

La position psychanalytique : une position transdisciplinaire et politique

Albert Ciccone

Volume 30, numéro 2, 2021

Psychanalyse hors cadre ? Deuxième partie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1099772ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1099772ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (imprimé)

1911-4656 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ciccone, A. (2021). La position psychanalytique : une position transdisciplinaire et politique. *Filigrane*, 30(2), 9–29. <https://doi.org/10.7202/1099772ar>

Résumé de l'article

Les « cadres » du travail psychanalytique ont évolué, du fait de contraintes externes (sociales, politiques) et internes (représentations des effets et des processus de changement dans le travail de soin psychique). On peut néanmoins rester psychanalyste dans ces dispositifs pluriels : la psychanalyse ne se résume pas à sa praxis. On peut soutenir ainsi l'équivalence entre les termes « psychanalyse » et « psychothérapie psychanalytique » : la « psychothérapie psychanalytique » est le nom de la psychanalyse ajustée à la réalité – clinique et sociale – des patients. Quel que soit le dispositif (cure-type ou autre), les fondements de la position clinique psychanalytique sont identiques. La position psychanalytique est par ailleurs toujours ouverte et correspond à une position fondamentalement « transdisciplinaire ». Une telle position est centrée sur l'essentiel de la relation soignante, qui ne doit pas être confondu avec ses artifices et qui transcende les conditions spécifiques des dispositifs singuliers. L'approche transdisciplinaire, dans le soin psychique, suppose un « partage » de la fonction soignante. La parentalité est un paradigme de la transdisciplinarité, et la parentalité est toujours une « parentalité soignante », car elle consiste à prendre soin de l'enfant ou des aspects infantiles des sujets dont on s'occupe. Elle est ainsi un « invariant transdisciplinaire ». La position psychanalytique est, enfin, une position politique. La psychanalyse a une fonction politique ; elle est garante de la prise en compte de la subjectivité. Le psychanalyste doit tenir compte des réalités du corps comme des réalités sociales, notamment politiques. Les ajustements de la pratique psychanalytique sont souvent une réponse aux contraintes politiques et représentent eux-mêmes un acte politique.



La position psychanalytique : une position transdisciplinaire et politique

Albert Ciccone

Résumé : Les « cadres » du travail psychanalytique ont évolué, du fait de contraintes externes (sociales, politiques) et internes (représentations des effets et des processus de changement dans le travail de soin psychique). On peut néanmoins rester psychanalyste dans ces dispositifs pluriels : la psychanalyse ne se résume pas à sa praxis. On peut soutenir ainsi l'équivalence entre les termes « psychanalyse » et « psychothérapie psychanalytique » : la « psychothérapie psychanalytique » est le nom de la psychanalyse ajustée à la réalité – clinique et sociale – des patients. Quel que soit le dispositif (cure-type ou autre), les fondements de la position clinique psychanalytique sont identiques. La position psychanalytique est par ailleurs toujours ouverte et correspond à une position fondamentalement « transdisciplinaire ». Une telle position est centrée sur l'essentiel de la relation soignante, qui ne doit pas être confondu avec ses artifices et qui transcende les conditions spécifiques des dispositifs singuliers. L'approche transdisciplinaire, dans le soin psychique, suppose un « partage » de la fonction soignante. La parentalité est un paradigme de la transdisciplinarité, et la parentalité est toujours une « parentalité soignante », car elle consiste à prendre soin de l'enfant ou des aspects infantiles des sujets dont on s'occupe. Elle est ainsi un « invariant transdisciplinaire ». La position psychanalytique est, enfin, une position politique. La psychanalyse a une fonction politique ; elle est garante de la prise en compte de la subjectivité. Le psychanalyste doit tenir compte des réalités du corps comme des réalités sociales, notamment politiques. Les ajustements de la pratique psychanalytique sont souvent une réponse aux contraintes politiques et représentent eux-mêmes un acte politique.

Mots clés : psychanalyse ; psychothérapie psychanalytique ; position psychanalytique ; position transdisciplinaire ; parentalité soignante ; invariant transdisciplinaire ; position politique.

Abstract: The “settings” of psychoanalytical work have evolved, because of external (social, political) constraints, or internal ones, i.e., the representations of the effects and processes of change in psychotherapeutic work. Nevertheless, one can remain a psychoanalyst while working in a plurality of contexts and settings. Psychoanalysis is not only defined by its praxis. One can defend, for example, an equivalence between the terms “psychoanalysis” and “psychoanalytic psychotherapy”, the latter referring to a practice which is adjusted to the patient’s reality, particularly its clinical and

social dimensions. Whatever the setting, whether or not it is a classical analysis, the basis of the psychoanalytic position remains the same. It is an open-minded position and is fundamentally “transdisciplinary”. Such a position is centred on the core aspects of the caring relation—not to be confused with its artifices—, and it transcends the specific features of the concrete setting. The transdisciplinary approach, in psychological care, implies a “sharing” of the caring function. Parental care is a paradigm within this transdisciplinarity. It is always “caring”, because parenthood consists in the care of the child or of the infantile part of the adult who is in care. In this way, parental caring is a « transdisciplinary invariant ». Finally, the psychoanalytical position is also a political position. Psychoanalysis does indeed have a political function: it protects an awareness of subjectivity. The psychoanalyst is expected to take into account the reality of the body as well as social realities, including the political. The adjustments made to psychoanalytical practice are often in answer to political constraints, and in themselves they represent a political act.

Key words: psychoanalysis; psychoanalytical psychotherapy; psychoanalytical position; transdisciplinary position; caring parenthood; transdisciplinary invariant; political position.

Les « cadres » du travail psychanalytique sont multiples : cure individuelle, thérapie en groupe, en famille, en couple... Les psychanalystes interviennent dans les institutions de soins psychiques, mais aussi de soins somatiques. Ils utilisent différentes médiations ou techniques. Ils vont même parfois à domicile ou dans des lieux de vie ou d'accueil. Des contraintes sociales et politiques peuvent influencer les pratiques, mais celles-ci évoluent aussi au gré des représentations, des croyances et des idéologies entourant les processus engagés dans le travail psychanalytique, les modalités de changement et de transformation dans le soin psychique, ou – pour le dire autrement – « ce qui soigne vraiment » dans le soin psychanalytique.

Peut-on rester psychanalyste dans ces dispositifs pluriels ? La réponse est oui.

La position psychanalytique est une position qui ne se résume pas aux conditions de sa pratique. Elle dépasse tout cadre supposé la déterminer. Elle est fondamentalement une position transdisciplinaire. Et elle est également une position politique.

