

Missonnier S., (2010), Je t'aime... moi non plus. Amour, haine et ambivalence entre psychiatres et psychologues. *Psychiatrie française*, n°4.

***Je t'aime... moi non plus***  
***Amour, haine et ambivalence entre psychiatres et psychologues***

Sylvain Missonnier

Questionnée sur le titre de sa célèbre chanson *Je t'aime... moi non plus* (1967), Serge Gainsbourg disait que l'idée lui était venue d'une phrase formulée par Salvador Dali à qui on demandait ce qui le différenciait de Picasso. Il répondit : « Picasso est Espagnol, moi aussi. Picasso est un génie, moi aussi. Picasso est communiste, moi non plus. »

Entre psychiatres et psychologues cliniciens *humanistes*<sup>1</sup>, c'est quasi comme entre Picasso et Dali : leur patrie commune est la psychopathologie et leur génie respectif, savouré dans un miroitement narcissique croisé. Quant à l'appartenance médicale du psychiatre (« il est médecin »), à l'instar du « Picasso est communiste », elle offre aux psychologues cliniciens du début du troisième millénaire, l'opportunité d'un « moi non plus » de connivence qui condamne les caricatures d'une psychiatrie biologisante maltraitant le sujet. Dali, l'ancien adolescent trotskyste, raillait *du dehors* la mythologie communiste rayonnante que le membre du parti Picasso dénonça *du dedans* dans son portrait de Staline et son combat pour la paix. Dans le meilleur des cas, psychiatres et psychologues cliniciens humanistes partagent la résistance face aux menaces du scientisme médical comme Picasso et Dali condamnaient les atrocités franquistes de Guernica.

Entre psychiatres et psychologues cliniciens revendiquant *a minima* « l'orientation psychodynamique » et *a fortiori* le statut de psychanalyste

---

<sup>1</sup> « Attitude philosophique qui tient l'homme pour la valeur suprême et revendique pour chaque homme la possibilité d'épanouir librement son humanité, ses facultés proprement humaines. » *Le trésor de la langue française informatisée*, 2011.

à l'issue d'une formation exigeante, la connivence du « moi non plus » est plus intime encore. Elle se fonde sur la dénonciation des leurre de la *réalité matérielle* et des idéaux de la « santé mentale » au profit de la reconnaissance partagée de la conflictualité inconsciente de l'*hyper réalité psychique* individuelle et collective.

Les racines historiques de cette complicité sont profondes. D'un côté, la rencontre de la psychiatrie française avec la psychanalyse est une des données majeures de son histoire au XXème siècle avec le développement de médicaments efficaces. De l'autre, il est pertinent de souligner avec Didier Anzieu (1) combien « La conjonction de la psychologie (clinique) et de la psychanalyse s'est nouée en France dans un contexte particulier, celui de la lutte des psychologues pour acquérir leur autonomie scientifique et pour développer un exercice professionnel indépendant. La psychanalyse est venue à point pour rendre service à la psychologie sur deux plans, celui d'une caution théorique et celui d'un exemple, sinon d'un modèle, de pratique. En retour, la psychologie a servi de véhicule à la propagation de la psychanalyse dans un pays longtemps indifférent ou réticent à son égard ».

Dans la filiation de cette épistémologie croisée, les « zones érogènes » professionnelles mobilisées par ce « je t'aime moi non plus » humaniste et psychanalytique offrent aujourd'hui aux psychiatres et aux psychologues cliniciens de nombreux scénarios de connivence sublimatoire au profit de la psychopathologie du sujet et du groupe dans le réseau libéral, les institutions psychiatriques, à l'hôpital et dans les sociétés de psychothérapie, de psychanalyse. D'ailleurs, ce tuilage synergique sur le terrain en faveur du sujet et de ses impératifs éthico-cliniques n'est pas du luxe face aux sérieux coups de butoir de la politique de gestion néolibérale de la santé mentale et des simplifications des médias, trop souvent phobiques de toute pensée complexe.

