

INTRODUCTION

« Un analyste américain que j'avais rencontré jadis, disait en parlant de la Psychologie du moi : pour nous, "it's wall-paper" – on n'y fait même plus attention. Ce qui pour nous fait *wall-paper*, c'est la tripartition classique névrose-psychose-perversion¹. »

Ce livre a été conçu comme une interrogation des évidences qui hantent la doctrine des structures cliniques. Celle-ci, s'emparant depuis 1973 du recueil de textes freudiens *Névrose, psychose et perversion*², est venue consolider une façon de déplier la psychopathologie dite psychanalytique. En effet, le triptyque des nommées *structures cliniques*, en étant attribué à Freud, demeure au cœur de la théorie analytique sur le malaise subjectif. Névrose, psychose et perversion se déclinent en plusieurs *sous-types spécifiques*, qui relèvent également du nom de structures cliniques – hystérie, phobie et névrose obsessionnelle configurant la classification des structures cliniques de la névrose, par exemple.

Invention française, la *doctrine des structures cliniques* s'est étendue à l'échelle internationale. Dans les universités et les instituts psychanalytiques il y a des cours et des séminaires consacrés à son enseignement et au développement de sa recherche. Il existe une riche littérature scientifique comprenant des articles, des chapitres d'ouvrages et des livres entiers qui abordent le sujet. De même, la référence à ses concepts est autant présente dans le milieu des professions « psy » que dans la culture populaire. Cette conception psychopathologique – qualifiée même de « très originale³ » – semblerait bien solide. Dans quel esprit, alors, y aurait-il à la revisiter ?

Cet ouvrage part de la confrontation de trois postures diverses sur la doctrine des structures cliniques, à savoir :

Première position : ceux qui la considèrent naturellement issue de la pensée de Freud et de Lacan. Certains analystes resteraient d'autant plus étonnés de la

1. INSTANCE DE RÉFLEXION SUR LE MATHÈME ANALYTIQUE, *La conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclasables de la clinique*, Paris, Agalma, 1997, p. 153.

2. FREUD S., *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

3. ÁLVAREZ J. M., ESTEBAN R. et SAUVAGNAT F., *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, p. 699.

stabilité de cette doctrine, que Freud et Lacan s'en seraient toujours servis « en matière de diagnostics ». Cela irait de soi : « Névrose, psychose puis perversion, presque de manière obligée, les choses se mettent rapidement en place⁴. » Une continuité est, donc, établie entre la doctrine actuelle des structures cliniques et ses assises freudiennes et lacaniennes. D'où la réticence à accepter tout aménagement nosographique (états limites, affections psychosomatiques, etc.) étranger au tripode traditionnel.

Deuxième position : ceux qui la rapportent à Freud pour lui assigner une date de péremption. Il y aurait les structures cliniques que le psychanalyste viennois a identifiées dans la société de son époque. Mais elles ne seraient que les fragments d'un héritage gardé presque par nostalgie, puisque les nouvelles pathologies – celles du xx^e et du xxi^e siècle – exigeraient des théories plus « actuelles », c'est-à-dire post-freudiennes. En dehors des structures cliniques, certains tenants de cette posture placent habituellement une catégorie diverse, les « états », recouvrant nombre d'entités nosographiques à la mode depuis les années 1960 – dont les états-limites. Ces entités constitueraient des formes intermédiaires ou de passage entre les deux grandes « structures de personnalité » – attention au glissement terminologique ! –, soit les névroses et les psychoses⁵.

Troisième position : ceux qui la déclarent intenable après le dernier enseignement de Lacan. Surtout à ses débuts, Lacan aurait « beaucoup donné corps » aux trois grandes catégories psychopathologiques ; elles se seraient néanmoins délitées vers la fin de son enseignement – tout en visant « le degré zéro de la nosographie ». Il faudrait, donc, laisser tomber cette classification et la « clinique psychiatrico-psychanalytique⁶ » dont elle relèverait. Il est là un propos que certains lacaniens soutiennent, envers et contre la clinique du « *pernépsy* » – abréviation qu'ils obtiennent par la translittération acrosyllabique (per-né-psy) des « trois entités dites majeures de notre clinique : perversion, névrose, psychose⁷ ». À l'heure actuelle, pensent-ils, « il serait peut-être temps qu'on passe à autre chose⁸ » – à savoir, à la clinique ressortant du nœud borroméen, que le dernier Lacan aurait promue.

