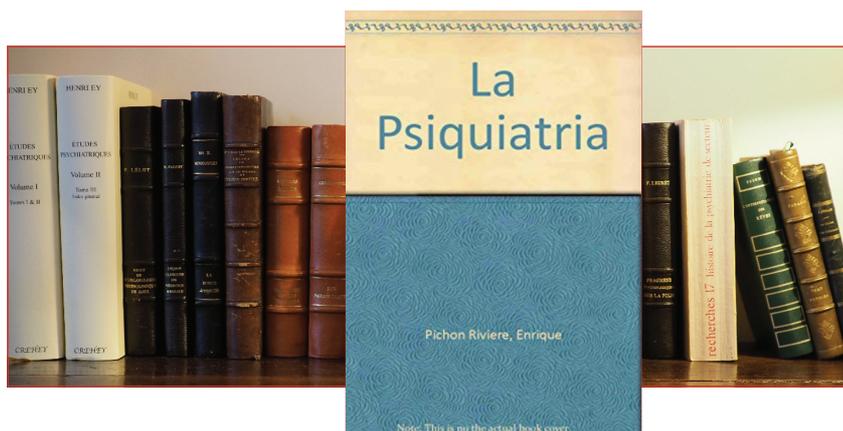


Bibliothèque du psychiatre



■ Enrique Pichon-Rivière
La psychiatrie, une nouvelle problématique. De la psychanalyse à la psychologie sociale

La psiquiatria, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social

Buenos Aires : Nueva Visión, 1999 (9^e réédition)/1983

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) est une figure emblématique de la psychiatrie et de la psychanalyse argentines. Psychiatre, il a œuvré toute sa vie professionnelle pour la désaliénation du sujet malade en empruntant utilement de toutes les notions dynamiques de son époque leur principale force transformatrice. Psychanalyste, fondateur à Buenos Aires (en 1942) de la première société psychanalytique latino-américaine, il a su synthétiser les idées freudiennes avec les nouvelles conceptions mondiales du tournant des années 50. Psychiatre-psychanalyste, il a

originellement réuni dans la clinique comme dans les débats scientifiques les effets indéniables des deux réalités, l'interne et l'externe ou, mieux nommées, la réalité psychique inconsciente et la réalité sociale, dans un seul objectif irremplaçable, celui d'inscrire les processus pathogéniques les plus étrangers aussi bien que ceux – non moins étrangers ! – qui permettent le développement, dans la très haute complexité naturelle de la vie humaine moderne.

Rien d'étonnant donc à ce que des anthropologues, des sociologues et des éducateurs, voire des agents politiques, se soient aisément retrouvés dans la lecture de ses écrits ou dans les propos de ses généreuses communications suffisamment médiatisées de son vivant. Enrique Pichon-Rivière était un homme indiscutablement de son temps. Et « son temps » a couvert trois décennies de particulière effervescence novatrice, allant de l'immédiat après-guerre à la fin des années 70. De cette inscription historique de la pensée, il en faisait une valeur éthique pour lui comme

pour son enseignement théorico-clinique.

Mais, spécialisé dans la psychose, comme beaucoup d'éminents cliniciens de son époque (son épouse Arminda Abéastury, pionnière de l'approche psychanalytique des enfants autistes ; Herbert Rosenfeld, Harry Stack Sullivan ; Frieda Fromm-Reichmann, Jacques Lacan, etc.), son intérêt de conviction pour les phénomènes de groupe ne l'a pas empêché d'interroger de manière tout aussi convaincante l'origine (le fondement) de ce qui viendra faire la différence chez un individu donné, de ce qui inaugurerait chez ce dernier la bascule irréversible vers l'utilisation prévalente de mécanismes de défense pathologiques si graves face au traumatisme de naître, de devoir vivre et d'exister. Ainsi, sans abandonner le principe de polycausalité et de surdéterminisme, a-t-il conçu la notion – processuelle plus qu'étiologique – de « maladie unique ». Nous y reviendrons.