La psychanalyse ne se résume pas à sa praxis

Pour certains, le terme « psychanalyse » est réservé à ce qu'on appelle la « cure-type ». Dès lors que l'on s'écarte de ce cadre, on tombe dans le champ de la « psychothérapie », éventuellement « psychanalytique ». Mais la psychanalyse ne se résume pas et ne se réduit pas à ses conditions de pratique,

au cadre supposé la déterminer. C'est ce qui me conduit à affirmer l'équivalence entre « psychanalyse » et « psychothérapie psychanalytique » (Ciccione, 2017, 2018a), que beaucoup tiennent à distinguer, la première étant noble, la seconde ne représentant qu'une contrefaçon, qu'une pâle copie déformée de l'idéal de la « cure-type », ou qu'une sous-psychanalyse. En réalité la psychanalyse, en tant que traitement, et la psychothérapie psychanalytique désignent strictement la même chose. Le substantif « psychothérapie » veut juste dire « soin du psychisme », et l'adjectif « psychanalytique » indique la méthode qu'utilise ce soin psychique.

Rappelons d'abord que Freud, dans tous ses textes « techniques », mais pas seulement (1905, 1910, 1912, 1913, 1918, 1937), employait indifféremment les termes « psychanalyse », « traitement psychanalytique », « cure psychanalytique », « thérapie psychanalytique », « psychothérapie analytique »... Freud ne distinguait pas psychanalyse et psychothérapie, mais plutôt psychanalyse et *suggestion*. La psychanalyse est née, en 1896, lorsque Freud renonce aux techniques suggestives, cathartiques, hypnotiques, et qu'il laisse parler les patients.

Rappelons aussi la définition que donnait Freud de la psychanalyse en 1923 :

« Psychanalyse » est le nom : 1) d'un procédé pour l'investigation de processus animiques, qui sont à peine accessibles autrement ; 2) d'une méthode de traitement des troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation ; 3) d'une série de vues psychologiques, acquises par cette voie, qui croissent progressivement pour se rejoindre en une discipline scientifique nouvelle. (1923, p. 183)

La psychanalyse est donc d'abord une méthode de recherche pour investiguer, comprendre, se représenter les processus psychiques. Elle est ensuite une méthode de traitement des troubles psychiques : c'est cela la « psychothérapie psychanalytique ». Elle est enfin un ensemble cohérent de savoirs et d'énoncés tentant de rendre compte du fonctionnement psychique et de la réalité psychique. C'est sur ce fondement épistémique que s'appuie la psychanalyse en tant que traitement, ou la psychothérapie psychanalytique, fondement épistémique qui justifie la méthode et le dispositif mis en œuvre pour réaliser ce traitement.

Rappelons enfin que, même dans ses exemples de la cure-type la plus stricte, Freud a toujours donné – et jusqu'à la fin de sa vie (voir l'*Abrégé*

de psychanalyse en 1938) – l’image d’un psychanalyste interventionniste, directif, cherchant à convaincre ses patients, ayant du mal à les laisser parler. Les termes qu’il emploie, même à la fin de son œuvre, pour décrire sa pratique, sont des termes guerriers, et renvoient à une logique parfois proche de l’endoctrinement. Bref, on ne voit pas bien, chez Freud lui-même, la différence, à laquelle certains s’accrochent, entre « psychanalyse » et « psychothérapie », la seconde étant supposée plus interventionniste – et si certains s’y accrochent c’est essentiellement pour idéaliser la première et préserver sa sacralisation, maintenir son statut de pratique « sacrée ».

Par ailleurs, la psychanalyse en tant que méthode de recherche tout comme la psychanalyse en tant que traitement – et dans une certaine mesure aussi la psychanalyse en tant que corpus théorique – est un concept et non pas une réalité, diraient certains philosophes. Et ce concept recouvre des réalités bien différentes, même si toutes s’en réclament. Un monde ou un univers parfois sépare certaines pratiques psychanalytiques. La psychanalyse est un concept qui délimite ou tente de délimiter des pratiques souvent divergentes, se référant elles-mêmes à des théories souvent contradictoires.

Et cela même si le terme de « psychanalyse » est réservé par certains à la « cure-type », notion censée être consensuelle. Mais l’accord consensuel concernant la cure-type ne porte en réalité que sur le dispositif spatio-temporel, c’est-à-dire sur pas grand-chose : un psychanalyste et un patient (adulte, évidemment – dès lors qu’on s’adresse à un enfant on tombe dans la psychothérapie, pour les fanatiques de la cure-type), l’un assis l’autre allongé, les deux se rencontrant à un rythme soutenu et régulier pendant un temps long.

Si l’on explore ensuite les aspects « techniques » de la cure-type, il est à peu près certain que le consensus apparent ne peut que s’effriter : comment intervient le psychanalyste ? Qu’est-ce qu’une interprétation de transfert ? Comment traite-t-on le contre-transfert ? Quelles sont les indications ? Quand une cure est-elle terminée ? Il y a là autant de questions dont les réponses échapperont inévitablement au consensus.

La psychanalyse, en tant que traitement de la souffrance psychique, et la psychothérapie psychanalytique désignent l’une et l’autre la même chose. La « psychothérapie psychanalytique » n’est que le nom de la psychanalyse qui s’ajuste à la réalité des patients, à leurs conditions subjectives, à leurs potentialités d’élaboration, voire à leurs conditions sociales et de vie. Le dispositif s’ajustera également aux « théories du soin » du soignant, du psychanalyste, à ses dispositions psychiques. Certains, par exemple, peuvent être

très à l'aise dans un dispositif individuel et ne pas supporter un groupe, une famille. D'autres au contraire seront beaucoup plus disponibles pour repérer les effets de l'inconscient lorsque celui-ci s'exprime en groupe, en famille. Certains auront une sensibilité particulière leur permettant d'écouter des enfants, d'autres seront trop mal à l'aise avec un enfant et réserveront leur activité à des dispositifs auprès d'adultes. Et ainsi de suite. L'inconscient ne se laisse pas convoquer par un expert ni en théorie, ni en technique, ni en setting, ni en indication, mais l'expert psychanalyste, où qu'il soit, va toujours tenter de le repérer, d'en repérer les logiques, les manœuvres, afin d'aider le patient à améliorer le contact avec sa propre vie subjective, émotionnelle, sa propre réalité interne, inconsciente.

Fondements de la position psychanalytique

Qu'est-ce qui fait qu'une pratique psychothérapique *est* psychanalytique – et cela aussi bien dans les cures-types, dans les dispositifs aménagés que dans les dispositifs spécifiques, dès lors que ces pratiques de soin psychique sont conduites par des psychanalystes ? Qu'est-ce qui caractérise, identifie et préside le travail, l'observation, l'écoute, la parole du psychanalyste (tel que je me le représente) ? Qu'est-ce qui constitue les fondements de la position clinique psychanalytique (Ciccone, 2014a) ?

La réalité psychique et la souffrance psychique

L'objet du psychanalyste est la réalité psychique, sous toutes ses formes, dans toutes ses modalités d'expression. Son écoute concerne l'inconscient, l'infantile – ce qui est la même chose : « l'inconscient est l'infantile », disait Freud (1909, p. 154) –, dans leurs différentes manifestations. L'inconscient ou l'infantile se font entendre dans le langage, mais aussi dans les actes, dans les scènes du corps comme celles du social, dans les liens aux autres comme dans l'investissement des choses, des objets concrets, de l'espace... L'écoute de la réalité psychique est justifiée par la souffrance dont celle-ci est la scène princeps.

