âge et de genre, à la diversité des milieux socio-professionnels, à la multiplicité des cultures d'origine. Certains patients sont atteints de maladies graves, voire létales, parfois chroniques (chapitre 14). D'autres sont rencontrés au moment de la découverte de la pathologie et de son annonce (chapitre 13), d'autres au début du traitement, en cours de traitement ou après le succès ou l'échec du traitement et d'autres encore sont en fin de vie. Et, il y a aussi ces « patient-es » qui ne sont pas *stricto sensu* des malades, mais qui souffrent d'une « malformation » qu'ils veulent voir « réparer » (chapitres 11, 12).

Cette multiplicité de situations cliniques confronte cliniciens et cliniciennes à l'exigence de mettre en place des dispositifs de rencontre, dont la visée principale est d'instaurer et de maintenir vivant un espace psychique dans ce temps si particulier qui est celui de l'hospitalisation (chapitres 10, 16) : temps suspendu, temps où l'histoire de la maladie et l'histoire du traitement « coupent » le patient, ses proches du cours ordinaire de l'histoire d'une vie. Un des objectifs de ces rencontres (quelle qu'en soit la forme) est que le patient et son environnement, en présence du clinicien, retrouvent les ressources pour inscrire maladie et traitement dans l'histoire d'une vie, l'enjeu est que des liens psychiques de continuité existentielle soient rétablis entre l'avant et l'après-maladie.

Le clinicien est mis, souvent, face à des situations extrêmes qui engagent le vital et la survie du patient. Des situations qui le plongent dans l'incertitude et qui le renvoient à l'inconnu, au non-savoir. La frustration est presque toujours au rendez-vous, l'anxiété aussi est présente, causée par l'ignorance quant au destin de cette histoire, mais aussi de ces rencontres. Les cliniques évoquées dans les chapitres qui suivent témoignent de la dimension tragique qui est à

leur arrière-fond. Parfois elles sont de l'ordre de l'insupportable, elles exposent alors patient et clinicien à des processus de désanthropomorphisation, à des effets d'impersonnalisation et de dépersonnalisation, à des désintrications de l'unité psychosomatique qui avait été tant bien que mal établie précédemment. Sans cesse survient un flux excessif d'excitations, se produisent des courts-circuits psychiques qui paralysent, inhibent les capacités de pensée de chacun des protagonistes. Il faut pouvoir reconnaître l'écrasement de la dimension psychique par la problématique somatique du patient, la réduction drastique des capacités d'élaboration, c'est la condition nécessaire pour rouvrir à l'intellection psychique de ce qui arrive.

Avant toute interprétation, le clinicien doit être capable en premier lieu d'accueillir, de supporter la parole du patient. Pour ce faire, il suspend ses *a priori*, ses jugements. En ne recourant pas hâtivement à des savoirs préconstitués, il prend la mesure des effets psychiques de cet accueil. La maladie et la souffrance défont les processus secondaires de représentation, elles « effracent » les pare-excitations et les mécanismes psychiques de défense qui rendent viable la vie psychique. Elles réveillent des processus primaires et archaïques et remettent au premier plan les expériences infantiles d'éprouvés et de vécus sensoriels auxquels il faut prêter pleinement attention. Ces éprouvés et vécus sensoriels sont, dès notre origine, à la source de l'instauration de la vie psychique, de son déploiement et des destins donnés à ce qui nous arrive au quotidien d'une vie. Nous pouvons voir que les chapitres qui suivent sont tous traversés par ce fil rouge du champ de la sensorialité qui a indéniablement une potentialité de désorganisation de la vie psychique et tout simplement de la vie quotidienne, mais qui peut, en même temps, devenir une ressource précieuse, le substrat pour rouvrir les voies de l'élaboration. Notons que ce moment tragique de désintrication de l'unité psychosomatique nous offre une occasion pour reprendre théoriquement ce qu'il en est de l'intrication du psychique et du somatique, de la construction psychique du corps, de l'instauration d'une « illusion » bénéfique d'identité s'appuyant sur les processus d'identification, sur la construction d'un narcissisme s'étayant sur des autoérotismes (dont le substrat est organique). C'est dans ces circonstances, que, dans l'après-coup des rencontres, la théorie émerge de la clinique, théorie vivante, car le clinicien accepte les objections qui naissent de la clinique et supporte des remises en cause qui mettent à l'épreuve la robustesse et la validité de ses théories.