La psychiatrie, une nouvelle problématique

Le recueil d'articles dont il est question ici constitue un ouvrage incontournable (en deux tomes) dans la formation du psychiatre d'Amérique latine et, pour beaucoup de collègues français, un livre familier de leur culture psychiatrique matérialisé souvent sous forme de volume accessible de leur bibliothèque aussi bien que comme sujet de conversation et d'échange lorsqu'il s'agit d'aborder l'impact dans le monde des idées de la psychiatrie française dite classique – psychopathologique, subjective et libertaire (depuis Pinel jusqu'à Ey en passant par, notamment, Philippe Chaslin – voir à son sujet la notice écrite pour cette même rubrique par H. Cassarotti sur les Folies discordantes) et son interprétation et renouvellement en

Rubrique coordonnée par Eduardo Mahieu

particulier sur le continent sud-américain.

Ce recueil d'articles montre l'ouverture d'esprit de Pichon-Rivière, que sa responsabilité scientifique ancre et noue toujours dans la concrétude d'une pratique clinique dont la dureté ne cesse jamais d'être parfaitement reconnue. Cette ouverture d'esprit, non-éliminationniste plutôt qu'éclectique, tient en bonne partie à son histoire personnelle et familiale d'expatriation. Parce qu'issue d'une famille française installée à l'intérieur de l'Argentine avant de résider dans le cosmopolitisme de sa capitale, il lui fut possible – avec une extra-territorialité certaine – de relier les trois principaux courants de pensée de la révolution scientifique des années 50 de la psychopathologie freudienne en ce qui concerne l'approche thérapeutique de la psychose : la théorisation « américaine » – gestaltique et sociale- ; la modélisation kleinienne instrumentalisant dans la relation d'objet une pratique efficace et, enfin, la percée lacanienne, seulement accessible à l'époque aux francophones, qui venait rendre intelligents et non dupes, ces efforts par ailleurs bien nécessaires.

De ce recueil nous retiendrons deux articles qui sont les seuls que le lecteur intéressé pourra retrouver *in extenso* en langue française¹, la langue maternelle d'Enrique Pichon-Rivière. Le premier article, « Névrose et psychose : une théorie de la maladie », traite essentiellement de sa conception de maladie unique et fut traduit et publié dans un ouvrage dirigé par Eduardo Mahieu et par moi-même [1]. Le deuxième article, « Quelques observations sur le transfert chez des patients psychotiques », fut sa communication

faite à Paris en novembre 1951 à l'occasion de la XIV^e Conférence des psychanalystes de langue française (CPLF) et l'objet d'une publication dans la *Revue française de psychanalyse*, numéro historique où l'on retrouve également le texte « Interventions sur le transfert » de Jacques Lacan et « Le problème du transfert » de Daniel Lagache.

Névrose et psychose : une théorie de la maladie

Les « comportements » (ou « conduites »)², normaux ou pathologiques, sont structurés par leur signification relative, subjective et sociale reliant le monde interne et externe, d'une manière adéquate ou pas, opérante ou pas, toujours pris dialectiquement dans une paire signifiante (activité-passivité, par exemple).

La « conduite » est structurée comme un système.

En ce qui concerne plus directement la psychiatrie, les paires dialectiques se voient élargies par une autre paire conceptuelle : santé-maladie. La « conduite » observée aura, à sa base, cette double inscription. Sa signification sera aussi bien au service de la pathologie que de sa tentative d'expression et

de résolution d'une conflictualité. Dans les deux cas, la « conduite » témoigne d'une (certaine) perception de la réalité et des circuits « sains » d'adaptation.

La « conduite » est toujours contextuelle, situationnelle. Elle n'est jamais « universelle » ; prise dans un « présent », elle est emmaillée dans un réseau génétique (passé) et évolutif (futur).

Certes, il existe des risques que la conduite devienne rigide, trop passive, stéréotypée, ayant perdu ses liens (« *vínculos* ») avec les circuits (intra-systémiques et inter-systémiques) qui ont servi à la structurer. Il s'agira dans ces cas-là de la revitaliser, de la réinscrire dans la conflictualité.

Ainsi, dans les situations cliniques les plus favorables, une chance nouvelle est-elle donnée pour que la conflictualité actualisée poursuive des chemins élaboratifs, de résolution, en évitant le recours régressif et répétitif de la fixation pathoplastique. Cette dernière ayant été responsable du déclenchement et du maintien de l'état morbide avec l'évitement défensif de l'angoisse suscitée par le vécu de perte ou de frustration.