Par ailleurs, l'écoute psychanalytique consiste à écouter en quoi tout ce que dit ou montre un patient parle de lui, d'un aspect de lui. Dans cette perspective tout est toujours du matériel, ou plutôt c'est l'écoute, l'observation du psychanalyste qui font que ce qui vient du patient est un matériel, et un matériel adressé, un message adressé.

Les phénomènes de transfert

Le travail du psychanalyste consiste, ainsi et pour une part, en la prise en compte et l'analyse des phénomènes transférentiels. Ces phénomènes se déroulent dans le sens patient analyste (c'est ce qu'on appelle le « transfert »), mais aussi dans l'autre sens (on les nomme alors habituellement « contre-transfert », mais on pourrait aussi, comme Salomon Resnik – 1994 – parler de « double transfert », le thérapeute transférant sur le patient autant que le patient transfère sur le thérapeute). Les phénomènes de transfert peuvent aussi se dérouler entre les membres d'un groupe, thérapeutes et patients compris (on peut alors les regrouper sous le terme d'« inter-transfert »).

L'intersubjectivité

De ce fait, le travail d'exploration psychanalytique concerne essentiellement un lieu topique que l'on désigne comme « intersubjectif ». L'attention est portée au point de contact, de rencontre, et l'analyse concerne la rencontre elle-même : « Il n'y a pas de sémiologie et de psychanalyse du patient, il y a une sémiologie et une psychanalyse de la rencontre », comme le dit Salomon Resnik (1999, p. 87) – un de ses livres s'intitule d'ailleurs *Sémiologie de la rencontre* (Resnik et al., 1982).

Le cadre interne

La position clinique s'appuie avant tout sur un cadre interne, et non sur le cadre externe. C'est ce qui fait la différence entre « être psychanalyste » et « faire le psychanalyste ». Ce n'est pas la praxis, le cadre, le dispositif, qui fait qu'on est psychanalyste. C'est la position subjective interne, qui va permettre l'écoute, la rencontre, et qui va soutenir la prise en considération de la réalité psychique, de la subjectivité, de l'inconscient. L'objet de la psychanalyse, encore une fois, n'est pas le sujet, le groupe, la famille, l'institution ou autre, c'est toujours la réalité psychique qui s'y déploie.

Le travail de pensée

Le travail de pensée, de mise en sens, de quête du sens, caractérise la pratique clinique et s'appuie sur ce cadre interne. Et la parole n'est pas le représentant exclusif de ce travail de pensée. Le psychanalyste peut être amené à agir, en utilisant le jeu par exemple, notamment dans la psychanalyse d'enfants. Et il y a évidemment des manières d'agir – comme de parler – qui produisent de la pensée, et des manières d'agir – comme de parler – qui évitent la pensée.

Par ailleurs, un traitement psychanalytique peut concerner des sujets sans langage. L'absence de langage ou de parole chez un sujet ne l'empêche justement pas d'être un « sujet », un sujet pensant. C'est ce qui fait qu'il n'y a pas de contre-indication à un travail psychanalytique, et que tout sujet, tout être humain, est une indication et mérite qu'un psychanalyste se penche sur sa souffrance psychique. Les limites se situent chez l'analyste lui-même, qui doit connaître au mieux le périmètre de ses possibles. Tout soignant a le droit d'avoir des limites et des contre-indications, mais celles-ci ne sont pas imputables aux patients ni aux psychopathologies.

La « neutralité bienveillante » et l'engagement

Il est classique de dire que la position clinique psychanalytique exige une « neutralité bienveillante ». Mais dans l'expression « neutralité bienveillante », c'est le terme « bienveillante » qui est important. Il ne s'agit pas d'être neutre au sens d'« indifférent » et « impartial ». La « neutralité » concerne simplement la nécessité de neutraliser les éléments contre-transférentiels qui font obstacle à la rencontre. Mais la présence et la position d'écoute se doivent d'être actives et bienveillantes.

On peut en effet parfois répondre, interpréter moins en fonction des besoins du patient qu'en réaction à ce qu'il vient de provoquer, pour faire taire, apaiser, soulager ce que le patient dépose en nous, provoque en nous. Il est nécessaire pour le psychanalyste de « neutraliser » ses propres attentes et désirs, tout ce qui de lui s'interpose entre lui et l'autre et empêche la rencontre, la compréhension – c'est l'un des enjeux de l'analyse constante et indispensable du contre-transfert. Par contre, la pratique et la position cliniques supposent et reposent sur l'engagement, l'implication.

« Une idolâtrie contemporaine soutient que le psychanalyste se doit d'être familier de l'inconscient et étranger à son patient », écrit Didier Anzieu, qui ajoute : « Le destin des sujets ainsi traités est curieux à observer : beaucoup se dépriment ; d'autres [...] expriment [leur violence] par des passages à l'acte dans les séances ou dans la vie ; quelques-uns enfin aspirent à devenir psychanalystes, pour infliger à d'autres le traitement subi par eux » (Anzieu, 1999, p. 200). Un analyste froid et distant, c'est maltraitant.

L'humilité, le doute

La position clinique psychanalytique est une position d'humilité, de doute. Le terme clinique fait en général référence à la maladie, à un sujet qui souffre, et à l'approche du sujet au chevet de son lit, car c'est un sujet

« incliné », en position de fragilité (le verbe « *klino* » en grec signifie « changer de position, incliner, coucher, appuyer une chose contre une autre »). Mais la position « inclinée » est aussi et surtout celle du clinicien lui-même, clinicien qui se penche sur le sujet en souffrance, s'approche de sa subjectivité, et qui se trouve de ce fait dans une position d'humilité, et aussi d'instabilité, d'inconfort.

Cette exigence d'humilité suppose de faire taire ou de mettre en suspens tout savoir sur un patient et toute théorie préconçue, ce dont rend bien compte la formule « sans désir et sans mémoire » qu'utilisait Bion (1983) pour spécifier l'état d'esprit du psychanalyste. Il s'agit là d'une position idéale, jamais atteinte, mais Bion souligne par là la façon dont les attentes et les savoirs que l'on peut avoir à propos d'un patient peuvent faire un bruit tel qu'on ne peut plus entendre ce qu'il dit, ce que disent son psychisme et son corps.

Cette mise en suspens du savoir laisse la place aux savoirs du patient lui-même, savoirs sur sa pathologie, sa souffrance, sur ce qui pourrait l'aider à la soigner. Ces savoirs du patient, qui sont à respecter et à explorer, sont infiltrés de ses théories infantiles concernant l'origine et renseignent sur ses pensées inconscientes.

Voilà quelques principes (il y en a d'autres évidemment) qui caractérisent, me semble-t-il, le « psychanalytique » des psychothérapies, quelle qu'en soit la forme, cure-type ou dispositifs autres – la cure-type pouvant représenter un paradigme dans l'ensemble de ces dispositifs.

