

Introduction : empathie et clinique intégrative

Michel Botbol, Nicole Garret-Gloanec et Antoine Besset†

Au commencement du Colloque de Cerisy dont ce livre est issu, il y avait une préoccupation clinique qui nous avait réunis, depuis un certain temps déjà, autour de deux questions complémentaires :

- La première, surtout politique, concerne la nécessité, vitale pour la psychiatrie, de mieux connaître et faire reconnaître la place essentielle de la subjectivité en son sein. Notre fréquentation assidue des instances représentatives de la psychiatrie mondiale, dans lesquelles nous avons, à des titres divers, été amenés à représenter la psychiatrie française, nous avait convaincus de l'urgente nécessité de contribuer aux mouvements émergents qui visaient à ramener la psychiatrie vers ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être : une psychiatrie de la personne, centrée sur le patient dans sa globalité, plutôt que sur sa seule maladie expurgée de tout ce qui pourrait relever de son fonctionnement psychique ou de son contexte.
- La seconde question, surtout pratique, portait, elle, sur le problème des adaptations techniques et théoriques qui s'imposent pour permettre au plus grand nombre des patients psychiatriques de bénéficier des apports de la psychiatrie intégrative et dynamique, maintenant qu'il est de plus en plus évident qu'elle ne peut plus trouver sa légitimité dans les seules références psychanalytiques qui l'ont inspirée.

Nous voudrions, dans ce chapitre introductif, montrer pourquoi et comment l'une et l'autre de ces deux questions mettent l'empathie au centre de nos réflexions, de façon certes différente mais avec un intérêt commun : permettre à notre discipline de se nourrir des travaux

considérables que l'empathie a générés ces dernières années, de la biologie à la clinique, et à partir des apports de disciplines aussi diverses que la philosophie, les neurosciences, la psychanalyse, la psychologie cognitive, l'esthétique, l'histoire, la sociologie et l'économie.

L'empathie pour prendre en compte la subjectivité des patients dans une « psychiatrie de la personne »

Profondément inscrite dans le champ de la médecine, la psychiatrie reste cependant marquée par l'ambiguïté de son rapport au paradigme de la maladie, celui qui s'est révélé si efficace dans la plupart des autres disciplines médicales. Ce qui continue à faire problème en psychiatrie, c'est avant tout la définition de son objet, qui est loin de faire l'unanimité. Face à cette difficulté spécifique, la tentation est grande et le pas souvent franchi de recourir au déni de cette différence, quitte à masquer, derrière l'apparente rigueur de méthodologies de recherche empruntées à l'*Evidence-Based Medicine* la plus réductionniste, les incertitudes concernant la pertinence ou même l'existence des objets auxquels on les applique. C'est donc avec l'intransigeance des nouveaux convertis que, dans leur volonté de faire science, les adeptes de ce déni se font les chantres d'une médecine centrée sur la maladie dont ils caricaturent les travers. C'est ce dont témoigne, par exemple, la violence des controverses permanentes concernant les classifications en psychiatrie. Certes « n'importe quelle classification vaut mieux que le chaos », comme l'écrit Claude Lévi-Strauss (1955), mais l'idéal d'une classification est de trouver une nosographie qui corresponde à l'ordre naturel des choses, en établissant entre les catégories qu'elle définit des relations équivalentes à celle existant entre les choses qu'elle classe. Si une classification n'apporte pas beaucoup d'informations sur les choses elles-mêmes, elle nous donne un savoir sur la relation entre ces choses (Duhem, 1906). Cet objectif est particulièrement difficile à atteindre en psychiatrie où les relations entre les choses sont loin d'être évidentes du fait de l'insuffisance de nos savoirs sur les mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent les symptômes et syndromes relevant de cette discipline. Si bien qu'on ne sait jamais, en psychiatrie, ce qui relève de la constellation ou de la nébuleuse, pour reprendre l'éclairante analogie proposée par Ian Hacking (1991)¹.

1. Dans les constellations, ce qui lie les objets constitutifs ne sont pas les liens physiques qui les unissent mais les formes qu'ils dessinent dans le ciel aux yeux de l'observateur ; dans la nébuleuse, c'est au contraire les causes naturelles qui les unissent qui sont déterminantes.