## **Disputes et dissymétrie symbolique**

Mais, comme pour tout lien humain, ce qui authentifie véritablement le plaisir et la créativité virtuels entre psychiatres et psychologues cliniciens, c'est sa conflictualité et, plus encore, son efficience à l'accueillir et à en métaboliser la violence dans la conquête permanente de compromis attestant d'une précieuse ambivalence toujours à réactualiser.

Par bonheur, entre psychiatres et psychologues cliniciens, en matière de conflits, il y a ce qu'il faut ! La liste des motifs de batailles au grand jour et de guérillas sous terraines n'est pourtant ni longue, ni énigmatique.

De fait, au delà de la diversité locale de leurs mises en scènes, ces mobiles se résument d'abord et surtout à la suprématie<sup>2</sup> stratégique des positions hiérarchiques, administratives et financières des psychiatres et, plus ponctuellement, à leur droit réservé de prescrire et de profiter du remboursement de leurs actes par la sécurité sociale (la République).

La configuration de ce rapport de force est la signature bien lisible de la domination de la filière ancestrale de la formation médicale des psychiatres sur celle, récente, des sciences humaines des psychologues cliniciens. L'aura séculière actuelle de la première plonge ses racines dans l'efficacité symbolique religieuse et shamanique d'hier, d'aujourd'hui et de toujours. La modernité des secondes véhicule peu ou prou la pesanteur de la crise existentielle d'un homme résolument seul face à sa détresse car choisissant de rompre avec l'illusion d'une transcendance secourable tant théologique que scientifique.

Je considère cette dissymétrie symbolique comme la clef de voute de l'instauration et de la pérennisation de la hiérarchie politique et sociale entre psychiatres et psychologues cliniciens. Ce constat sociologique de leurs représentations collectives n'empêche en rien qu'individuellement certains psychiatres se tiennent à bonne distance des illusions religieuses

---

<sup>2</sup> « Pouvoir politique et/ou social exercé (par un individu, une collectivité) au nom d'une puissance reconnue et admise. », *Le trésor de la langue française informatisée*, 2011.

et scientifiques de leur fonction séculière et que certains psychologues endossent en zélateurs les attributs shamaniques médicaux.

Pour illustrer la traduction au quotidien de cette inégalité générique de traitement des représentations sociales, l'exemple de la perception des durées des filières médicales et psychologiques est emblématique : les premières sont souvent réputées *a priori* plus longues et sélectives que les secondes. Or, pour bien cerner l'ampleur du mécontentement des psychologues cliniciens hexagonaux face à ce qu'ils vivent comme une injuste inégalité hiérarchique et financière, il faut rappeler un constat à ce sujet : pour bon nombre d'entre eux complétant leur cursus universitaire avec des DU et/ou des formations complémentaires, le nombre d'années cumulées est proche de la décennie des études médicales, et, s'il s'agit de psychologues thésés, la durée est véritablement équivalente.

Enfin, en ce qui concerne la sélection, c'est évident que le concours des deux premières années de médecine est redoutable. Mais il n'en n'ai pas moins vrai que la « régulation des flux » à la fin du master 1 ou de la licence selon les universités de psychologie françaises est un concours qui n'ose pas se nommer comme tel dont la sévérité peut paraître plus cynique encore que celle des premières années de médecine car le couperet tombe tardivement après 3 ou 4 années d'étude infructueuses au cas d'échec.

D'ailleurs, toutes proportions gardées, l'envie n'est pas que d'un côté à l'égard des filières de formation. Quelques psychiatres défenseurs d'une psychopathologie clinique du sujet soulignent la richesse de certains cursus académiques de psychologie clinique en regard de la raréfaction de ces enseignements en psychiatrie, en particulier dans les filières « adultes » plus poreuses à l'impérialisme du modèle étiologique neurochimique. Dans ce contexte, on comprend aisément pour quoi les psychologues cliniciens considèrent comme scandaleux le récent décret<sup>3</sup> précisant la demande de 150 heures de formation de « psychopathologie

---

<sup>3</sup> Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

clinique » et de 2 mois de stage pour obtenir le titre de psychothérapeute alors que les psychiatres bénéficient d'une « dispense totale »... Et revoilà l'envie, la rivalité du côté des psychologues cliniciens !