Voilà donc trois postures souvent tenues par des cliniciens qui, même sans adhérer à un groupe analytique particulier, sont concernés par la psychanalyse.

4. LÉGUIL F. et ADAM J., « Première clinique freudienne des névroses », *Hystérie et obsession. Les structures cliniques de la névrose et la direction de la cure*, Paris, Navarin, 1986, p. 16.

5. GREEN A., « Pour une nosographie psychanalytique freudienne. Introduction à un colloque sur la nosographie psychanalytique (1962) », in J. BOUHSIRA et L. DANON-BOILEAU (dir.), *Nosographie psychanalytique*, Paris, PUF, 2011, p. 31-87 ; BERGERET J., *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*, 3^e éd., Paris, Dunod, 1996.

6. ALLOUCH J., « Jacques Lacan démantelant sa propre clinique », *Recherches en psychanalyse*, vol. 2, n° 10, 2010, p. 216-217.

7. ALLOUCH J., « Perturbation dans pernépsy », *Littoral*, n° 26, 1988, p. 79.

8. CASANOVA B., « Estallidos de clínica », *Litoral*, vol. 25/26: La función secretario, 1998, p. 67.

Mais la confrontation de ces trois positions ré-ouvre plein de questions incontournables, et pour cause.

D'abord parce que la continuité, supposée évidente, entre la *doctrine actuelle* des structures cliniques et ses assises *freudo-lacaniennes*, résulte fondamentalement opaque de deux faits manifestes. D'un côté, le terme *structure clinique* n'appartient ni au lexique de Freud ni à celui de Lacan : D'où vient-il, alors ? Qui a été son introducteur en psychanalyse ? Pourquoi a-t-il été nécessaire d'y recourir ? D'un autre côté, la systématisation théorique de la structure clinique n'est pas si claire chez les « fondateurs » : elle est plutôt une interprétation doctrinale – voire un « fait de lecture »⁹. Mais, est-elle une lecture faisant justice au désir de Freud et Lacan, et à la spécificité de l'expérience analytique ? Moyennant quelles ponctuations de l'œuvre freudienne et de la pensée lacanienne est-elle lisible, cette doctrine ? Pourquoi ne pas vouloir d'autre nosographie face au réel clinique contemporain ?

D'autres questions, ensuite, se posent du fait que le prétendu déclin des structures cliniques freudiennes et la montée de *nouvelles pathologies* à partir du *xx^e* siècle, dissonnent fortement d'avec l'expérience de nombre d'analystes¹⁰. Quelles seraient alors les raisons justifiant la « résiliation psychopathologique » de la découverte de Freud ? Comment celle-ci pourrait-elle encore rendre compte des modalités « contemporaines » du malaise subjectif ? Pourquoi une autre nosographie serait ici pertinente ? En quoi le glissement subtil de la notion de « structure de la personnalité » – rejoignant les états limites aux névroses et psychoses – serait-il contradictoire avec le concept de « structure clinique » ?

Enfin, une dernière série de questionnements est soulevée par l'incompatibilité présumée de *la partie finale de l'enseignement de Lacan* avec les structures cliniques. Des soupçons d'*illégitimité* s'étendent alors sur cette *doctrine* : Est-elle encore pertinente au champ de la psychanalyse ? Dans quelle mesure et sous quelles conditions ? Pourquoi ne plus vouloir de nosographie ? « Structure clinique » ne serait-il pas dès le début un concept bâtard, certes appliqué à l'analyse mais ressortissant d'un autre champ disciplinaire (linguistique, anthropologie, psychiatrie) ?

L'escamotage de ces questionnements contribuerait sans aucun doute à la dogmatisation des postures tantôt *pour* tantôt *contre* les structures cliniques en psychanalyse. Dans ce contexte, les enjeux de l'investigation suivante intéressent non seulement la théorie (par ses éléments de délimitation et de critique : savoir exactement de quoi on parle lorsqu'on se réfère aux structures cliniques), mais aussi l'enseignement universitaire (par l'approche historique dont elle soutient

9. EIDELSZTEIN A., *Las estructuras clínicas a partir de Lacan II. Neurosis, histeria, obsesión, fobia, fetichismo y perversiones*, Buenos Aires, Letra Viva, 2008, p. 16.