Si un dispositif est ajusté, au patient comme aux possibles du psychanalyste, il reste une psychanalyse ou une psychothérapie psychanalytique. Si le dispositif est spécifique, il porte le nom de cette spécificité (psychodrame, thérapie familiale ou autres), et le psychanalyste reste psychanalyste si sa formation, son expérience, ses modalités de travail – avec ses patients, ses groupes de pairs, ses superviseurs et autres – assurent les fondements de sa position clinique.

La position psychanalytique est fondamentalement transdisciplinaire

La position psychanalytique est fondamentalement transdisciplinaire. J'ai décrit les caractéristiques de ce j'appelle une « position transdisciplinaire » (Ciccone, sous presse). Cette position transdisciplinaire est une position interne, qui ne nécessite nullement d'être expert de toutes les disciplines ni même de les connaître, car elle est l'inverse d'une position omnipotente et omnisciente, et elle suppose au contraire humilité et humanisme.

Le soin psychique en général – et le soin psychanalytique en particulier – relève éventuellement d’une interdisciplinarité, mais surtout d’une transdisciplinarité, pour deux raisons essentielles. D’abord parce que tout soin psychique mobilise prioritairement des processus qui concernent les « frontières », notamment avec le monde corporel, somatique, et avec le monde social, c’est-à-dire des réalités qui dépassent et qui « bordent » la réalité psychique. Ensuite parce que le soin psychique se réalise bien souvent dans des espaces clandestins, qui ne sont pas ceux désignés institutionnellement. Le soin psychique se déroule essentiellement dans des espaces interdisciplinaires, voire transdisciplinaires.

Les bords de la réalité psychique

Il est classique de dire que la subjectivité se construit à l’entrecroisement du « corps » et du « social ». La « matière » psychique émerge à partir du substrat corporel, de la sensorialité, de la pulsionnalité, de la perception, et de la rencontre avec l’autre, avec plusieurs autres, avec le social, avec le monde. Si la subjectivité est ainsi « bordée » par la corporéité d’une part et la socialité d’autre part, le soin psychique est lui-même « bordé » par les dimensions du corporel et du social. Il est travaillé par les tensions que ces perspectives lui imposent, ou auxquelles elles le soumettent. Il en est ainsi des théories neurobiologiques qui pourraient chercher à annuler ou dénier la part du sujet dans les manifestations de son être, tout comme des modèles sociologiques qui pourraient de la même manière déresponsabiliser ou désubjectiver le sujet face au déploiement de son histoire.

L’inter et la transdisciplinarité

La notion de transdisciplinarité, comme celle d’interdisciplinarité, s’oppose à celle de pluridisciplinarité. Par exemple, de nombreuses institutions et équipes soignantes revendiquent et s’organisent autour d’un fonctionnement pluridisciplinaire. Il est évidemment important et même essentiel de se mettre à plusieurs pour penser. Mais le travail pluridisciplinaire consiste souvent à mettre bout à bout les conclusions de chaque expert d’une discipline différente. Or, penser à plusieurs ne se réduit pas à mettre bout à bout des points de vue différents ; là n’est pas la pensée. Et la pluridisciplinarité ne garantit pas la pensée. Le point de vue pluridisciplinaire recherche souvent la maîtrise toute-puissante. Il laisse penser que mettre bout à bout des points de vue différents donnera une vision totale, omnisciente de la situation. La toute-puissance démentie de chacun se réfugie dans la groupalité de

l'ensemble, dans la pluridisciplinarité. Nombre de synthèses d'équipes, de décisions d'intervention, de conclusions quant à l'étiologie d'une pathologie ou quant à la démarche à suivre face à elle résultent d'une telle position pluridisciplinaire.

À la notion de « pluridisciplinarité » d'une équipe, d'une institution, je préfère celles d'« interdisciplinarité » ou de « transdisciplinarité ». L'interdisciplinarité rend compte de ce qui différencie les disciplines, les points de vue, de ce qui les conflictualise, mais elle rend compte aussi de ce qui les réunit, de ce qui les rassemble, de ce qui les fait tenir ensemble. La transdisciplinarité, quant à elle, rend compte de ce qui passe à travers les différences des disciplines, les particularités de chaque discipline, de ce qui les dépasse et les transcende. La transdisciplinarité concerne ce qui est essentiel dans la relation soignante, voire dans la relation humaine, et qui dépasse la spécificité de chaque discipline.

Le travail inter ou transdisciplinaire suppose une humilité de chacun, reconnue, tolérée, partagée. L'essentiel de la relation de soin, comme de la relation humaine, n'appartient ni à une discipline ni à un ensemble de disciplines complémentaires, mais dépasse chaque discipline, ou se situe à l'entrecroisement des disciplines. Seul un point de vue inter ou transdisciplinaire peut contenir les conflictualités nécessairement générées par des points de vue différents, contradictoires, et peut rendre ces conflictualités créatrices, peut protéger du risque de fourvoisement dans l'omnipotence idéologique, tentation légitime du fait de l'impuissance à laquelle confrontent nombre de situations cliniques.

C'est en effet l'impuissance, largement éprouvée par l'ensemble des soignants, et tout particulièrement par les soignants du psychisme, qui est à l'origine des postures idéologiques et qui les alimente. Ces agrippements idéologiques, ces postures défensives, voire guerrières parfois, consistant à s'arc-bouter sur des certitudes, des savoirs supposés, des croyances, fussent-elles « scientifiques », s'observent tout particulièrement dans les pratiques « psys », et répondent au sentiment d'impuissance et à la culpabilité qui lui fait suite, caractéristiques des pratiques de soin psychique. Tous les soignants, en particulier tous les « psys », savent combien on peut parfois se sentir impuissant, et coupable de cette impuissance.

La considération de l'interdisciplinarité voire de la transdisciplinarité comme lieu de réalisation du soin psychique suppose ainsi une position d'humilité pour tout soignant. Elle répond par ailleurs à une conception humaniste du soin en général et du soin psychique en particulier. Il suffit

de lire la « charte pour la transdisciplinarité », initiée par Edgar Morin et Basarab Nicolescu (en 1994), pour voir la conception qu'elle défend, conception profondément humaniste de la science, qui remet l'homme au centre, qui s'oppose au découpage des sciences, découpage qui le chosifie et le déshumanise par la compartimentation de la connaissance.

Dans l'ouvrage que j'ai dirigé sur le soin psychique et la transdisciplinarité (Ciccone, 2018b), une co-auteure, Anne-Claire Dobrzynski, reprend les arguments d'un certain nombre de penseurs de la transdisciplinarité et montre la manière dont la transdisciplinarité crée un nouveau point de vue (Dobrzynski, 2018). Elle ne consiste pas en une dilution des frontières, mais elle crée une perspective nouvelle qui contient les contradictions, les conflictualités propres aux interfaces, et les dépasse. Anne-Claire Dobrzynski reprend une métaphore musicale, celle de l'orchestre, qui éclaire sur l'essence de la transdisciplinarité. Un orchestre fait vivre tous les instruments sans en annuler ou en réduire aucun, et il crée une réalité nouvelle qui contient et qui dépasse l'ensemble : la musique. La musique suppose ajustement, accordage, à partir d'une multitude de sons, d'une pluralité d'instruments, et rend compte d'une réalité nouvelle qui contient et transcende celles qui la composent.