Mais, bien évidemment, cette fixation « dispositionnelle » plutôt que génétique (en cela que la constitution biologique s'est façonnée phénotypiquement depuis la vie intra-utérine dans sa rencontre avec le « milieu » et plus tard par l'action des mécanismes défensifs) ne produit la maladie que lorsqu'il y a rencontre entre le système archaïque et le conflit actuel. La « disposition » est de nature psychobiologique et la causalité est dans la complémentarité des facteurs intervenants. En cela, il est erroné d'affirmer que la psychiatrie dynamique et psychanalytique soutient uniquement la psychogenèse des névroses et des psychoses. L'antithèse entre exogène et endogène est donc stérile.

Si la « conduite » est un phénomène expressif, elle ne le sera que suivant des modalités représenta-

² Le terme « conduite » porte à confusion. Très souvent associé au comportement dans le sens *behavioriste* (on dit bien « thérapies comportementales »), son utilisation par des psychanalystes renvoie à une position « psychologisante » de l'écoute de l'inconscient propre au mouvement des psychanalystes du moi (*Ego-Psychology*). Ici, en revanche, le terme est associé à l'étude de la structure de l'inconscient d'un individu (ou d'un groupe) en tant qu'émergent concret (observable ?) dans sa rencontre conflictuelle avec le principe de réalité. Daniel Lagache présente cette approche en 1948 et la soutiendra toute sa vie. Son inspiration est double : le matérialisme de Politzer, d'un côté ; la nature du phantasme inconscient (« l'autre scène » de l'action, de la conduite) selon l'école kleinienne, de l'autre. Cette approche fera parfaitement pontage dans les échanges scientifiques reliant Londres-Paris et Buenos Aires pendant trois décennies. À Buenos Aires, outre Pichon-Rivière, José Bleger sera le psychanalyste le plus éminent à s'inscrire dans ce développement de pensée et de pratique. Voir Dagfal [2].

¹ Ailleurs, René Kaës ainsi que Danièle et Patrick Faugeras ont beaucoup œuvré pour faire connaître les idées d'EPR. Dans la collection « La Maison Jaune », chez Èrès, ils ont publié deux volumes sur la théorie du lien (« *vínculo* ») et les processus de création et dans les groupes.

tives, elles, bien différentes selon les « aires » d'expression, à savoir, l'esprit, le corps et le monde extérieur. Trois aires, trois langages. S'il est certain que l'interjeu des liens introjectifs et projectifs entre ces aires structurent la « conduite », les modalités « traductives » seront différentes selon qu'il s'agisse de la pensée, du corps ou des comportements relationnels avec les personnes de l'entourage familial et social. La complexité clinique vient du fait que les trois aires seront compromises à des degrés différents par la « conduite » et, dans le cas des psychoses schizophréniques, par la contrainte de les maintenir dissociées, les unes par rapport aux autres et, parfois, à l'intérieur de chaque « aire » d'expression.

À cette dissociation, Pichon-Rivière, la nomme « divalence » plutôt qu'ambivalence ou discordance. Par cette dénomination, il souhaite appuyer l'idée que la dissociation ne cherche pas seulement à expulser le « mauvais » et à ne garder que le « bon » ; mais que les efforts adaptatifs (pathologiques et virtuellement « sains ») visent à maintenir l'expression de ces deux « valences » de la conduite. À titre d'exemple, l'expulsion dans le monde extérieur de l'objet « mauvais » entraînera chez un sujet une conduite de fuite (d'évitement) en même temps que la présence du « mauvais » réussira à engendrer en lui une forte angoisse claustrophobique. Par la projection et la mise en acte, la conduite de l'individu deviendra ainsi « divalente » sur une même « aire ». Le schizophrène, lui, diffractera le « bon » et le « mauvais », par exemple, sur des aires différentes : l'esprit et le monde des idées sera favorablement investi et la réalité extérieure jugée extrêmement dangereuse.

Autrement dit, les fixations pathoplastiques sont, pour Pichon-Rivière, des mécanismes adaptatifs, des défenses face à une position initiale de perte, de dépression, de privation. État de détresse initiale et inévitable dans les suites de sa