Bref, force est donc de constater, combien ces motifs font quotidiennement et depuis longtemps leurs preuves comme supports fiables et pérennes pour des répétitions traumatiques individuelles, dyadiques et collectives dans le champ professionnel entre psychiatres et psychologues cliniciens. Elles sont inductrices des plus feutrées aux plus démesurées passions envieuses, maltraitances violentes et circularités sadomasochistes, commémoratrices des conflits d'hier et d'aujourd'hui dans les couples, les fratries, les familles et les générations...

Ce tableau se confirme dans toute entreprise et réseau humain. Mais dans le champ de la clinique ces répétitions prennent un tour particulier : elles rentrent, pour le meilleur (dans une réflexivité contre-transférentielle) et pour le pire (dans des contres-attitudes aveugles), en résonance avec la psychopathologie des sujets rencontrés et surdéterminent la nature et la trajectoire du projet thérapeutique individuel et institutionnel.

### **« C'est celui qui dit qui est »**

Et, justement, avant d'aller plus avant dans la généralité du débat, je voudrai en éclairer la teneur par quelques données singulières biographiques. En me permettant de me situer dans une logique clinique du cas singulier, je serai plus en cohérence avec mes convictions théorico-cliniques et, ainsi en mesure de livrer au lecteur quelques pistes sur les racines névrotiques de mon choix professionnel et de mes rapports générationnels avec la médecine.

De fait, dans une famille où père et frère aîné étaient médecins dans une région rurale où la sacralité médicale est moins souvent objet de dénégation, la première partie de ma vie s'est organisée autour de l'acquiescement du mandat générationnel médical et de sa rêverie shamanique toute puissante. L'adolescence a mis en crise ce canevas

identificatoire au profit d'autres scènes dont la qualité première était de mettre violemment à l'épreuve ces données initiales : je serai batteur de jazz ! *In extremis*, la découverte de la philosophie en terminale grâce à un enseignant exceptionnel sauva ce qui pouvait encore l'être de la légitimité d'une filière académique. Après le bac, je m'inscrivis donc à la Sorbonne en philosophie pour motiver le financement parental et je travaille les moulinets à la caisse claire dans l'école de percussions de Dante Agostini. Le hasard et la nécessité se chargent de la suite : à l'issue de la licence, l'alibi de couverture de la philosophie devient une véritable passion à plein temps et la psychanalyse montra le bout du nez de façon encore très intellectualisée à partir des cours de Sarah Koffman sur Spinoza et Freud. La rencontre sur les bancs de l'université avec celle qui deviendra ma femme est alors décisive, notamment à cet égard : elle est *concrètement* en analyse et, à partir de son témoignage vivant, je cherche et trouve un divan.

C'est donc à la névrose de transfert que je dois mon inscription à la faculté de psychologie : mon analyste était psychologue clinicien et universitaire. Ma nouvelle voie identificatoire s'esquissait !

Chemin faisant, le travail de la cure me permit d'explorer les fondations puis les avatars transférentiels actuels du mandat générationnel médical. Mon *origine* était bien la voie médicale et mon travail de subjectivation depuis la rébellion œdipienne de l'adolescence aboutissait, enfin et simultanément, à la défense d'une *originalité* : *je serai « moi non plus » dans la médecine, doublement comme psychanalyste laïque et psychologue clinicien.*

### **Les trois mousquetaires de la psychiatrie infantile et le psychologue clinicien**

Pour affronter les vertiges défensifs de l'intellectualisation et de la phobie des corps sexués au fondement de mon investissement philosophique, l'immersion clinique s'est révélée être le meilleur antidote. Bien après-coup, les souvenirs des premiers stages en psychiatrie infantile

n'ont rien perdu de leur émotion inaugurale. Face à l'énigme de l'autisme et des psychoses infantiles, la lecture de nombreux chapitres du *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (3) de Serge Lebovici, Michel Soulé et René Diatkine constitue à l'époque une boussole essentielle. Cette psychiatrie infantile pétrie de psychopathologie psychanalytique née dans les années d'après deuxième guerre mondiale a représenté pour moi un environnement contenant et structurant dans mon apprentissage de la psychologie clinique. Si le roman familial professionnel existe, j'étais alors le jeune d'Artagnan monté à Paris pour devenir mousquetaire et trouvant sur son chemin Athos, Porthos et Aramis. D'ailleurs, mes échanges avec le Serge Lebovici, Professeur récemment nommé à Bobigny à l'hôpital Avicenne et grand-père explorateurs des interactions parents/bébés, concrétisaient ce fantasme comme plus tard et jusqu'à aujourd'hui, le chemin partagé avec Michel Soulé autour de la clinique de la périnatalité.