10. ZAFIROPOULOS M., *Le symptôme et l'esprit du temps : Sophie la menteuse, la mélancolie de Pascal... et autres contes freudiens – Essais d'anthropologie psychanalytique, II*, Paris, PUF, 2015.

les concepts en cause) et la clinique (par ses implications sur le diagnostic structural sous transfert).

Le repérage que nous venons de faire justifie une certaine prudence face aux trois postures dont la confrontation a été son point de départ. Même en admettant que la structure clinique puisse être devenue un « concept fondamental¹¹ » de l'apport lacanien à la psychanalyse, il faut d'ores et déjà dissoudre le mirage de sa continuité naturelle avec ses assises chez Freud et chez Lacan.

Le décalage entre l'invention de la doctrine et ses fondations est d'autant plus frappant que les origines anti-lacaniennes du terme *structure clinique* et l'histoire de son renversement conceptuel restent à peu près inconnues. Quitte à les expliciter de manière détaillée lors de notre sixième chapitre, nous pouvons pour l'instant avancer que la doctrine des structures cliniques aura vu la lumière du jour comme prolongation de l'enseignement de Lacan par ses disciples, à partir de 1981. Son émergence à ce moment-là visait la communicabilité objective et publique de la pratique analytique – qui est d'ailleurs transférentielle et privée. La formalisation imposée par la référence structurale, néanmoins, pointait en l'occasion plusieurs possibilités : discours, mathème, topologie des trous, nœud borroméen. L'approfondissement de ces questions aura ensuite constitué un point commun de discussion entre certaines communautés lacaniennes des deux côtés de l'Atlantique – ce qui aura beaucoup joué dans l'extension internationale du Champ freudien.

Puisque l'on restituera dans ce travail les avatars de ce processus, il convient dans cette introduction de saisir la configuration actuelle de la doctrine des structures cliniques – c'est-à-dire, de repérer quelques coordonnées constituant son minimum essentiel, « au-delà duquel nous partons dans les synonymes, les glissements, les équivalences¹² ». Ainsi, une certaine doxa psychanalytique définit les structures cliniques par cinq grands traits :

Étanchéité nosographique. Les trois catégories majeures sont mutuellement excluantes : un sujet ne peut pas être en même temps névrosé et psychotique, ou psychotique et pervers, ou névrosé et pervers. Dans ce sens, du point de vue nosographique, les structures cliniques constituent « un système catégoriel de classification en séries discrètes, plutôt qu'un système dimensionnel basé sur un continuum¹³ ». Du coup, il n'est pas possible d'établir des catégories intermédiaires ou des passages entre deux – du genre *borderline*.

Subversion du diagnostic comme position subjective. Il n'y a ni naturalisme, ni essentialisme ni substantialisme des entités proposées comme structures

-
11. EIDELSZTEIN A., *Las estructuras clínicas a partir de Lacan II. Neurosis, histeria, obsesión, fobia, fetichismo y perversiones*, op. cit., p. 223.
 12. LACAN J., *Le Séminaire, livre V : Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris, Le Seuil, 1998, p. 308.
 13. EVANS D., « Structure », *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*, Londres/New York, Routledge, 1996, p. 197.

cliniques. Au contraire, diagnostiquer une structure clinique consiste à repérer la position du sujet, dont il est toujours responsable, par rapport à l'Autre.

Fondement sur des opérateurs inconscients déterminant une stratégie face à la castration. La névrose est en ce sens déterminée par l'opération du refoulement, la psychose par la forclusion du Nom-du-Père et la perversion par le déni. Il s'agit pour le sujet de trois mécanismes destinés à affronter la castration – autrement dit, le non-rapport sexuel.

Organisation logique en deux niveaux. Chaque catégorie majeure du triptyque constitue une variété générique de types cliniques, qui sont structurés par les rapports que le sujet entretient au désir de l'Autre. Cette logique organisatrice a favorisé l'application du terme *structure clinique* pour désigner les deux niveaux – celui des catégories majeures génériques et celui des types cliniques spécifiques.

Conception dialectique du rapport normalité-pathologie. Il peut y avoir des stabilisations et des déstabilisations à l'intérieur de chaque structure. Les premières soutiennent un état clinique de normalité, tandis que les déstabilisations produisent des symptômes – d'où le fait que certaines structures cliniques ont été initialement saisies comme maladies. Ainsi, loin d'être des déviations pathologiques par rapport à la « normalité » idéale ou statistique, les structures cliniques établissent une cartographie permettant de repérer les éléments dont ressortit le malaise du sujet, avec ou sans compensations particulières.