Le choix des critères sur lesquels se fonde une classification est donc essentiel, et c'est une théorie plus ou moins explicite qui détermine ce choix, ce qui est particulièrement problématique en psychiatrie où les paradigmes théoriques sont à la fois nombreux et en grande partie spéculatifs.

Comme on le sait, le DSM III (1980) a tenté de résoudre ce problème en adoptant une position qu'il considère comme athéorique avec l'espoir de constituer une base commune la moins contestable possible. Mais le prix à payer pour cela a été très élevé : pour rester aussi descriptif et objectif que possible, le DSM a éradiqué de sa nosographie tout ce qui relevait de la subjectivité et des fonctionnements psychodynamiques, ne fournissant aux cliniciens qu'une « demi-science » (Strauss, 2005) et une nosographie ne répondant pas à leurs besoins cliniques.

En plus des problèmes philosophiques ou éthiques qu'une telle position pose (Corcos, 2011), force a été de constater l'échec de cette posture qu'il faut bien qualifier de scientifique. Comme l'indiquent eux-mêmes certains promoteurs du DSM :

« L'espoir de valider [les] syndromes [décrits par le DSM] en découvrant leur étiologie commune a été globalement déçu. Aucun des nombreux marqueurs biologiques candidats ne s'est montré suffisamment spécifique pour permettre d'identifier ne serait-ce que l'un des syndromes définis par le DSM » (Kupfer et al., 2002).

Il est donc encore loin le temps où l'on pourra, comme certains naïfs s'y risquent aujourd'hui, considérer que l'une ou l'autre des catégories du DSM a le même statut nosographique que des pathologies médicales comme le diabète, par exemple, ce qui devrait, selon eux, interdire toute discussion ou même recherche sur leur validité.

Avec l'objectif affiché de corriger ces dérives et de ramener la psychiatrie vers ce qu'elle doit être, le mouvement de la psychiatrie de la personne (Mezzich et al., 2007, 2010a) a proposé un modèle intégratif de démarche diagnostique, prenant en compte la subjectivité des patients, en se fondant sur les résultats d'une série de *focus groups* (impliquant des professionnels, des patients et des aidants) (Krueger, 1993) et d'une étude réalisée par un réseau de classifications nationales (Mezzich et al., 2010b). Ces travaux démontrent que les perceptions du patient, son vécu et son expérience de la maladie sont des composants essentiels de son état de santé et que ceux-ci ne peuvent être pris en compte qu'à partir des données narratives du patient, au-delà de ce qui relève de la description objective de son trouble (voir aussi Kleinman, 1989 ; Kirmayer, 2000 ; Charon, 2006). À partir de ces données narratives, le professionnel doit pouvoir accéder aux représentations et sentiments conscients et inconscients du patient. Ceci n'est possible que si ce professionnel ne se limite pas à ce qu'il observe,

ni même à l'écoute attentive de ce que dit le patient (Botbol *et al.*, 2012). Cette écoute est évidemment cruciale mais n'est pas suffisante lorsque le patient n'a pas facilement accès à ses propres sentiments ou ne peut les exprimer directement. Le professionnel doit alors prendre également en compte des aspects moins conscients de la vie psychique du patient. C'est ici qu'intervient l'empathie du professionnel qui est l'unique outil lui permettant d'avoir accès à la subjectivité du patient dans ces situations dans la mesure où, définissant les sentiments et affects induits chez les autres par les comportements et les paroles du patient, elle est le seul moyen permettant au professionnel d'aller au-delà du manifeste, s'il s'autorise à donner sens à ses sentiments subjectifs. En d'autres termes, l'empathie permet au professionnel d'accéder à la subjectivité du patient, si et seulement si, le professionnel donne également crédit et écoute au récit interne qu'il construit plus ou moins spontanément pour rendre compte de ses sentiments empathiques au contact du patient. L'empathie dont il est question ici n'est donc pas une empathie miroir mais une empathie narrative ou métaphorisante (Lebovici, 1994, *cf. infra*) qui utilise la sensibilité subjective de l'ensemble des partenaires de l'interaction de soin pour rendre compte de la réalité de la situation et lui donner sa véritable valeur clinique. C'est évidemment essentiel en psychiatrie, mais cela a également des applications importantes dans les autres champs de la médecine en général, expliquant l'intérêt que cette approche a suscité au sein de la *World Medical Association* et de nombreuses autres organisations internationales qui, avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé, contribuent aux travaux de l'*International College for Person Centered Medicine* qui est l'un des principaux promoteurs de ce mouvement international (Mezzich *et al.*, 2009).