Mais dans mes années d'étudiants en psychologie, c'est initialement deux autres professionnels qui m'ont donné *in vivo* les premières représentations de ce que pouvaient être un duo créatif entre un psychiatre d'enfant et un psychologue clinicien. Il s'agit de Roger Misés et Roger Perron à la fondation Vallée où je suivais des enseignements de psychopathologie de l'enfant. Leurs partitions croisées dans les enseignements et les articles qu'ils cosignaient à l'époque sur les très novatrices « dysharmonies évolutives », s'impose après-coup aujourd'hui comme un modèle identificatoire crucial dans mon parcours. Leur investissement partagé dans l'institution, leur commune référence à la psychanalyse pour penser un cadre institutionnel et ce que je percevais comme relevant d'une complémentarité humainement bien tempérée entre le psychiatre et le psychologue clinicien a laissé des traces fortes dans mon paysage psychique professionnel.

Mais quel sens prennent aujourd'hui ces réminiscences affectées dans le contexte de cet article ? Je le formulerai en le simplifiant en ces termes : pour un psychologue clinicien apprenti psychanalyste, il a été possible alors d'être accueilli comme un véritable *alter ego* dans la

communauté des mousquetaires de la psychiatrie infantile. C'est la virtualité des compétences en clinique, de l'appétence pour la recherche et de la curiosité partagée pour la psychopathologie psychanalytique qui légitimait ce territoire commun de créativité et de réciprocité.

Avec le recul, je formulerai ce point plus radicalement encore et le conjuguerai au présent : *plus le terrain clinique est pointu en psychiatrie infantile et plus la reconnaissance de ces passerelles entre psychiatres et psychologues cliniciens est forte* : ce que je viens de vivre ses deux dernière décennies autour de l'émergence de la clinique interdisciplinaire périnatale en témoigne sans ambiguïté (4) (7). Par exemple, s'il s'agit, de comprendre l'hyper complexité des singularités psycho(patho)logiques et des spécificités techniques du suivi de parents et de professionnels confrontés dans une maternité à l'annonce d'une malformation fœtale pendant la grossesse, psychiatres (de la psychiatrie de liaison) et psychologues (de la psychiatrie de liaison ou de l'équipe de maternité) sont cliniquement *a priori* logés à la même enseigne dans la communauté des psychopathologues de la périnatalité et, à l'évidence, les propositions pertinentes viennent également des deux sources et souvent de manière conjointe !

Certes, il serait naïf de croire qu'en ces lieux les sources de conflictualité et les représentations sociales contrastées évoquées plus haut ont magiquement disparues. Il n'en n'est rien. Mais, dans le meilleur des cas, la liberté d'expression des talents des uns et des autres leur permet de se déployer relativement à l'abri d'une logique précontrainte de l'appartenance médicale, de la hiérarchie, des montants des fiches de paye et des remboursements par la sécurité sociale. Il faudrait avoir recours au déni pour considérer ces d'éléments comme sans influence, mais je défends ici l'idée qu'ils peuvent l'être *a minima* et donc compatible avec une ambivalence authentiquement civilisée entre psychiatres et psychologues partageant la complexité de projets thérapeutiques et de recherches cliniques.



Mon opinion est-elle celle d'un veinard ayant pu calibrer ses repères relationnels entre psychiatres et psychologues avec successivement Serge Lebovici, Monique Bydlowski, Michel Soulé, Bernard Golse ? Sans doute, mais l'essentiel n'est pas là. Ce qui a permis à nos échanges de conquérir l'ambivalence grâce et au delà des répétitions œdipiennes face à la suprématie symbolique et administrative du psychiatre, c'est la passion partagée au minimum pour la clinique et *a fortiori* pour la recherche clinique.