Ces cinq traits constituent la *vulgate* des structures cliniques. Dans un but de systématisation théorique, la littérature analytique s'y est référée – soit pour la fixer, soit pour l'approfondir, soit pour la contredire. De cette littérature, on ne recensera ici que les principaux ouvrages constituant l'état de l'art.

L'un des premiers efforts pour établir cette vulgate fut *Une introduction clinique à la psychanalyse lacanienne*¹⁴, publiée par Bruce Fink en 1997. En effet, la deuxième partie de son texte porte sur le diagnostic et la position de l'analyste. Appuyé majoritairement sur les enseignements de Jacques-Alain Miller et de Colette Soler, l'auteur distingue l'approche lacanienne du diagnostic par l'identification des trois mécanismes déterminant les catégories principales des structures cliniques. Il consacre ensuite un chapitre aux psychoses, un autre aux névroses et un troisième aux perversions. L'expérience de Fink comme formateur de psychothérapeutes à la Duquesne University de Pennsylvanie est évidente dans la simplicité des formulations dont il se sert pour expliquer la théorie – choix pédagogique risqué, car s'il est bien cohérent avec les fins de vulgarisation de son livre, cela n'empêche éventuellement ni la généralisation ni le réductionnisme.

14. FINK B., *A clinical introduction to lacanian psychoanalysis: Theory and technique*, Cambridge, Harvard University Press, 1997.

Les essais d'approfondissement de la doxa analytique viendraient ensuite. Ainsi, Érik Porge écrivit en 2000 le livre *Jacques Lacan, un psychanalyste*¹⁵. Réédité en version poche en 2014, ce texte contient un chapitre sur le génie clinique du personnage, où Porge présente, dans ces grandes lignes, deux moments de la théorisation des structures cliniques : avant et après l'invention de l'objet petit *a* – la thèse de l'auteur étant que ce qui change entre les deux c'est les repères et non le principe psychanalytique de classification. Bien que Porge reconnaisse l'existence d'amalgames abusifs des structures cliniques avec la psychiatrie, l'enjeu majeur de son texte reste une invitation raisonnée à ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain – en restituant la fonction de la structure comme « condition de lisibilité » du cas en analyse, dans le sens où elle permettrait de faire « un tri dans les éléments cliniques non en fonction de leurs significations, toujours singulières, mais de leurs relations¹⁶ ».

À la même époque, Philippe Julien a publié un travail intitulé *Psychose, perversion, névrose : la lecture de Jacques Lacan*¹⁷. En postulant ce triptyque comme une subversion lacanienne du vocabulaire psychiatrique, l'auteur essayait de saisir les nouvelles significations que le psychanalyste parisien aurait données à cette « nomenclature ». Ce but est très bien atteint pour la partie traitant des perversions. Mais dans d'autres aspects Julien va loin, de manière que certaines interprétations du « savoir littéral¹⁸ » lacanien sont détournées de ses retentissements psychopathologiques. Prenons-en un exemple. L'auteur soutient la divergence tranchée entre les concepts de paranoïa et de psychose : la paranoïa serait chez Lacan dépourvue de titres psychopathologiques et réservée pour qualifier la connaissance – tandis que la psychose serait l'événement engendrant la demande d'analyse. Ce dernier point illustre bien la perspective de Julien. D'après lui, en 1953 (*Discours de Rome*) Lacan aurait configuré une nouvelle nosographie se dépliant – selon le rapport, dans le sujet, de la parole et du langage – en trois structures : soit la folie (langage sans parole), la névrose (langage et parole) et l'homme moderne (langage ou parole). Seul le passage de l'homme moderne à la psychose ferait naître une demande d'analyse – ce qui expliquerait d'ailleurs une certaine formule qu'à cet égard Lacan a lancée en 1978, à savoir, qu'il faut appeler *psychotique* le névrosé qui demande une analyse.

Dans l'ensemble, Philippe Julien a sauvé le dialogue avec la pensée freudienne et la tripartition des entités cliniques psychanalytiques par la mise en fonctionnement de leurs mécanismes structurants – mais au prix d'interprétations doctrinales floues, qui finissent par fausser les enjeux psychopathologiques

15. PORGE É., *Jacques Lacan, un psychanalyste : Parcours d'un enseignement*, Toulouse, Érès, 2014.

16. *Ibid.*, p. 45.