venue au monde et des premiers temps de survivance. En cela, la thèse pichonienne (probablement sous influence du grand nosographe W. Griesinger – qu'il lisait en français [3] – et des travaux de R. Fairbairn)³ semble inverser la séquence développementale typique « position schizo-paranoïde-position dépressive » signalée par Melanie Klein. Cependant, avec Salomon Resnik⁴ – son disciple –, on peut mesurer qu'il ne s'agit pas des mêmes « dépressions » de base. Celle de Pichon est un effondrement existentiel catastrophique, un vécu de chaos interne, puissamment anxiogène dont l'individu se défendra suivant différentes modalités pathoplastiques, comme on l'a vu. La « dépression » kleinienne, elle, semble être un peu plus « évoluée » et engager l'échec de la toute-puissance psychique dans le rapport de l'individu à la réalité et donc à la frustration. En fait, la séquence développementale serait « dépression/schizo-paranoïa/dépression », ce qui a des implications théorico-cliniques tout à fait passionnantes et profitables sur le plan de la thérapeutique. Le maniement des angoisses s'inscrira dans un processus continu régrédient et progrédient, voire rétro-progrédient, permis par un accompagnement clinique et thérapeutique qui soit sensible à ces différentes qualités de la « conduite » pouvant se répéter mais n'étant jamais la même.

Ce point de vue amène à l'énonciation de quelques principes :

- 1/ Principe de polycausalité
- 2/ Principe de pluralité phénoménique
- 3/ Principe de continuité génétique et fonctionnelle
- 4/ Principe de mobilité des structures

Ces principes recouvrent encore davantage d'intérêt pour l'obser-

³ Fairbairn R. *Études psychanalytiques de la personnalité*. Paris : éditions In Press, 2001.

⁴ S. Resnik Conversation avec Enriqué Pichon-Rivière (Cf note 1)

vation clinique et l'approche thérapeutique à les considérer dynamiquement dans leur ensemble.

Quelques observations sur le transfert chez des patientes psychotiques

En étroit lien avec l'écrit qui vient d'être présenté (même s'il y a un écart de presque vingt ans entre les deux), dans cet article, Pichon-Rivière défend sans ambages l'idée de l'existence d'un transfert chez les patients psychotiques, notamment schizophrènes, et la possibilité de les soigner en prenant appui sur celui-ci. Cette idée, comme on le sait, constitue un développement post-freudien éveillant encore de nos jours des avis controversés.

Pichon-Rivière, fort de son expérience dans des suivis individuels et en institution, s'évertue, ici encore, à lever des confusions, des malentendus, à propos de ce que l'on peut nommer transfert dans ce type de pathologie. Car le transfert, dans de tels cas, n'organiserait pas sa dynamique unificatrice autour de l'amour œdipien et de ses revendications infantiles ; bien au contraire, il puiserait ses formes, multiples, à partir des liens autistiques, narcissiques, archaïques et traumatiques, inscrits surtout dans le négativisme pulsionnel et la destructivité. Mais ce n'est pas parce que la présentation aura une nature et une fonction bien différentes qu'il n'y aura pas de transfert de la réalité psychique sur la scène actualisée de la consultation. On voit bien à l'œuvre ici le caractère instrumental et opérationnel de la notion de maladie unique et que celle-ci porte bien plus sur un processus pathogénique et sur des mécanismes dynamiques identifiables car « projetés » dans des « aires » observables (le corps et la scène inter-relationnelle). En effet, ôtons tout doute, la notion de « maladie unique » avec son expression transférentielle n'est pas une tentative grossière de réunir « idéologiquement » sous un modèle

global la multiplicité des tableaux cliniques. Hélas, cette attitude est plus répandue dans les pratiques qu'on ne le dit dans la théorie. Ce n'est pas non plus la démarche qui renouerait avec la réflexion académique classique, elle bien fine et précise, du nosologue pris par la recherche du « noyau central » et des signes ou formes « secondaires ». La « maladie unique » n'est pas non plus un terme générique comme le fut « manie » à l'aube de la psychiatrie ni comme l'est toujours celui de « folie ». Pourtant, le concept de Pichon-Rivière, est pris dans toute cette trame de logiques croisées. Et ses « quelques observations sur le transfert » aussi !

Nous devons donc accepter de penser le transfert chez les patients psychotiques comme étant à la fois unique (à l'instar de la maladie) – UN transfert, LE transfert – et multiple dans son expression « situationnelle ».