Dans cette pratique clinique quotidienne, le psychologue a une responsabilité à l'égard des membres des équipes avec lesquelles il travaille. S'il doit veiller particulièrement à faciliter (bien sûr) la circulation des informations, ce qui lui importe par-dessus tout est la circulation d'une parole qui respecte chacun des protagonistes en accueillant les questionnements, les doutes, les fragilités et les effets affectifs individuels déterminés par les diverses situations. Il s'agit de faire place à ces dimensions pour en faire un matériau susceptible de participer à l'intellection clinique des divers vécus, un « outil » d'entendement clinique. Ces dimensions émergent de l'intersection des scènes les plus intimes et de la scène sociale que représente l'hôpital. C'est avec tous les protagonistes de la scène hospitalière que peuvent être reconnues et entendues les vies psychiques malmenées par les événements de la maladie.

Notre projet a été, chaque fois que cela a été possible, de mettre en place un tandem clinicien et universitaire pour chaque présentation d'une rencontre clinique. Ce choix a résulté de la constatation faite mille fois par le clinicien de terrain d'être pris dans un quotidien abrasant

qui menace les capacités réflexives de chacun, qui réduit les temps d'élaboration collective à la portion congrue. Comment se dégager de l'emprise des exigences implicites hospitalières et du poids d'une clinique souvent harassante ? Comment réintroduire des temps pour penser en surmontant les temporalités de l'urgence, du faire coûte que coûte ? La rencontre entre un clinicien et un enseignant-chercheur qui ne relèverait pas d'un travail de supervision, mais d'une conversation clinique entre des collègues occupant des places différentes nous a paru pouvoir ouvrir un travail commun d'élaboration du matériel clinique. Nous avons pensé cela comme un exemple de ressource à explorer, le résultat, qui s'est exprimé lors de deux colloques, nous paraît avoir été probant. Pour le clinicien, cela constitue une opportunité de mieux repérer les soubassements de leur indéniable savoir-faire et de distinguer la capacité implicite de théorisation dont ils sont porteurs. C'est un moment précieux pour penser après coup les ressorts de l'action clinique, les formes spécifiques du transfert et du contre-transfert dans ces diverses pratiques cliniques.

Venons-en au *clinicien-chercheur* à l'hôpital, et commençons par nous poser cette question : tout clinicien n'est-il pas en même temps chercheur, et vice versa ? C'est la conception qui a prévalu longtemps en psychologie et psychopathologie clinique d'orientation psychanalytique. Autrement dit, la différenciation nette entre les deux postures – celle de clinicien d'un côté, celle de chercheur de l'autre – n'avait pas lieu d'être. Tout clinicien, y compris à l'hôpital, est un chercheur en puissance dès le moment où il en vient à « théoriser » sa clinique, à l'écrire, et, enfin, à la publier. Ce travail de théorisation et donc de recherche a toute sa pertinence, dans la mesure où les manifestations de la vie psychique et de ses processus dans le contexte du corps malade et des souffrances qu'il engendre ne peuvent être uniquement traduites par les modèles de la psychopathologie et de la nosologie qui en est issue. Il serait simpliste sinon même erroné d'emprunter au seul modèle de la névrose ou à celui de la mélancolie – pour ne prendre que ces deux exemples – les catégories permettant de rendre compte des souffrances engendrées par les maladies somatiques. Ou pour le dire plus simplement : la recherche, la description et, enfin, la qualification conceptuelle des processus psychiques qui sont spécifiques à la souffrance de la maladie d'une part, aux répercussions des traitements et des dispositifs medicotechniques d'autre part, est encore aujourd'hui essentielle. En effet, la recherche notamment psychanalytique en la matière est loin d'avoir fait le tour de l'ensemble des questions complexes qui se posent dans ce cadre. Ne serait-ce qu'en raison du fait que les coordonnées de cette souffrance évoluent au fil des avancées de la technomédecine et de ses innovations.

Mais le cadre classique du clinicien au chevet du patient, est-ce là le seul et unique dispositif de recherche ? Et dans ce contexte, la méthode du cas clinique – méthode de recherche « classique » par excellence – est-elle la seule possible ? On peut en douter ; ou plutôt : il faut en douter. Et cela, même si nombre de thèses de doctorat ont été menées dans ce cadre et sur ce modèle. Il faut cependant en douter, car ce modèle, qui a toute sa pertinence, possède aussi ses limites.