L'empathie comme méthode clinique : de la psychanalyse en psychiatrie

Comme on le sait, l'efficacité thérapeutique de la cure psychanalytique comme cure de parole repose sur une grande découverte théorique et pratique : le *transfert* qui fonde ce que l'on a désigné sous le terme de « névrose de transfert », c'est-à-dire la répétition de la problématique de l'analysant, dans la cure et dans la relation avec le psychanalyste.

C'est sur ces bases que l'analyse des rêves est susceptible de représenter une voie royale vers l'inconscient et ce, à condition de ne pas être une clé des songes. Autrement dit, elle n'est une voie royale que si ce qui est analysé est le travail du rêve dans le transfert, c'est-à-dire l'analyse de

l'expression travestie des problématiques et processus inconscients dans le travail du rêve ; cette analyse n'est possible que grâce au transfert qui donne sa valeur analysante à la situation analytique.

Mais l'analyse des rêves n'est qu'un des modes d'abord de la question et ne peut résumer à lui seul le travail analytique ; celui-ci applique à la séance et aux effets de la rencontre les mêmes techniques que celles qui sont utilisées dans l'analyse des rêves. En ce sens, le rêve est tout autant une voie royale qu'un modèle de cette voie royale dès lors que son analyse est un paradigme pour la psychanalyse.

Le transfert est donc, en tout cas, un préalable nécessaire puisqu'il conditionne le fait que la séance soit une sorte de rêve, *ici et maintenant* comme *ailleurs et autrefois*.

Pour peu que le psychanalyste reste psychanalyste, cette condition est naturellement remplie dans la cure analytique chez les patients névrosés, c'est-à-dire chez ceux dont le fonctionnement psychique se fonde précisément sur le réinvestissement régulier de traces mnésiques de toute nature. On peut même dire qu'en situation assez neutre et bienveillante, c'est, chez eux, une propension irrépressible, pour le meilleur (l'auto-érotisme) ou pour le pire (souffrir de réminiscence).

Ce n'est cependant pas le cas pour tous les patients que nous sommes amenés à traiter (Botbol, 2012) :

- soit qu'il leur soit impossible de s'illusionner pour que le transfert s'établisse ; c'est le cas chez ceux qui s'agrippent à l'actuel du fait de leur situation concrète ou du fait de leur fonctionnement psychique ;
- soit qu'il leur soit impossible de ne pas prendre leur rêve pour des réalités ; c'est le cas pour ceux qui recourent au délire comme néoréalité protectrice ;
- soit qu'il leur soit tout simplement impossible de supporter de s'exposer à investir un lien ; c'est le cas chez tous ceux qui sont trop fortement menacés par des problématiques de dépendance contre lesquelles ils déploient les défenses qui sont caractéristiques des conduites addictives.

À y voir de plus près, il s'agit en somme de ceux dont la situation ou le fonctionnement rend problématique deux postulats inhérents à la situation analytique (Donnet, 2007) :

- la disjonction entre la mise en œuvre de la méthode analytique, l'action qu'elle implique et les résultats du traitement ; l'analyse stricte suppose que de nouvelles liaisons plus harmonieuses se produisent ailleurs sans que l'analyste ait à s'en préoccuper. C'est à cela que se réfère la formule de Jacques Lacan selon laquelle la guérison vient de surcroît : c'est un principe d'action et non pas un désintéret de la psychanalyse pour ses

effets bénéfiques qui peut même être considéré comme l'un des objectifs principaux de ce principe d'action. Grâce à lui, la modification psychique en séance (levée du refoulement et acceptation véritable du refoulé) « se traduit en différé et hors séance, par une liberté accrue dans la vie et l'action » (Donnet, 2007). Cela implique l'existence, chez le patient, d'un « horizon temporel » (Donnet, 2007), c'est-à-dire ici aussi une capacité d'illusion anticipatrice ;

- les relations du cadre et du processus liant l'invariance du cadre à la mobilité intelligible du processus de telle sorte que le cadre prenne valeur d'instance tierce entre le patient et le psychanalyste permettant qu'à l'abri de ce cadre (qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre sans cesser de les affecter tous deux) la règle fondamentale (l'association libre) offre une chance de mise en sens spécifique pour le patient.