Sans en avoir une expérience directe mais à travers des supervisions et des témoignages de collègues, je me risquerai à dire que cet équilibre « suffisamment bon » trouvé dans de nombreux services de psychiatrie infantile entre psychiatres et psychologues autour des compétences partagées pour la clinique du transfert et du contre-transfert se vérifient moins souvent dans les services de psychiatrie adulte où le monopole de la prescription pèse lourd en ces temps de psychiatrie biologique ambitieuse. Mais des témoignages directs seraient là plus opportuns que mes conjectures projectives.

### **Externat/Internat en médecine et reprises de stages en psychologie clinique**

Après cet éclairage personnel, revenons aux généralités par la grande porte avec la formation et, plus précisément, avec les contenus contrastés des études médicales et psychologiques.

Pour une communication dans un congrès, j'ai élaboré avec le psychiatre bruxellois Luc Roegiers une comparaison des qualités et des défauts des études de médecine et des études de psychologie clinique pour faire face aux enjeux relationnels, affectifs et fantasmatiques de la clinique périnatale (5). Certes le contexte de cet examen est très spécifique mais les éléments mis en relief n'en sont pas moins génériques.

Pour résumer l'essentiel, les études de médecine nous semblaient offrir majoritairement à travers l'externat puis l'internat la grande richesse d'une véritable immersion dans la diversité des rencontres cliniques et la

concrétude de la confrontation des corps. Revers de la médaille, l'absence de possibilités de reprise clinique après-coup de ces épreuves initiatiques potentiellement traumatiques, offrait à nos yeux des conditions de formations « darwiniennes » plus propices à l'édification d'une enceinte de mécanismes de défense scientifiques à l'égard de l'altérité des patients qu'aux conditions d'apprivoisement souhaitables d'une empathie bien tempérée à leur égard.

Pour les études de psychologie clinique, vertus et vertiges se conjugaient selon nous sur un mode renversée : sans sous estimer les exceptions qui confirment la règle, les conditions d'immersion dans la clinique avec les stages sont majoritairement moins satisfaisantes et favorisent trop souvent l'intellectualisation et le clivage psyché/soma dans la relation thérapeutique. *A contrario*, la défense opiniâtre des responsables de filières de psychologie clinique de nombreuses heures de « reprises cliniques »<sup>4</sup> (deux heures hebdomadaire le plus souvent en master) offre un espace de réflexivité à la mesure des enjeux inhérents à la complexité intersubjective de la relation soignés/soignants.

Ce double tableau prend une acuité particulière dans la discussion de l'histoire et de l'avenir des relations entre psychiatres et psychologues. En effet, le parcours académique des premiers souffre souvent d'un manque de réflexivité alors que celui des seconds manque d'une immersion clinique souvent incomplète. Les apprentis psychiatres bénéficient d'une forte confrontation clinique et les apprentis psychologues cliniciens profitent d'une bonne mise en sens après-coup de leur expérience.

*Les richesses des uns correspondent aux carences des autres.*

Si les conditions sont suffisamment bonnes pour que l'envie soit dépassée et la suprématie du psychiatre contenue dans une ambivalence

---

<sup>4</sup> Par facilité, souvent nommée « supervision », ce qui masque la singularité de ce travail par rapport aux supervisions individuelles et collectives proposées dans les instituts de formation de psychothérapies et psychanalyse.

non iatrogène, il y a dans ce contraste *la promesse d'une complémentarité sur le terrain*. À cet égard, il y a des raisons d'espérer à constater le cursus de jeunes étudiants en médecine qui ont traversé de nombreuses spécialités médicales au contact de psychologues en poste et stagiaires. Quand ils deviennent psychiatres, leur commerce avec les psychologues n'est pas neuf et l'attraction réciproque en faveur d'interfaces créatives possiblement déjà à l'œuvre.

Mais dans une vision plus ambitieuse de l'avenir des psychiatres et des psychologues cliniciens, une réforme en profondeur des cursus académiques s'impose pour améliorer la réflexivité des médecins et la qualité des stages des psychologues. Sur cette base, leurs chemins gagneraient à se croiser ensuite dans un territoire commun, celui de l'initiation à la psychopathologie et à la psychothérapie que je vais défendre *in fine*.