On peut dire que dans les approches théoriques et cliniques que défendent les militants de la transdisciplinarité, il s'agit de toujours tenter de créer les conditions qui permettent de passer de la *cacophonie pluridisciplinaire* à la *musique transdisciplinaire*.

Militer pour une approche inter et transdisciplinaire revient à défendre deux idées. La première consiste à dire que l'approche clinique, et notamment la psychanalyse pour ce qui la concerne (c'est-à-dire la *psychothérapie* psychanalytique, la psychanalyse en tant que soin du psychisme), se doit d'être ouverte : aux disciplines connexes qui la « bordent », aux discours autres qui l'interrogent, aux pratiques qui parfois s'y réfèrent mais qui souvent la questionnent. Elle doit accepter et soutenir la contradiction. C'est une condition pour sa survie. La seconde idée est que la marge n'est pas « marginale », mais essentielle. C'est le lieu primordial du soin. Comme le disait Jean-Luc Godard, il y a déjà longtemps, alors qu'il venait de recevoir un prix et qu'il répondait à un journaliste qui lui demandait ce que cela lui faisait d'être considéré comme un cinéaste marginal : « La marge, c'est ce qui fait tenir les pages ensemble. »

Une des manières de « débattre à l'interface » consiste à créer de nouvelles sciences, de nouveaux paradigmes qui « intègrent » ou tentent

d'intégrer les logiques de chaque point de vue ou discipline. On a vu ainsi apparaître quelques sciences « hybrides » : la « sociopsychanalyse » (Mendel), l'« ethnopsychanalyse » (Devereux) à l'interface du psychique et du social, du culturel, et la « neuropsychanalyse » (Solms) à l'interface du psychique et du neurobiologique. C'est là une façon de répondre à l'exigence d'ouverture, à la tension que chaque science exerce sur les sciences connexes. Le risque est évidemment que chacune perde l'essence même de sa singularité. On est là dans une intégration de la pluridisciplinarité.

Une autre façon d'amortir les tensions conflictuelles aux frontières est pour chaque science de se laisser travailler, déformer, sans que l'axe fondamental qui la structure ne se rompe. Il s'agit en quelque sorte de « transitionnaliser » la marge, la frontière. Cela a pour effet d'élargir la zone frontière, d'en faire une véritable aire de travail qui, tout en restant dans le champ spécifique de chaque approche, s'ouvre à l'approche autre et modifie l'ensemble auquel la marge appartient, en obligeant à une centration sur ce qui fait l'essentiel de l'ensemble, sur les fondements de l'axe qui structure l'ensemble, autrement dit sur l'*invariance*. C'est cela la perspective « interdisciplinaire » ou « transdisciplinaire ».

Dans cette approche non pas « intégrative » mais « transitionnelle » – un peu comme dans ce que René Kaës et Didier Anzieu nommaient l'« analyse transitionnelle » (Anzieu, 1979; Kaës, 1979), mais rapportée ici à l'espace épistémologique des sciences –, d'une part la frontière est mise au travail, elle se construit et elle construit elle-même, elle « fabrique » du soin, et d'autre part la question de savoir ce qui soigne est mise en suspens. Ce qui soigne dépasse la singularité d'une approche et d'une discipline. On est dans un espace inter ou transdisciplinaire.

On peut dire tout cela des sciences, de la psychanalyse (si elle est une « science »!), mais aussi de toutes les pratiques *adossées* à ces sciences. Et de telles pratiques, singulières, originales, parfois bricolées, que l'on peut qualifier d'« intermédiaires », ne sont pas que des applications transgressives ou exotériques des disciplines qui sont en interface; elles les nourrissent, elles enrichissent leur épistémologie.

Ainsi ces « extensions », pour reprendre le terme de René Kaës (2015), « fabriquent » du soin, des pratiques, à partir de dispositifs spécifiques, et « fabriquent » également de la théorie, obligent à repenser les modèles du soin, de ce qui soigne dans le soin. René Kaës a bien montré, par exemple, comment la prise en compte de la groupalité, de la « plurisubjectivité », dans la pratique – il en est ainsi en thérapie familiale, par exemple –, apporte

un savoir sur l'inconscient auquel le dispositif de la cure classique ne peut pas donner accès. On peut dire la même chose de l'extension au social, au politique. Et aussi du côté du corps : l'extension à la sensorialité, à l'émotionnalité, à l'acte, apporte un savoir que la seule prise en compte de la pulsionnalité ne peut rendre intelligible.

Le travail des frontières oblige enfin à se centrer sur l'essentiel de la relation soignante, et à ne pas le confondre avec ses artifices. Et l'essentiel transcende les conditions spécifiques des dispositifs singuliers. C'est là l'un des fondements d'une conception transdisciplinaire.

N'oublions jamais que, ainsi que je le soulignais précédemment, l'inconscient, pas plus que le transfert, n'est réservé à la situation psychanalytique. Comme le dit aussi Didier Anzieu, « l'inconscient ne répond pas nécessairement aux convocations régulières d'heure et de lieu », il surgit partout, et notamment « partout où un sujet peut manifester ses angoisses, ses fantasmes, ses failles à quelqu'un supposé les entendre et apte à lui en rendre compte » (Anzieu, 1999, p. 199).

Fonctions et statuts professionnels

Ces notions d'inter et de transdisciplinarité supposent de – et obligent à – penser autrement les distributions des fonctions et des rôles socialement déterminés. Les pratiques soignantes et statuts professionnels sont différenciés par des lignes de partage en partie arbitraires. Il est bien sûr nécessaire pour le fonctionnement d'une institution que les rôles, tâches, fonctions et statuts soient clairement définis, différenciés. Mais il est tout autant nécessaire pour le soin, et notamment le soin psychique, de tolérer que les fonctions soignantes ou les effets de soin ne respectent pas la distribution sociale et symbolique des tâches.

On sait très bien, par exemple, qu'un travail psychothérapeutique ne se produit pas nécessairement là où il est désigné devoir se produire. Et il est fondamental de tolérer un tel écart ou un tel paradoxe.

Voyons un exemple¹.

Je reçois une jeune adolescente pour laquelle l'institution qui l'héberge m'a sollicité car elle pose des problèmes de comportement. Elle est violente, agitée. L'enseignante spécialisée qui l'accueille dans sa classe ne sait plus comment faire avec elle, ne la supporte plus.