Autrement dit, la situation ou le fonctionnement de ces patients remet en cause l'efficacité de l'analyse qui repose sur le fait que l'analysant puisse investir le temps et l'espace d'une façon qui soit assez compatible avec les postulats inhérents à la situation analytique classique en permettant d'accéder à une différenciation/disjonction entre :

- la parole et l'acte,
- la fiction et la concrétude ou la réalité interne et la réalité externe, autrement dit le *dedans* et le *dehors*, sans pour autant établir un clivage radical entre eux.

Avec les patients de ce type, on se trouve donc devant deux solutions :

- Renoncer aux apports de la psychanalyse en constatant l'absence de toute voie utilisable par le travail analytique : c'est la position de ceux qui limitent les indications du traitement analytique en excluant « non seulement les psychoses, les perversions, les états confusionnels, les mélancolies profondes, mais aussi les états toxiques, les anorexies mentales, les patients en crise aiguë, [...] enfin les vieilles gens » comme l'écrit de façon ironique Pierre Férida (1999) et ce, au nom d'une pureté méthodologique de l'analyse qui serait le seul gage de non-trahison de ses principes.
- Trouver d'autres voies pour permettre à ces patients de bénéficier des apports de la psychanalyse tout en tentant d'accéder autrement à leur problématique psychique et à leur fonctionnement : c'est la position de ceux qui privilégient la rencontre analytique sur la méthodologie de la cure type (Wainrib, 2006) et, depuis plusieurs années, s'acharnent à développer la psychanalyse en psychiatrie au-delà même de ce qu'il est convenu de dénommer les psychothérapies d'inspiration psychanalytique. C'est dans cette deuxième tendance que s'inscrit notre réflexion avec, comme nous l'avons dit, l'objectif de revitaliser une perspective

traditionnellement investie par la psychiatrie française : étendre aux pathologies psychiatriques les principes thérapeutiques proposés par la psychanalyse quitte à s'éloigner beaucoup de ses techniques de référence lorsque cela est nécessaire pour prendre en compte les particularités fonctionnelles, symptomatiques ou étiopathogéniques de ces pathologies.

Il ne s'agit donc pas plus de se limiter aux pathologies susceptibles de relever d'une « étiologie psychanalytique » que de s'en tenir au modèle de la cure de parole. Pour les pathologies, s'ajoutent à toutes celles évoquées plus haut comme des contre-indications à la psychanalyse, les pathologies neurodéveloppementales, les pathologies de l'agir et situations limites, les contextes particuliers comme les troubles de l'attachement ou du développement précoces chez les bébés, les pathologies psychosomatiques, voire les troubles neurologiques avérés (voir Giannakopoulos & Quartier, 2007 pour les démences, par ex.) ou les situations groupales ou familiales... Quant aux techniques thérapeutiques, elles peuvent prendre des formes très diverses, de la psychothérapie individuelle « de soutien » aux thérapies par l'environnement ou le milieu (que l'on a pris, en France, l'habitude de désigner sous le nom de psychothérapie institutionnelle qui n'en est qu'une des formes particulières) en passant par le psychodrame analytique individuel ou collectif et les consultations thérapeutiques comme celles que proposait Serge Lebovici avec les bébés et leurs parents.