### **Vers un territoire commun d'apprentissage et d'élaboration des traitements psychiques**

Pour clore ce survol en s'ouvrant sur l'avenir, il est temps en effet maintenant d'aller vers... l'essentiel. Je souhaite convoquer ici la question des traitements psychiques, de leur apprentissage, de leurs pratiques et de leur évaluation critique. En abordant ce point, je ne refuse pas la question de savoir qu'est-ce qui empêche en France qu'un psychologue clinicien dirige un service ou une institution. Non, je défends une hypothèse : la conquête d'une égalité constructive de statut entre psychiatres et psychologues cliniciens est possible et elle se jouera beaucoup plus à moyens termes sur le terrain de la compétence en matière des psychothérapies qu'à l'occasion d'échauffourées de prestance sans effet sociétal et organisationnel si ce n'est celui de fétichiser et chroniciser une dialectique sadomasochiste entre psychiatres et psychologues que les pouvoirs publics instrumentalisent avec talent.

Encore une fois, l'actualité du statut des psychothérapeutes impose ce débat. Et ce n'est pas la moindre des vertus de cette polémique que de

faire apparaître un constat que je formule ici sans ambages : au fond, psychiatres et psychologues frais émoulus des écoles, ont tout autant besoin de se former à la pratique de la clinique du transfert. Les uns comme les autres, débutants, sont à cet égard également balbutiants. Certes, comme je le défendais précédemment, les psychologues cliniciens contrairement à beaucoup de jeunes psychiatres ont suivi un cursus de « psychopathologie clinique » conséquent mais, ce serait défendre une chimère que d'affirmer qu'ils sont pour autant raisonnablement formés à l'exercice de la psychothérapie psychanalytique.

C'est donc bien dans cette communauté de la *détresse* face l'exercice des psychothérapies des jeunes diplômés psychiatres et psychologues que se situe la clef du dynamisme d'une énergie fédératrice en faveur d'un projet de formation conjointe, à la fois respectueuse des différences de chacune des filières et soucieuse d'une éthique théorico-clinique commune de la rencontre du sujet.

J'ai questionné ailleurs (6) la chronologie de la formation à la psychothérapie et à la psychanalyse : « Concrètement, doit-on, d'abord, devenir psychanalyste (connaissant le « cœur » de la psychanalyse, la clinique des névroses) puis, secondairement, s'engager dans des aménagements imposés par des cadres autres que la cure-type? Est-il plutôt recommandé de s'investir simultanément dans un processus de formation à la cure-type et aux aménagements du cadre des psychothérapies psychanalytiques ? Et que penser de ceux, nombreux (étudiants, jeunes praticiens en psychiatrie, psychologie), qui ont une pratique intensive de psychothérapeute, parfois avec des cas difficiles que l'on réserve souvent aux derniers arrivés, et qui, soit sont encore en analyse, soit ont déjà démarré un cursus de formation d'analyste ? » (6).

C'est précisément à ces derniers que je pense maintenant en plaidant fermement pour une alliance entre psychiatres et psychologues cliniciens au profit de l'élaboration conjointe de formations ambitieuses à la psychothérapie psychanalytique. Et, disons le tout net, je ne crois pas que la mise en œuvre de telles formations à la psychothérapie videront les

instituts de formation de psychanalyse mais, tout au contraire, en garantiront la permanence et surtout la qualité des inscriptions.

Finalement, au delà des réels passifs entre psychiatres et psychologues, c'est bien *dans la détresse vécue des impétrants des deux corporations face à la souffrance d'autrui*, que l'avenir pourra se construire le plus possible à l'abri des inépuisables répétitions. La formation, la pratique, l'élaboration et la recherche clinique dans l'art des traitements psychiques constitue le meilleur territoire commun entre psychiatres et psychologues cliniciens pour affronter ensemble l'avenir dans une ambivalence bien tempérée.