17. JULIEN P., *Psychose, perversion, névrose : la lecture de Jacques Lacan*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2001.

18. *Ibid.*, p. 7-8.

visés par Lacan. C'est-à-dire, qu'il y a dans son texte les sédiments de la doxa des structures cliniques, précipités dans un milieu épistémique qui leur est étranger.

Beaucoup plus réussi du point de vue épistémologique, le dernier chapitre des *Fondements de psychopathologie psychanalytique*¹⁹, de José María Álvarez, Ramón Esteban et François Sauvagnat, semble réaffirmer le bien-fondé de la doxa psychanalytique – en exposant des raisons cliniques et théoriques qui encouragent ses développements ultérieurs. Les auteurs commencent par répertorier certaines applications de la notion de structure en psychopathologie ; puis, ils en glosent quelques références dans la conception psychopathologique de Freud ; ensuite, ils déroulent le sens et les conséquences que cette notion a acquises dans la doctrine de Lacan ; enfin ils font une comparaison critique de la nosographie des structures cliniques à la taxinomie du DSM-IV. Ce travail fort synthétique (une trentaine de pages) donne ainsi des pistes prometteuses, tout en laissant la porte ouverte à la recherche.

Un autre approfondissement collaboratif a été récemment entamé sous la direction de Fabián Schejtman. Il s'agit des livres *Élaborations lacaniennes sur la psychose* et *Élaborations lacaniennes sur la névrose*²⁰ – dont on souhaiterait bientôt un troisième volet concernant la perversion. Même s'ils n'ont pas l'intention de fournir une théorie d'ensemble des structures cliniques, les auteurs réfléchissent sur plusieurs points difficiles et quelques impasses dans les considérations freudiennes et lacaniennes à propos des névroses et des psychoses. La doxa trouve dans cette réflexion des ancrages épistémiques spécifiques qui restent incontournables pour la pratique de la psychanalyse actuelle. Néanmoins, le lecteur n'y trouvera presque aucun éclaircissement sur les assises générales de la doctrine des structures cliniques – sauf peut-être le constat de Schejtman sur l'impossibilité de soutenir :

« que la tripartition si ferme avec laquelle nous travaillons dans la clinique – névrose, psychose et perversion – ne se trouve pas facilement, nettement et clairement lisible dans l'œuvre de Freud. Ce n'est pas pour rien que le post-freudisme s'est perdu entre ses textes. Non, il nous paraît plutôt qu'une telle tripartition de structures subjectives est déjà un effet de la lecture que Lacan fait de l'œuvre freudienne et, certainement, un effet qui s'est étendu au-delà des limites du lacanisme²¹ ».

Enfin, un cas rare dans la littérature : dans les deux volumes de *Les structures cliniques à partir de Lacan*²², Alfredo Eidelsztein a pris position envers et

19. ALVAREZ J. M., ESTEBAN R. et SAUVAGNAT F., *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, op. cit.

20. SCHEJTMAN F. (dir.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*, Buenos Aires, Grama, 2013 ; SCHEJTMAN F. (dir.), *Elaboraciones lacanianas sobre la neurosis*, Buenos Aires, Grama, 2014.

21. SCHEJTMAN F., « De "La negación" al Seminario 3 », in F. SCHEJTMAN (dir.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*, Buenos Aires, Grama, 2013, p. 31.

22. EIDELSZTEIN A., *Las estructuras clínicas a partir de Lacan I. Intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicósomática y debilidad mental*, Buenos Aires, Letra Viva, 2008 ; EIDELSZTEIN A., *Las estructuras clínicas a partir de Lacan II. Neurosis, histeria, obsesión, fobia, fetichismo y perversiones*, op. cit.

contre la doxa analytique – dans le but d’articuler une théorie personnelle sur la logique des structures cliniques, en suivant pour cela quelques indications de l’enseignement lacanien. L’abandon des mécanismes structurants (refoulement, forclusion, déni) au moment de définir les catégories nosologiques, amène cet auteur à se repérer par l’extraction et la non-extraction de l’objet *a*, ainsi que par l’incorporation de deux soi-disant « articulateurs logiques » – l’inversion et la distorsion. Du coup, il ajoute au tableau deux entités auxquelles Lacan s’est quelque fois référé – la débilité mentale et la réponse psychosomatique.