Il n'y a pas de psychologue dans cette structure. Un médecin pédopsychiatre ne passe que quelques heures par semaine, et tout le monde pense

qu'un travail psychothérapique est nécessaire et urgent pour cette adolescente. Une éducatrice conduit donc cette jeune toutes les semaines jusqu'à mon cabinet.

Voilà une situation où les rôles et fonctions de chacun sont respectés. Tout est à sa place. Les différenciations et les frontières entre chaque domaine professionnel sont bien établies. La structure d'hébergement héberge la patiente. L'éducatrice éduque, accompagne cette jeune dans ses différentes démarches dans le monde réel. L'enseignante enseigne. Le psychologue s'occupe du soin psychique... Tout est en ordre, l'ordre symbolique est respecté.

Mais que se passe-t-il maintenant dans la réalité ?

Cela fait plusieurs mois que cette adolescente vient me voir, et elle n'a quasiment jamais prononcé un mot... Malgré toutes les tentatives pour essayer d'entrer en contact avec elle, de la rencontrer, de la rejoindre dans son mutisme, je n'ai jamais pu avoir un échange. Mes efforts qui habituellement avec d'autres adolescents finissent toujours par obtenir un minimum de confiance permettant un échange sont ici restés vains. Je me sens inutile, en échec, honteux. Nous avons prévu de faire le point avec son éducatrice référente et je redoute cette rencontre car je ne sais comment lui dire que tout ce travail, le mien comme le sien, ne sert à rien.

Lorsque je reçois l'éducatrice, elle s'assied et avant que je prononce le moindre mot, elle me dit que depuis que l'adolescente vient me voir elle a changé de façon spectaculaire, sa situation s'est considérablement améliorée, elle n'a plus posé de problème de violence ou d'intégration dans l'institution, tout se passe très bien... Je suis sidéré, ne sais pas trop quoi dire, bredouille quelques mots, et je ne me sens pas capable de transmettre quoi que ce soit sur le contenu affreusement vide de mes rencontres avec la patiente. Puis j'apprends que l'adolescente en question fait donc les trajets de son institution jusqu'à mon cabinet accompagnée toujours par cette même éducatrice, qu'elle est seule avec elle pendant ces accompagnements, que le trajet pour venir dure trois quarts d'heure, idem pour le retour, et que la patiente parle énormément à son éducatrice qui est très satisfaite et ravie de cet échange, et qui lui répond de façon tout à fait adéquate...

En conclusion : la psychothérapie a lieu avec l'éducatrice, pas avec moi. Venir me voir, pour officiellement faire une psychothérapie, n'est qu'un

prétexte pour en fait faire une psychothérapie avec l'éducatrice, qui est là, disponible, accueillante, pleinement attentive à la jeune adolescente pendant deux fois trois quarts d'heure.

Pour tout le monde (et pour l'éducatrice en premier), la psychothérapie a lieu là où il est institutionnellement désigné qu'elle doit avoir lieu. En réalité elle a lieu ailleurs, et à l'insu même des protagonistes. Et il est important de rester dans cet insu. Il est important de percevoir un tel fait sans attirer l'attention sur lui, afin de ne pas faire vivre au praticien concerné un sentiment d'illégitimité qui freinerait ou empêcherait le déploiement des effets de soin psychique. Il ne s'agit pas de faire en sorte que tout le monde se transforme en psychothérapeute. Il s'agit pour les psychistes de reconnaître que chacun peut – voire *doit* – prendre en compte la vie subjective; il s'agit de veiller à ce que chacun, depuis sa pratique et sans renoncer à sa pratique, prenne en compte la vie subjective, soit sensible aux mouvements subjectifs, ceux des patients dont il a la charge comme les siens propres. Évidemment il y a un temps pour tout. Certains actes techniques nécessitent certainement pour les praticiens en question que toute attention à la subjectivité soit suspendue, au risque sinon de ne pouvoir réaliser un acte nécessaire sans lequel la vie serait en danger. Mais quel sens peut avoir un acte, même le plus technique et le plus indiqué possible, si à aucun moment n'est prise en compte, n'est entendue la manière dont le sujet le plus concerné – le patient lui-même – investit cet acte, l'investit subjectivement, et investit celui censé le réaliser ?

L'approche transdisciplinaire, dans le soin psychique, suppose donc un « partage » de la fonction soignante, elle suppose de tolérer l'idée que d'autres non désignés pour cette place puissent avoir parfois une fonction bien plus soignante que ceux à qui le social attribue le statut nécessaire à cette fonction.

La parentalité : un paradigme de la position transdisciplinaire

On peut trouver un modèle paradigmatique de la transdisciplinarité, de la position transdisciplinaire, dans la parentalité. La parentalité est un exemple, un modèle, un paradigme de la transdisciplinarité.

On peut dire, en effet, que dans une famille le parent est à toutes les places. Les fonctions qui dans une institution sont distribuées sur plusieurs personnes – et cela est très suspect si l'une d'entre elles se retrouve à en assumer plusieurs – sont dans une famille, dans la réalité quotidienne, dans la « vraie vie », toutes condensées sur une ou deux personnes : les parents. Le parent est à la fois éducateur (il doit aider l'enfant à tenir compte de la

réalité, à s'adapter au monde), pédagogue (il doit enseigner, apprendre des savoirs à l'enfant), psychothérapeute (il doit tenir compte de la vie subjective, affective de l'enfant), gestionnaire administratif (il doit tenir compte de la réalité financière), etc. Et lorsque l'enfant lui adresse une demande (« Je veux que tu m'achètes ceci » ; « Je veux faire telle activité »), le parent, avant de lui répondre, doit faire une « réunion de synthèse » à l'intérieur de lui, et se demander ce qu'il en est de l'intérêt de cette chose que demande l'enfant du point de vue de son éducation, du point de vue de ce que cela va lui apprendre, du point de vue de ses désirs et de son affectivité, du point de vue du budget que cela nécessite, etc. La parentalité condense l'ensemble de ces fonctions. Elle est nécessairement « transdisciplinaire ». La parentalité est un exemple typique, prototypique, paradigmatique de transdisciplinarité.

Et c'est dans cette perspective que j'ai développé la notion de « parentalité soignante » (Ciccone, 2014, 2016).

La parentalité soignante

La notion de « parentalité soignante », éminemment « transdisciplinaire », décrit une fonction psychique. Elle s'applique évidemment à tous parents, à tous ceux qui exercent une fonction parentale, permanente ou transitoire, mais elle s'applique aussi à tous soignants, tous praticiens qui accompagnent, aident, soignent un autre et qui s'adressent tout particulièrement aux aspects infantiles de cet autre, car ce sont toujours dans les parts infantiles du soi que se situent les souffrances les plus intolérables, les plus débordantes, et les besoins de grandir pour atténuer ces douleurs. La notion de parentalité soignante peut s'appliquer aussi aux professionnels du soin du corps, du soin somatique, comme aux professionnels de l'éducation, « ordinaire » ou « spécialisée », qui s'adressent à tout enfant, à tout sujet, pour soutenir sa capacité et son désir de prendre soin de lui, de grandir, d'apprendre, de comprendre, parfois mis à mal par des histoires plus ou moins désorganisatrices. Cette notion peut s'appliquer aussi à une équipe, une institution, voire au social, au politique. On peut parler de « parentalité institutionnelle », on peut parler de « parentalité sociale ».