Dans toutes ces techniques, ce n'est pas tant (ou en tout cas pas seulement) à partir des dires des patients que se déploie la thérapie mais à partir de ses agirs que la problématique trouve une nouvelle actualité. C'est une clinique de l'acte qui se fonde toujours plus ou moins sur l'idée que, malgré ses inconvénients, l'acte a l'avantage d'agir sur la psyché des personnes de l'environnement, qui sont ainsi affectées par les actes du patient. Affectées par ces manifestations, les personnes de l'environnement sont tentées de les contre-agir au travers des différents mécanismes à leur disposition : le repli dans le non-sens, la mécanisation des réponses figés dans des protocoles, la fuite ou le rejet, quels que soient les habits ou les formes qu'ils prennent. S'ils résistent à cette tentation de contre-agir, ils sont tout naturellement conduits à donner sens à ces affects au travers de ce que Lebovici appelle leur « empathie métaphorisante » à partir de son expérience de la consultation thérapeutique mère/bébé. Ils sont dans ces cas amenés à utiliser leur préconscient et leurs capacités auto-érotiques pour métaphoriser les affects provoqués par les manifestations agies du sujet. Ils sont ainsi conduits à redonner sens à ces manifestations agies qui visent précisément à réduire le sens en bruit et l'auto-érotisme en agir (Botbol, 2011) ; ils prêtent leur préconscient au patient pour redonner une valeur psychique figurable à

ses mouvements de décharge dépsychisants... les mouvements mêmes qui rendent difficile le recours aux psychothérapies classiques :

« L'analyste s'identifie empathiquement aux divers protagonistes de la scène triadique. Sans doute comprend-il la situation, mais surtout "il la vit". Son système émotionnel lui permet de s'allier aux diverses parties représentées dans la triade : la mère, le bébé, le père. Lorsqu'il sent empathiquement le besoin où se trouve l'un ou l'autre de ces protagonistes, il s'allie à leur cause et agit dans ce sens : ainsi "métaphorise"-t-il la situation interactive. Cette métaphorisation est le produit de son empathie créatrice » (Lebovici, 1998).

Sylvain Missonnier ajoute :

« Métaphore, allégorie et parabole sont donc ce que le psychanalyste va pouvoir apporter dans la consultation, car, décentré grâce à sa position de tiers, il est en position de narrateur disposant d'une anticipation des effets organisateurs d'après-coup face à une situation pourtant en temps réel » (2004).

S. Lebovici décrit ce mouvement métaphorisant comme un « empêchement de s'empêcher » qui caractérise l'énaction métaphorisante (2002). Ces métaphores sont en lien avec la problématique qu'elles rendent consciente si les conditions sont réunies pour que :

- le patient exerce une influence sur les soignants (ce qui suppose une exposition suffisante du soignant à des échanges et actes concrets avec le patient dans le partage du quotidien) ;
- les soignants aient un accès assez libre à leurs affects et aux métaphores qu'ils suscitent en eux (ce qui suppose que l'institution de soins respecte leur individualité en même temps qu'elle valorise leur identification bien tempérée au groupe).

Tout se passe comme s'il y avait une « mémoire de l'acte » (comme on a pu parler de « mémoire de l'eau » dans un tout autre contexte) à laquelle le préconscient des soignants permet d'accéder en se servant de leurs qualités personnelles mais aussi, et surtout, de l'appui qu'elles trouvent dans le groupe que constitue l'équipe. On pourrait même dire qu'une institution est psychothérapique dans la mesure où elle s'attache à avoir la capacité d'apporter cet appui aux soignants grâce à ce qu'elle construit : un espace suffisamment protecteur pour autoriser les moments de partage concrets au quotidien et suffisamment contenant pour permettre la confrontation aux conflits et jeux des représentations qui sont des passages obligés de l'élaboration collective. Dans le grand « théâtre empathique » (Botbol *et al.*, 2000) ainsi constitué, chacun joue, plus ou moins consciemment, la partition que lui assignent les projections des patients et l'élaboration commune qu'elles ont induites. C'est, au fond, très proche d'un psychodrame, mais d'un « psychodrame en décor naturel » – comme le nomme Jacques Hochmann (1999) – où,

du côté du patient, le rôle de l'illusion et du transfert est réduit au minimum pour céder la place à la suppléance psychique assurée par les soignants qui participent ainsi à « l'espace psychique élargi » du patient (Jeammet, 1980). Se construit ainsi « une chimère » (de M^Uzan, 2005) entre le patient et les soignants permettant à l'ensemble de retrouver le régime de l'auto-érotisme. Par l'intermédiaire de cette chimère, le patient renoue avec un fonctionnement imaginaire qui lui permet une relance des processus d'élaboration de son traumatisme rendant moins nécessaire le désinvestissement de sa vie psychique par le recours à l'agir.