Nous en voyons plusieurs, et commençons par la plus importante : la méthode du cas dans sa version classique est très largement sinon exclusivement monodisciplinaire. Cela tant durant sa mise en œuvre sur le terrain – le clinicien recueille les données pertinentes au sein du cadre qui est le sien – que dans l'exploitation théorique et dans la diffusion (conférence, publication, etc.) qui en sera faite. À ce titre, le *clinicien-chercheur* s'adresse prioritairement à un public de chercheurs de

sa propre discipline, dès lors initiés à ce cadre et à cette théorie. La méthode du cas se prête difficilement à une application pluridisciplinaire, et encore moins interdisciplinaire. D'autres méthodes – dont nous parlerons plus loin puisqu'elles forment le cœur de cette première partie du livre – rendent possible un dosage plus élevé d'interdisciplinarité, et permettent de décloisonner les savoirs disciplinaires. Or c'est ce dont la recherche psychanalytique en médecine a cruciallement besoin ! Car cette dernière, dans les résultats qu'elle produit, est réputée difficile à comprendre, réservée à un cercle d'initiés, et comme telle perçue au mieux comme mystérieuse, et au pire comme inutile. Le constat est apparemment sévère, mais il reflète bien ce que nombre d'acteurs du monde médical pense tout bas, et ose parfois dire tout haut. Mais avant d'être sévère, ce constat est surtout nécessaire et indispensable : car dans nombre d'hôpitaux, la recherche psychanalytique est parfaitement absente, et ce sont d'autres disciplines (sociologie, anthropologie, santé publique, philosophie, etc.) ainsi que d'autres sous-disciplines de la psychologie qui ont de longue date engagé un dialogue pluri- voire interdisciplinaire avec ces mêmes acteurs du monde médical. Elles se sont ainsi assurées une implantation et, chemin faisant, une « légitimité scientifique » apparemment incontestable, et ce au détriment d'autres disciplines, en particulier la psychanalyse. Car la science est aussi affaire de politique, de discours majoritaire, et de pouvoir d'influence.

Une autre limite tient au fait que le clinicien-chercheur, lorsqu'il est salarié par l'hôpital et comme tel membre d'une équipe, s'inscrit dans la hiérarchie institutionnelle, et ne peut faire tout à fait abstraction des contraintes qui s'imposent à lui de ce fait. La première contrainte est celle du temps : nombre de cliniciens ne peuvent en aucun cas, ou au mieux à la marge, prendre du recul pour penser, écrire, et publier. La contrainte suivante est à la fois institutionnelle et hiérarchique. Car même si ce n'est pas toujours explicite, l'aval du chef de service, sa bienveillance et son soutien sont indispensables afin de rendre possible une pratique de recherche digne de ce nom, même lorsque le clinicien se limite à la méthode du cas clinique. Mais c'est encore plus vrai lorsqu'il souhaite ouvrir sa pratique de recherche aux autres disciplines, par exemple lorsqu'il prévoit des entretiens de recherche avec les membres de l'équipe soignante (pour ne donner que cet exemple). Dans ce cas, il doit recueillir le consentement de sa hiérarchie et de l'ensemble des acteurs pluridisciplinaires qu'il souhaite associer à sa démarche de recherche. Il doit aussi espérer que ce consentement ne sera pas que de façade. Autrement dit qu'il ne débouchera sur aucune réelle motivation ni participation effective des acteurs concernés aux étapes de la recherche. Une troisième contrainte apparaît enfin, qui risque de se transformer en obstacle infranchissable : en tant que membre de l'équipe, en tant que collègue au quotidien des personnes dont il va recueillir la parole à des fins de recherche, le clinicien possède-t-il la distance nécessaire, la « neutralité institutionnelle » pour ce faire ? On peut en douter, ou du moins, supposer que ses collègues d'autres disciplines ou d'autres professions ne pourront lui confier des pensées, représentations, affects et autres contenus psychiques personnels qu'ils savent adressés à quelqu'un qu'ils vont continuer à fréquenter professionnellement au quotidien. Disons-le plus simplement : la *position tierce* est indispensable pour la mise en œuvre de méthodes de recherche participatives, en particulier lorsqu'elles sont qualitatives.