### Références bibliographiques

- (1) ANZIEU D., (1979). « La psychanalyse au service de la psychologie ». In *Nouvelle revue de psychanalyse*, Regards sur la psychanalyse en France, 20, automne 1979, 59-75.
- (2) FREUD S., (1927). *L'Avenir d'une illusion*, trad.fr. Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1995.
- (3) LBOVICI, S. ; DIATKINE, R. ; SOULÉ, M. (1985). *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- (4) MISSONNIER, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse : Érès et Missonnier, S. (2009).
- (5) MISSONNIER, S., ROEGIERS L., (2006). De la formation de base à la clinique de la naissance. *Cahiers de l'AFREE*, n°20, juin 2006, 131-147.
- (6) MISSONNIER, S. (2008). Psychanalyse et Psychothérapie. Étude comparative et critique. In D. Widlöcher (Ed), *Psychanalyse et psychothérapie*. Toulouse : Érès.
- (7) MISSONNIER, S. (2009). *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*. Paris : PUF.

***Je t'aime... moi non plus. Amour, haine et ambivalence entre psychiatres et psychologues :*** Psychiatres et psychologues cliniciens valent hésitent entre amour et haine. Cette passion se nourrit, collectivement, de la domination symbolique de la médecine des psychiatres sur les sciences humaines des psychologues cliniciens et, individuellement, des répétitions traumatiques des uns et des autres confrontés à la souffrance psychique.

Néanmoins, le fatalisme n'est pas de mise. La connivence pour une psychopathologie psychanalytique vivante et ouverte refusant les idéaux théologiques et scientistes de la gestion de la « santé mentale » est une source potentielle de créativité partagée. Des expériences locales en psychiatrie infantile démontrent d'ailleurs qu'une ambivalence

« suffisamment bonne » peut-être co-construite et préservée dans la clinique et la recherche. Le chantier actuel de la formation aux psychothérapies psychanalytiques représente en ce sens une interface cruciale entre psychiatres et psychologues cliniciens.

**Mots-clefs :** psychologues cliniciens ; psychiatres ; psychopathologie psychanalytique ; formations ; psychothérapies.

***I love you ... me neither. Love, hate and ambivalence between psychiatrists and psychologists*** : Psychiatrists and clinical psychologists waltzing torn between love and hate. This is partly collectively symbolic domination of medicine psychiatrists in the humanities and clinical psychologists, individually, traumatic repetition of each others face mental suffering.

However, fatalism is not appropriate. Collusion for a lively and open psychoanalytic psychopathology refusing theological ideals and scientists managing the "mental health" is a potential source of shared creativity. Local experience in child psychiatry also show a ambivalence "good enough" may be co-constructed and maintained in clinical and researchs. The current site training for psychoanalytic psychotherapy in this sense represents a critical interface between psychiatrists and clinical psychologists.

**Key words:** clinical psychologists, psychiatrists, psychopathology psychoanalytic training; psychotherapies.

***Te quiero... yo tampoco. El amor, el odio y la ambivalencia entre los psiquiatras y psicólogos*** : Los psiquiatras y psicólogos clínicos vals debate entre el amor y el odio. Esto es en parte simbólica de la dominación colectiva psiquiatras medicina en las humanidades y los psicólogos clínicos, en forma individual, la repetición traumática de los demás ante el sufrimiento mental.

Sin embargo, el fatalismo no es apropiado. La colusión de una psicopatología psicoanalítica vivo y abierto negarse ideales teológicos y científicos de la gestión de la "salud mental" es una fuente potencial de creatividad compartida. Experiencia local en psiquiatría infantil también muestran una ambivalencia "suficientemente bueno" puede ser co-construido y mantenido en la práctica clínica y la investigación. La formación del sitio actual de la psicoterapia psicoanalítica, en este sentido representa una interfaz de críticas entre los psiquiatras y psicólogos clínicos.

**Palabras clave:** psicólogos clínicos, psiquiatras, la formación psicopatología psicoanalítica; psicoterapias.

**MISSONNIER Sylvain**

Psychologue clinicien. Psychanalyste de la SPP. Professeur de psychologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à Paris Descartes. Laboratoire LPCP. [www.rap5.org](http://www.rap5.org)

8 avenue JB Clément  
92100 Boulogne France  
[syl@carnetpsy.com](mailto:syl@carnetpsy.com)