Il nous paraît ainsi que, si certaines conditions sont réunies, un traitement par l'empathie métaphorisante peut dépasser ses fonctions contenantes pour intervenir directement dans le processus thérapeutique. Il constitue ainsi la moins mauvaise des psychothérapies possibles pour un grand nombre de patients psychiatriques (une fois encore indépendamment de l'étiologie de leurs troubles).

Cette idée nous pousse en tout cas à sortir du cadre de la psychothérapie duelle pour mieux en étendre les principes à ce que nous pourrions nommer « un espace psychothérapeutique élargi », élargi à l'environnement psychique du patient devenu, pour un temps, le dernier dépositaire de son monde interne.

Conclusion

Créée pour rendre compte de l'accès à l'esthétique ou à l'ineffable, la notion d'empathie suscite un intérêt renouvelé, en clinique et ailleurs, du fait des questions qu'elle pose au carrefour de la philosophie, des neurosciences, des sciences humaines, de la psychologie cognitive et de la psychanalyse. Définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, elle est ainsi devenue l'un des paradigmes du débat sur la place de l'esprit dans son rapport au corps et à l'intersubjectivité, à l'interface de la philosophie et des neurosciences.

Ce que l'empathie incarne en effet, c'est l'ambiguïté même de la notion d'esprit dans ce qui concerne la subjectivité et l'intersubjectivité. S'agit-il de l'esprit de la psychologie cognitive (celui qui intervient dans la reconnaissance de la différence et du commun entre soi et l'autre ; celui qui concerne notamment la théorie de l'esprit pour désigner le mouvement cognitif qui nous permet d'attribuer des états mentaux à autrui) ou s'agit-il plutôt de celui de la psychanalyse (celui qui se caractérise surtout par la place qu'il donne à l'affect et aux fantasmes dans la construction de soi et de l'autre et dans les relations entre eux) ?

Du fait de cette ambiguïté, l'empathie est ainsi évoquée dans les activités les plus élémentaires de l'humain, qui sont également celles qui le spécifient le plus radicalement dans ses composantes réflexives et relationnelles, ainsi que dans la satisfaction de son besoin narratif pour donner sens à son vécu et faire histoire. Elle l'est aussi dans ce que l'homme produit de plus élaboré : la création d'« instruments » de transmission de l'émotion ou du sens, la mise en mot de l'émotion esthétique, l'art comme expérience unique et/ou comme manifestation de la communauté d'une culture ou d'une civilisation. C'est ainsi que l'empathie est aussi essentielle dans toutes les activités cliniques qui visent à la reconnaissance et au soulagement de la souffrance de l'autre, tant dans l'empathie miroir (celle qui vise essentiellement à reconnaître chez l'autre une souffrance psychique qu'il ressent ou qu'il a parfois du mal à appréhender lui-même), que dans l'empathie « interprétative ou métaphorique » (celle qui vise surtout à donner un sens narratif à ce que l'autre dit ou révèle éventuellement à son insu).

L'empathie intervient également dans la compréhension de ce qui fait communauté sociale, permet la transmission des valeurs au sein d'un groupe ou d'une société, définit les formes du « nous » ; enfin, c'est elle aussi qui est mise en jeu dans ce qui vise à influencer les individus ou les collectifs qu'ils constituent, du marché au politique en passant par la séduction amoureuse.

Dans tous ces emplois, l'empathie pose en tout cas une question commune : qu'est ce qui, au juste, se transmet entre le sujet empathique et celui avec lequel il « empathise » ? Et comment ?

La découverte récente des neurones miroirs et les nombreux travaux qui se sont succédé ensuite à leur propos ont ouvert une nouvelle voie dans la recherche d'une explication au « fossé de la transmission » entre l'un et l'autre.