C'est à ce point précis qu'il nous faut évoquer la position fort différente du *chercheur-clinicien* venant à l'hôpital dans le cadre d'un projet de recherche financé (par son appartenance universitaire, par un financement de recherche spécifique, etc.). Son extériorité lui confère cette position

tierce évoquée à l'instant. À cela s'ajoute la légitimité que lui donne son statut. Car il intervient explicitement comme chercheur, et non d'abord comme clinicien. À ce titre, il est doté d'un savoir scientifique et d'un savoir-faire méthodologique lui conférant une autorité indispensable pour discuter d'égal à égal avec ses partenaires du monde médical. Bien sûr, pour autant que ces derniers aient fait appel à lui, ou qu'ils aient fait montre d'un intérêt réel pour s'engager dans la recherche. Cette symétrie hiérarchique n'est pas parfaite bien sûr, mais suffisante pour permettre un échange de points de vue, de questionnements, de raisonnements auxquels il nous faut tout de suite donner un nom : nous parlons, déjà à ce stade, de la *co-construction de la recherche interdisciplinaire*. C'est la première étape du processus, et elle est cruciale à deux titres.

D'une part parce qu'il est rarement souhaitable d'arriver avec un projet de recherche « clé sur porte » qui n'attend plus que l'aval d'un décideur, qui restera cependant extérieur au processus. Dans ce cas en effet, le chercheur-clinicien se prive de la possibilité d'aller à la rencontre des idées, des besoins, des questions de son interlocuteur médecin (au singulier comme au pluriel lorsque ce dernier y associe son équipe) de sorte qu'il pourrait passer à côté d'une ou de plusieurs questions de recherche dont la prise en compte ouvre la possibilité même de l'interdisciplinarité ! Pour faire court (car ce sujet est évidemment complexe), afin de distinguer l'inter- de la pluridisciplinarité, nous nous limiterons à dire que cette dernière se caractérise par une simple juxtaposition des théories et des pratiques. C'est le cas de ce que nous venons d'appeler « recherche clé sur porte » où se discute un accord de principe entre acteurs de disciplines différentes, mais au bout du compte chacun mène ses recherches de son côté. Dans ce cas de figure, le degré d'hybridation soit des questionnements de recherche, soit des méthodes, théories ou conclusions de la recherche (ce qui représente déjà un niveau plus avancé d'interdisciplinarité, plus difficile à atteindre) demeure faible.

D'autre part parce que dans le monde médical, la recherche quantitative prévaut largement, de sorte qu'il est presque toujours nécessaire d'avoir des échanges francs et répétés autour de ce qu'impliquent les méthodes qualitatives moins connues (voire *mal* connues) des médecins. Par ailleurs, ces échanges, au commencement, entre acteurs de différentes disciplines sont appelés à se reproduire à d'autres moments essentiels du processus de la recherche. C'est la raison pour laquelle nous parlons de *co-construction de la recherche* qui constitue une caractéristique essentielle de sa dimension interdisciplinaire, puisqu'elle est susceptible de s'étendre du début à la fin du processus.

La mise en œuvre, dans l'univers médical, de ces méthodes de *recherches qualitatives... avec la psychanalyse*, voilà qui constitue le projet inédit du premier volet de ce livre. Inédit, car à notre connaissance, une telle initiative n'a encore jamais été réalisée dans l'univers de la recherche en sciences humaines et sociales en France et au niveau international. À savoir de présenter et d'expliquer ce que nous entendons par *recherches qualitatives avec la psychanalyse*, d'en expliquer les différentes étapes, d'en pointer les risques et les opportunités et surtout, d'en donner des exemples concrets. Cette partie du livre est elle-même constituée de deux parties distinctes.

Le lecteur découvrira une première série de textes présentant une méthode spécifique, la théorisation ancrée (TA) (*grounded theory*), issue des sciences sociales, mais utilisée cette fois par des chercheurs en psychologie formés à la psychanalyse. Ces derniers se sont constitués en équipe au fil des 10 dernières années à la faveur de leurs projets de recherche respectifs, lesquels ont abouti à plusieurs publications et thèses de doctorat. Mais ces publications ne permettent que très rarement une

présentation en détail de l'ensemble des questions qui se posent au chercheur-clinicien d'orientation psychanalytique sur le plan méthodologique, théorique et éthique lorsqu'il se lance dans l'aventure de la recherche en milieu médical et à l'hôpital en particulier. C'est précisément ce défi qu'ont relevé les auteurs (chapitres 1-6), c'est-à-dire d'emmener le lecteur *dans la cuisine ou l'atelier de la recherche*, comme nous disons entre nous. Cela implique aussi une présentation très concrète des terrains de la recherche, des difficultés rencontrées, des questionnements toujours en cours. Notamment en ce qui concerne un travail d'appropriation d'une méthode – la théorisation ancrée – dont les qualités intrinsèques, épistémologiquement parlant, sont en partie compatibles avec la méthode psychanalytique, mais dont la mise en œuvre est différente lorsqu'elle est pratiquée par des chercheurs-cliniciens d'orientation psychanalytique. Ou pour le dire plus simplement : la théorisation ancrée que nous pratiquons n'est pas (tout à fait) la même que celle pratiquée en sciences sociales.