Dans cette configuration, les structures cliniques qui relèvent de l’intervalle signifiant (extraction de l’objet *a*) sont : la série des névroses (obsession, phobie, hystérie) et la perversion, articulées par une inversion topologique. Ensuite, une distorsion topologique articule ces structures avec la série psychose-débilité mentale-réponse psychosomatique, qui, elle, dépend de l’holophrase (non-extraction de l’objet *a*). Aux bouts des structures de l’intervalle et des structures de l’holophrase, l’auteur fait place à l’inconnu : les cas cliniques qui seraient inclassables sont des points de suspension à gauche et à droite de son tableau. De la sorte, la théorie de Eidelsztein vise à gagner en compréhension et en cohérence logique, prétendant en même temps de « dé-pathologiser » les structures cliniques, de refuser des notions floues (borderline, noyaux psychotiques, forclusion partielle), de permettre le calcul de la direction de la cure et de soutenir le « pas-tout » en psychopathologie (les points de suspension à gauche et à droite du tableau représentant que pas-tous les sujets ne sont des névrosés, des pervers ou des psychotiques).

Si nous faisons maintenant un bilan, que montre, en définitive, cette recension de la littérature contemporaine sur les structures cliniques ? D’abord, l’intérêt incessant de plusieurs analystes pour un retour aux fondements de cette doctrine pour la faire avancer. Deuxièmement, l’insistance à différencier la version psychanalytique des structures cliniques d’avec une pratique psychiatrique travaillant sur des entités homonymes. Ensuite, la tendance à ne lire les fondements freudiens des structures cliniques qu’à travers les lunettes de l’enseignement de Lacan. Puis, le pari de certains auteurs (Julien et Eidelsztein, notamment) pour exiler cette doctrine du domaine psychopathologique – ce qui va de pair avec leur éloignement de la doxa analytique. Enfin, le manque plus ou moins accentué – chez les auteurs dont le point de départ a été cette doxa – de repères généalogiques pour l’ancrage épistémique de la doctrine dans sa vue d’ensemble.

Devant ces constats, notre ouvrage se situe du côté de ceux qui partent de la doxa analytique des structures cliniques. Il s’engage pour sa part à réinterroger les piliers qui soutiennent celle-ci dans son ensemble, à en rendre compte du point de vue de sa formalisation psychopathologique, à dégager une lecture des fondements freudiens dès sa littéralité propre, et à garder la spécificité

psychanalytique de cette doctrine par rapport aux homonymes, en dialogue avec les questionnements actuels.

On sait que ce travail a pour sujet une doctrine controversée, dont les fondements généalogiques et les perspectives contemporaines ont vocation à être restituées. Notre objectif général est, alors, de spécifier les assises et les enjeux de cette doctrine à partir des contributions freudiennes et lacaniennes, afin de déterminer sa pertinence dans les débats psychopathologiques actuels. Ainsi, cette recherche apportera à l'épistémologie historique et à la prospective des structures cliniques, à travers deux objectifs particuliers : d'emblée, celui d'éclairer les filiations symboliques qui les soutiennent, et puis, celui de prendre position dans les débats psychopathologiques qui les ciblent.

Il s'agit d'une recherche employant des outils documentaires comme l'analyse lexicologique des textes, mais dont la couleur principale est donnée par la méthode généalogique. Comme l'on sait, le représentant le plus illustre de la généalogie a été Nietzsche. En tant que méthode de recherche, elle a été bien accueillie au sein d'un courant épistémologique français qui, de Bachelard à Althusser, valorise l'usage de l'histoire pour conjurer les chimères du continuisme dans les sciences. Du temps de Foucault, cette méthode « méticuleuse et patiemment documentaire », en travaillant « sur des parchemins embrouillés, grattés, plusieurs fois réécrits²³ », a fait preuve de fécondité théorique dans l'analyse des discours. Appliquée à la psychanalyse freudienne en particulier, la généalogie a porté ses fruits dans les ouvrages de Michel Henry et de Paul-Laurent Assoun²⁴. Dans cette perspective, le plan des pages suivantes est conformé par trois grandes parties :

Une partie traitant des fondements freudiens. Il s'agira ici d'éclairer les conceptions de Freud où la doxa psychanalytique enracine la doctrine des structures cliniques. Par la pratique de la méthode généalogique, on cherchera notamment à exhumer les sources de la notion de *structure* utilisée par le père de la psychanalyse entre 1877 et 1939 – ainsi que sa fonction dans la métapsychologie et ses applications psychopathologiques. Le questionnement du savoir freudien sur la structure rendra, de la sorte, visibles les ruptures et les continuités de cette notion avec le milieu scientifique-universitaire de son époque. Les résultats aideront déjà à mieux évaluer certaines interprétations post-freudiennes sur la soi-disant « structure de la personnalité ».