L'empathie offrirait-elle une nouvelle voie royale pour comprendre la complexité de l'humain à partir de l'exploitation cognitive et psychique de « ce qu'il y a là » : la mécanique cérébrale et la neurophysiologie neuronale ? Le colloque de Cerisy nous a donné la possibilité de prendre le temps d'y réfléchir en s'appuyant sur ce que pouvaient apporter des chercheurs réputés, pour la plupart très éloignés de nos préoccupations politiques et cliniques. C'était une chance à saisir pour la psychiatrie intégrative que nous pensons nécessaire de mieux connaître et faire connaître.

Références

- American Psychiatric Association. *DSM III*. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980.
- Botbol M. Psicoterapia por el entorno con los adolescentes limítrofes. La empatía metaforisante: del acto al sentido. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* 2011 ; 51-52 : 55-65.
- Botbol M, Banzato CEM, Salvador-Carulla L. Categories, dimensions and narratives for person-centered diagnostic assessment. *Int J Pers Cent Med* 2012 ; 2 : 196-200.
- Botbol M, Papanicolaou G, Balkan T. Soigner les états limites au quotidien : une psychothérapie par « l'environnement ». *Enfances et Psy* 2000 ; 12 : 96-104.
- Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York : Oxford University Press, 2006.
- Corcos M. L'homme selon le DSM : le nouvel ordre psychiatrique. Paris : Albin Michel, 2011.
- De M'Uzan M. *Aux confins de l'identité*. Paris : Gallimard, 2005.
- Donnet JL. Entre l'agir et la parole. *Revue française de psychanalyse* 2007 ; 71 : 1567-77.
- Duhem P. *La Théorie physique, son objet, sa structure*. Paris : Chevalier et Rivière, 1906.
- Fédida P. « Un patient de rêve pour un psychanalyste ? » In André J (ed). *Les États Limites*. Paris : PUF, 1999.
- Giannakopoulos P et Quartier FI. *Un avenir pour la vieillesse*. Paris : Doin, 2007.
- Hacking I. A tradition of natural kinds. *Philosophical Studies* 1991 ; 61 : 109-26.
- Hochmann J. *La consolation*. Paris : Odile Jacob, 1999.
- Jeammet PH. Réalité interne et réalité externe à l'adolescence. *Revue Française de Psychanalyse* 1980 ; 44 : 481521.
- Kirmayer LJ. "Broken narratives: Clinical encounters and the poetics of illness experience". In Mattingly C, Garro L (eds). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley : University of California Press, 2000 : 153-80.
- Kleinman A. *Illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York : Basic Books, 1989.
- Krueger R. Quality control. In *Focus groups, a sage focus edition*. London : Newbury Park, 1993 : 65-87.
- Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2002.
- Lebovici S. L'homme dans le bébé. *Revue Française de Psychanalyse* 1994 ; 58 : 661-80.
- Lebovici S. « L'arbre de vie. » In Lebovici S. *Éléments de psychopathologie du bébé*. Ramonville-Saint-Agne : Érès, 1998, 326 p.
- Lebovici S. Le bébé, le psychanalyste et la métaphore. Paris : Odile Jacob, 2002.
- Levi-Strauss C. *Tristes Tropiques*. New York : Criterion Books, 1955.
- Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007 ; 6 : 1-3.
- Mezzich JE, Salloum I, Cloninger R, et al. (2010b). Person-centred integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. *Can J Psychiatry* 2010 ; 55 : 701-8.
- Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I (2010a). Introduction to conceptual explorations on person-centered medicine. *Int J Integr Care* 2010 ; 10 (Suppl).
- Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I. International network for person centered medicine: Background and first steps. *World Medical Journal* 2009 ; 54 : 104-7.
- Missonnier S. L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé : l'héritage de Serge Lebovici. *Revue française de psychanalyse* 2004 ; vol 68 : 929-46.

- Strauss JS. Diagnosis and reality: A noun is a terrible thing to waste. *Psychopathology* 2005 ; 38 : 189-91.
- Wainrib S. « Un changement de paradigme pour une psychanalyse diversifiée. » In Richard F, Wainrib S (eds). *La Subjectivation*. Paris : Dunod, 2006.