On peut dire que la « parentalité soignante » désigne l'*invariant transdisciplinaire* propre à l'ensemble des positions professionnelles soignantes et à chacune d'entre elles.

Dans cette idée d'une « position transdisciplinaire » et d'une « invariance transdisciplinaire », j'évoquerai une réflexion d'Étienne Klein parlant d'Einstein. Einstein, obéissant au principe fondateur de sa théorie dite

« de la relativité », qui est en fait non pas une théorie de la relativité, mais une « théorie des invariants » (Einstein protesta en effet pour qu'on remplace les termes « théorie de la relativité » par « théorie des invariants », car la théorie de la relativité est surtout une théorie des invariances : invariance de la vitesse de la lumière, quel que soit le référentiel, indépendance des lois physiques par rapport au point de vue de l'observateur), Einstein donc ne cessait de répéter que « les coordonnées n'ont pas de sens physique, tous les systèmes de repérage dans l'espace-temps sont équivalents » (Einstein, cité par Klein, 2016, p. 230). Autrement dit,

aucun système de coordonnées ne peut être considéré comme « spécial », fondamentalement différent des autres. Cette « invariance par difféomorphisme » (ainsi a-t-elle été nommée) invite à considérer que ce qui se passe dans l'espace-temps est finalement plus essentiel que le mode de description de l'espace-temps lui-même, toujours arbitraire. (Klein, 2016, p. 231)

On peut tout à fait appliquer une telle réflexion à nos disciplines, à nos manières, toujours arbitraires, de décrire le monde.

La position psychanalytique est une position politique

Je disais que la réalité psychique est liée au social comme elle est liée au corporel, et le psychanalyste ne peut ignorer ces dimensions. L'écoute psychanalytique compose ainsi avec l'écoute des événements du dehors, événements du social et événements du corps, réalité sociale et réalité corporelle.

Parmi la réalité et les événements sociaux, la réalité politique a évidemment un impact sur le travail psychanalytique et l'expressivité de la subjectivité. Certains ont bien rendu compte, dans les situations extrêmes, de la façon dont un terrorisme d'État, par exemple, agit sur les conditions d'exercice de la psychanalyse (Puget *et al.*, 1989), mais même dans les contextes pacifiques de la vie politique « ordinaire », les représentations sociales organisant ou infiltrant la vie dans la cité, le « politique », au sujet de la santé, de la maladie, de la psychiatrie, etc. ont un impact indéniable sur les pratiques et les conceptions du soin, et peuvent avoir des effets de dérive, des effets de violence dans le soin (voir notamment Gori, 2010, 2011, 2013, 2015; Abelhauser *et al.*, 2011; Ciccone, 2014b, 2016).

Certains ont pu souligner fortement le lien entre psychanalyse et politique. Les deux sont liées d'abord parce que la psychanalyse concerne un lien thérapeutique mais aussi un lien sociétal, comme le dit Jean Ménéchal

(1999), dans la mesure où elle implique un regard privilégié sur l'altérité : la psychopathologie est en effet toujours liée à une souffrance due au « risque de l'étranger », selon son expression. Psychanalyse et psychopathologie doivent donc prendre en compte et comprendre une dimension « politique ».

Psychanalyse et politique sont liées par ailleurs parce que la psychanalyse a une *fonction politique*. Garante de la subjectivité, témoin de la singularité du sujet, de sa nature conflictuelle, imprévisible, elle est, comme l'énonce la quatrième de couverture d'un livre de Roland Gori (2010), et comme tous ses travaux le démontrent, un « antidote » face aux dérives politiques, sous formes notamment de « démocratie totalitaire », de « régression sécuritaire », de « religion du marché », de politique « du fait divers et du spectacle », de tyrannie de la « technique », de la « compétition », de l'« individualisme », etc. Didier Anzieu notait il y a déjà très longtemps combien « la psychanalyse, dans sa pratique même, constitue une critique silencieuse et une résistance active à certaines aberrations de la civilisation industrielle » (Anzieu, 1976, p. 263). Il soulignait l'aspect progressiste des psychanalystes qui, dès le début, ont toujours été à l'avant-garde de l'évolution des mœurs et de la lutte contre les préjugés sociaux et les discriminations de toutes sortes. Si la psychanalyse n'est pas un agent de transformation sociopolitique, elle est un « agent de la transformation des mœurs » (1976, p. 263).

Enfin, la psychanalyse est fondamentalement politique, l'acte psychanalytique est un acte de parole subjectivant et un acte politique, parce qu'il implique un regard sur le sujet, une prise en compte de la subjectivité bien sûr – avec ses logiques complexes, conflictuelles –, mais aussi du rapport du sujet aux autres, à l'organisation des liens humains dans la cité, dans la « vraie vie ». Le psychanalyste qui écoute son patient ne peut pas ne pas entendre la réalité des liens qui l'unissent aux autres, et pas seulement aux autres dans son entourage familial (cela en général tout psychanalyste le fait, avec des variantes), mais aux autres dans la vie collective, dans le monde, au risque sinon d'être sourd aux souffrances liées à ces liens concrets. Et dans la composition de son contre-transfert, par ailleurs, entreront en jeu nécessairement ses propres liens à lui dans la cité, son inscription et ses modalités d'inscription dans la vie collective de la cité. La disqualification actuelle que subit la psychanalyse, par exemple, ne peut pas ne pas avoir d'impact sur la manière dont chaque psychanalyste écoute ses patients.

Si la « culture psy », comme la nomme Alain-Noël Henri (2014), ignore régulièrement les réalités politiques et sociales, l'histoire contemporaine confronte les « psys », surtout ceux qui se réclament de la psychanalyse,

à cette réalité avec une grande violence. Et Alain-Noël Henri de dire : « L'Histoire et le Politique nous signifient aujourd'hui, par de multiples signaux, que ce n'est pas parce que nous cherchons à les ignorer qu'ils nous ignorent, eux » (2014, p. 21).

Didier Anzieu, encore, signalait déjà en 1976 que le destin social de la psychanalyse était incertain, et que pour persévérer et survivre elle devait d'une part être incessamment délivrée des « idolâtries » et des « désuétudes » toujours renouvelées qui la menacent, et d'autre part être au fait des formes sociales actuelles dans lesquelles se développent les psychopathologies, ce qui lui fait dire – ou prédire – que « les psychanalystes perdront beaucoup de leur crédit [...] s'ils n'essaient pas de comprendre les problèmes propres de l'homme actuel dans la culture présente » (Anzieu, 1976, p. 263).