Une deuxième partie, considérant les fondements lacaniens. L'intention en sera de dégager dans la production intellectuelle de Lacan plusieurs fils référentiels soutenant, de 1931 à 1981, son usage du concept de *structure* comme opérateur

23. FOUCAULT M., « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », in S. BACHELARD (dir.), *Hommage à Jean Hyppolite*, Paris, PUF, 1971, p. 15.

24. HENRY M., *Généalogie de la psychanalyse : Le commencement perdu*, Paris, PUF, 1985 ; ASSOUN P.-L., *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Paris, Payot, 1990.

épistémique et clinique. Ici encore, la méthode généalogique contribuera à dissiper les opacités autour non seulement de la démarche structurale de Lacan aux débuts de son discours, mais du supposé démantèlement de cette clinique à la fin de son enseignement. Les trois postures que nous avons remarquées à l'égard des structures cliniques trouveront là des éléments d'épreuve.

Une partie finale, à propos des débats contemporains en psychopathologie. Il s'agira là de recenser la systématisation théorique des structures cliniques et sa prospective dans le contexte des débats du dernier demi-siècle. Pour objectiver les enjeux de cette doctrine, il sera crucial de la confronter aux discours actuels d'autres orientations psychopathologiques – qu'elles relèvent de la psychanalyse (états limites, psychosomatique, perversion ordinaire, psychopathologie du PDM-2) ou plutôt de la psychopathologie descriptive (DSM-5 et CIM-11). Cette argumentation permettra enfin d'éclairer la portée de la doctrine des structures cliniques, de même que la rationalité inhérente à toute possible « classification diagnostique » en psychanalyse, et la dialectique entre l'universel, le particulier et le singulier.

Reste à expliciter, avant de clore cette introduction, le balisage du domaine psychopathologique par lequel on s'orientera au long des pages suivantes. Nous avons choisi d'adhérer ici à la conception de Ramón Esteban²⁵ selon laquelle cinq dimensions configurent la psychopathologie en tant que discipline :

- La *sémiologie*, également appelée *psychopathologie descriptive* par des auteurs anglo-saxonnes, se centre sur la définition et le repérage de tout ce qui peut être considéré comme signe clinique ou symptôme d'une maladie.
- La *nosographie*, signifiant étymologiquement la description des maladies, établit la classification de ce qui doit être considéré comme entité morbide.
- La *nosologie*, entendue comme théorie du « tomber-malade », rassemble les idées concernant la définition et le rapport entre la normalité et la pathologie.
- L'*étiologie*, ou étude des causes de la maladie, définit le terrain dont relève la morbidité du psychisme.
- La *pathogénie*, enfin, se réfère à la théorie de la formation du symptôme.

Ce point de vue, éminemment psychiatrique, fonctionnera comme une grille d'analyse des diverses propositions psychopathologiques auxquelles on se référera dans ce travail. Son usage par Álvarez, Esteban et Sauvagnat²⁶ pour la systématisation des fondements de la psychopathologie psychanalytique, a largement prouvé sa puissance heuristique. Nous nous servons d'elle pour esquisser la subversion²⁷ que la doctrine des structures cliniques a produite à l'intérieur des cinq dimensions psychopathologiques.

25. ESTEBAN R., « Sobre algunas disciplinas fundamentales para la Psicopatología General », *Norte de Salud Mental*, vol. VI, n° 24, 2005, p. 28-37.

26. ÁLVAREZ J. M., ESTEBAN R. et SAUVAGNAT F., *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, op. cit.

27. Cf. notre étude approfondie sur la nature et les implications de cette subversion : SIERRA RUBIO M. A., *Las estructuras clínicas. Síntesis de una subversión en psicopatología*, Mexico, Paradiso, 2019.