Une deuxième série de textes est constituée des contributions de collègues qui appartiennent à d'autres équipes ou laboratoires (chapitres 7 et 8), mais dont la démarche de recherche est proche de la nôtre. La spécificité de ces textes est par ailleurs d'emmener le lecteur ou la lectrice vers d'autres dispositifs de recherche qui ne s'appuient pas nécessairement sur la théorisation ancrée, et qui pour certains intègrent également une dimension de recherche quantitative, ouvrant ainsi sur la perspective des méthodologies mixtes. Mais là encore, c'est la *fabrique de la recherche* qualitative avec la psychanalyse, à des degrés divers, qui forme le fil conducteur de ces textes. Autrement dit, l'ambition de proposer au lecteur les coulisses de la recherche dont le dévoilement et la découverte sera utile à tous les chercheurs, qu'ils soient déjà confirmés ou en devenir (nous pensons aux doctorants en particulier).

Nous soulignerons que l'ensemble des travaux, qui sont au fondement du cycle de colloques *Vie psychique à l'hôpital. Quelles pratiques ? Quelles recherches ?* et de ce livre, a été rendu possible par l'existence de l'Institut la Personne en médecine (ILPEM). L'un des paris de cet Institut est, en mettant au centre de la réflexion la personne (du patient, des membres de son environnement et des soignants), de soutenir des recherches *en et sur* la médecine qui s'appuient sur une démarche nécessairement interdisciplinaire. Ces recherches imposent une réflexion épistémologique pour déployer des recherches s'appuyant sur une méthodologie rigoureuse.

Nous avons évoqué plus haut le « dur désir de durer » ; ce livre est, pour nous, la preuve vivante de la force et de la puissance créatrice de ce désir. Il ne permet pas seulement à l'individu de s'adapter à de nouvelles conditions tragiques, douloureuses et désespérantes et il exprime essentiellement comment dans le nouage intime de la mort toujours à l'œuvre et de la vie luttant pour sa conservation, l'humain ne renonce « jamais » à tenter d'adapter le monde à ce qu'il est en train de devenir en se voyant transformer par les aléas de la vie : tant que vie est prêtée...

Pour finir cette introduction, nous ferons appel à Chalamov qui, dans *Tout ou rien*¹, l'un de ses récits nés de son expérience concentrationnaire dans les camps staliniens de la Kolyma, s'explique sur le but de son écriture : il voudrait que ce « morceau de prose d'avenir [...] fixe ce

1. Chalamov V. *Tout ou rien*, Paris, Verdier, 1993, p. 37-38 48. C'est à N. Zaltzman que je dois la lecture de ce livre, le passage que je cite est l'exergue du premier chapitre de son livre : *Perdre la face. Narcissisme et Kulturarbeit*, p. 13.

rien d'humain qui demeure dans l'homme en cet état [...] dans une situation extrême qu'aucun écrivain n'a encore décrite : celle de l'homme aux frontières du transhumain ». C'est à une telle tâche qu'est contraint tout psychologue clinicien pour rendre compte de ce que saisit cet auteur lorsqu'il est réduit à la peau de chagrin : « *Alors je compris l'essentiel : l'homme n'était pas devenu l'homme parce qu'il était la créature de Dieu, ni parce qu'il avait aux mains ce doigt étonnant qu'est le pouce. Il l'était devenu parce qu'il était physiquement le plus robuste, le plus résistant de tous les animaux et, en second lieu, parce qu'il avait forcé son esprit à servir avec bonheur son corps* »². C'est cette énigme : *que signifie forcer l'esprit à servir avec bonheur son corps ?* qui guide humblement le psychologue clinicien et le psychologue chercheur.

2. Chalamov V. « La pluie », in *Récits de la Kolyma*, trad. S. Benech, C. Fournier, L. Jurgenson, Paris, Verdier, 2003, p. 53.