Le psychanalyste ne peut pas être sourd et aveugle aux réalités corporelles et aux réalités sociales, et en particulier aux réalités politiques dans lesquelles sont pris les discours que les patients énoncent. Et cela est d'autant plus vrai lorsque ces réalités sont porteuses de violence. Avant d'essayer de comprendre ce que ces violences racontent des fantasmes du sujet, ce que le sujet projette de ses propres éprouvés, de sa propre histoire, sur les événements du dehors, corporels ou sociaux, il est impératif de reconnaître ces violences.

Évidemment les traumatismes au-dehors éveillent des traumatismes au-dedans plus ou moins anciens, ce qui participe à leur donner forme, ou bien suscitent des expériences traumatiques vécues et connues, pour ensuite eux-mêmes prendre forme, une forme reconnaissable, identifiable, afin d'être intégrés, dépassés (Cicccone et Ferrant, 2015). Mais porter prématurément l'attention sur la réalité subjective mobilisée par les situations de violence extérieure est une violence supplémentaire faite au sujet. La reconnaissance et l'authentification de la violence extérieure sont une priorité. Et cela est vrai notamment pour les événements ou les réalités politiques. La violence du dehors, celle du corps, celle des événements sociaux, celle du contexte politique, doit toujours être entendue, reconnue. C'est là un préalable à toute prise en compte des interactions entre la réalité psychique et la réalité concrète.

Enfin, les aménagements, les ajustements de la pratique psychanalytique, s'inscrivent aussi dans un contexte politique. Ils sont souvent une réponse aux contraintes politiques, et représentent eux-mêmes un acte politique. Faire entendre la parole des psychanalystes, dans un cadre aménagé qui n'est pas de fait hors cadre, est un acte politique nécessaire en ces temps

de disqualification politique de la psychanalyse. Cette disqualification est une violence qui n'est que l'envers de la violence faite à la subjectivité, aux sujets, c'est-à-dire aux citoyens.

Albert Ciccone
a.ciccone.99@gmail.com

Note

1. Exemple que l'on peut retrouver dans Ciccone (2018b).

Références

- Abelhauser, A., Gori, R. et Sauret, M.-J. (2011). *La folie évaluation. Les nouvelles fabriques de la servitude*. Mille et une nuits.
- Anzieu, D. (1976). Devenir psychanalyste aujourd'hui. Dans R. Kaës (dir.), *Le travail de l'inconscient* (p. 232-265). Dunod, 2009.
- Anzieu, D. (1979). La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle. Dans R. Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement* (p. 184-219). Dunod.
- Anzieu, D. (1999). Être psychanalyste. Dans F. Martens (dir.), *Psychanalyse, que reste-t-il de nos amours ?* (p. 199-202). Complexe, 2000.
- Bion, W. R. (1983). *Séminaires italiens. Bion à Rome*. In Press, 2005.
- Ciccone, A. (2014 a). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*. Dunod.
- Ciccone, A. (dir.) (2014 b). *La violence dans le soin*. Dunod.
- Ciccone, A. (dir.) (2016). *Violences dans la parentalité*. Dunod.
- Ciccone, A. (2017). Psychanalyse ou psychothérapie psychanalytique? Fondements de la position clinique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7 (1), 17-44.
- Ciccone, A. (2018a). Psychanalyse, psychothérapie, psychothérapie psychanalytique. Dans A. Ciccone (dir.), *Aux frontières de la psychanalyse. Soins psychique et transdisciplinarité* (p. 55-71). Dunod.
- Ciccone, A. (dir.) (2018b). *Aux frontières de la psychanalyse: soins psychique et transdisciplinarité*. Dunod.
- Ciccone, A. (sous presse). La position transdisciplinaire: une position humaniste, éthique et soignante. *Le divan familial*, 48.
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2015). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Dunod.
- Dobrzynski, A.-C. (2018). La transdisciplinarité: histoire, logiques et effets. Dans A. Ciccone (dir.), *Aux frontières de la psychanalyse. Soins psychique et transdisciplinarité* (p. 41-54). Dunod.
- Freud, S. (1896). Sur l'étiologie de l'hystérie. Dans *Œuvres complètes, III* (p. 147-180). Presses universitaires de France, 1989.
- Freud, S. (1905). De la psychothérapie. Dans *Œuvres complètes, VI* (p. 47-58). Presses universitaires de France, 2006.
- Freud, S. (1909). Remarques sur un cas de névrose de contrainte. Dans *Œuvres complètes, IX* (p. 135-214). Presses universitaires de France, 1998.
- Freud, S. (1910). Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique. Dans *Œuvres complètes, X* (p. 63-73). Presses universitaires de France, 1993.
- Freud, S. (1912). Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique. Dans *Œuvres complètes, XI* (p. 143-154). Presses universitaires de France, 1998.

- Freud, S. (1913). Sur l'engagement du traitement. Dans *Œuvres complètes*, XII (p. 163-184). Presses universitaires de France, 2005.
- Freud, S. (1918). Les voies de la thérapie psychanalytique. Dans *Œuvres complètes*, XV (p. 99-108). Presses universitaires de France, 1996.
- Freud, S. (1923). Psychanalyse et Théorie de la libido. Dans *Œuvres complètes*, XVI (p. 183-208). Presses universitaires de France, 1991.
- Freud, S. (1937). L'analyse finie et l'analyse infinie. Dans *Œuvres complètes*, XX (p. 17-55). Presses universitaires de France, 2010.
- Freud, S. (1938). Abrégé de psychanalyse. Dans *Œuvres complètes*, XX (p. 229-305). Presses universitaires de France, 2010.
- Gori, R. (2010). *De quoi la psychanalyse est-elle le nom?* Denoël.
- Gori, R. (2011). *La dignité de penser*. Les liens qui libèrent.
- Gori, R. (2013). *La fabrique des imposteurs*. Les liens qui libèrent.
- Gori, R. (2015). *L'individu ingouvernable*. Les liens qui libèrent.
- Henri, A.-N. (2014). Les psys au risque du politique. Dans G. Gaillard, J.-M. Talpin, B. Cuvillier et P. Mercader (dir.), *Pratiques psychologiques, pratiques citoyennes* (p. 17-31). In Press.
- Kaës, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. Dans R. Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement* (p. 1-81). Dunod.
- Kaës, R. (2015). *L'extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie du troisième type*. Dunod.
- Klein, É. (2016). *Le pays qu'habitait Albert Einstein*. Actes Sud.
- Ménéchal, J. (1999). *Le risque de l'étranger. Soin psychique et politique*. Dunod.
- Puget, J., Kaës, René, Vignar, M., Ricon, L., Braun de Dunayevich, J., Pelento, M., Amati, S., Ulriksen Vignar, M. et Galli, V. (1989). *Violence d'État et psychanalyse*. Dunod.
- Resnik, S. (1994). *Espace mental. Sept leçons à l'université*. Érès.
- Resnik, S. (1999). *Le Temps des glaciations. Voyage dans le monde de la folie*. Érès.
- Resnik, S., Antonietti, M. et Ficacci, M. (1982). *Semiologia dell'incontro*. Il pensiero scientifico.