La multiplicité du transfert psychotique tient aux modalités de lien à l'objet mental, à la force projective et introjective (donc très agie !) de ces liens fantasmés, à la « divalence » intentionnelle aussi bien propositionnelle qu'affective, à la continuité génétique des « positions » psychiques liées au développement, à des moments profondément régressifs (nécessaires) et, *last but not least*, à la justesse ou non des interventions du psychiatre-thérapeute ! Avant la grande ère du contre-transfert⁵, Pichon-Rivière évoque dans ce travail l'importance de considérer certaines réactions du patient comme pouvant être articulées à l'incompréhension, à la résistance ou au trop haut niveau d'angoisse chez le médecin. Il appelle cela « dépression iatrogène » car c'est pour le patient un vécu de « frustration », de « perte » (perte de l'espoir ?). Il est à noter

que cet iatrogénisme ne susciterait pas de réactions hostiles ou destructrices ; mais de véritables « dépressions » qui sont d'une nature différente à la dépression de base (chaos). Croit-il que la destructivité, l'agressivité, ne sont pas une « rupture » dans le transfert comme l'apparition de cette « dépression » le montrerait ? En tout état de cause, la transfert négatif, selon ses recommandations, est à accueillir et à être interprété comme une expression de la relation réelle et, somme toute, positive. Interprété, non dans ses « contenus » fantasmatiques mais dans l'intention et dans la fonctionnalité virtuellement « saines » du transfert négatif car adapté aux impacts émotionnels subjectifs de la scène vécue.

Il en ressort une autre « observation » fondamentale de l'approche pichonienne : la composante réaliste du transfert chez les patients psychotiques. Si le transfert est l'expression « agie » (dramatisée) d'un fantasme inconscient dans une scène de l'« ici et maintenant », ce transfert n'est « réussi » (pas forcément adéquat) que dans la mesure où la dimension réaliste de la situation présente est, peu ou prou, perçue. La psychose n'entraîne pas une perte totale de contact avec la réalité. Pour Pichon-Rivière, la réalité est suffisamment perçue par la « conscience » du patient pour enclencher des mécanismes d'annulation ou de déformation (de déni, essentiellement).

D'ailleurs, le fantasme ainsi « présentifié » par la dramatisation transférentielle est le représentant de l'autre « réalité » : la réalité psychique. L'entrée en contact par le patient avec cette *réalité* psychique, grâce au transfert et à son maniement par l'interprétation du thérapeute, favorise le travail de la conscience en faveur de la reconnaissance sinon de la réalité, du *principe de réalité* (Freud, 1911).

Si bien que l'interprétation de l'analyste se doit de contempler d'un côté la fantaisie et de l'autre sa saisie « réaliste » par le tra-

vail de conscience sur la réalité contextuelle. À l'inverse de la prédominance accordée au contenu phantasmatique lors de l'interprétation chez le névrosé ; chez le patient psychotique, le « contenant » réaliste du transfert sera mis en exergue.

La phantasie inconsciente ne s'oppose pas à la réalité, pas plus que la réalité factuelle ne s'oppose pas à la réalité psychique. Le contraire. Pichon-Rivière adhère pleinement à la célèbre thèse de Susan Isaacs (représentante de l'école kleinienne lors des célèbres débats de controverses de 1941) : la phantasie inconsciente est intimement articulée à la réalité perceptuelle et participe favorablement ainsi à sa saisie. L'objectif est de démontrer combien ces deux « domaines psychologiques » sont tributaires l'un de l'autre et partagent les mêmes processus mentaux pour structurer les actions. Les deux réalités, dans le psychisme normal ou pathologique, tissent un tissu commun d'une trame extrêmement intriquée et bien serrée.

Est-ce que c'est ce raisonnement-là qui l'amène, du moins dans ce travail de 1951, à ne pas trop s'attarder sur la dimension hautement hallucinatoire du transfert psychotique ? Comme si, dans sa dialectique freudo-kleinienne enrichie par la prise en compte du champ intersubjectif, le *dedans* et le *dehors* de l'espace mental estompent à dessein leurs limites. En effet, la réalisation hallucinatoire du désir lors de son expression transférentielle ne paraît pas susciter chez Pichon-Rivière des distinctions patentes pour la névrose et pour la psychose, pour le « normal » et pour le pathologique. Rêve chez l'un, rêve-agi chez l'autre, mais rêve quand même ? L'interprétation avec son travail « démêlant », comme on l'a vu, ferait à elle seule la différence.

Pourtant, sur le plan de l'émotion et de l'adhésion émotionnelle il est largement admis que le *quantum* est bien plus débordant chez les patients psychotiques, en particu-

⁵ Les écrits *princeps* de Paula Heimann (On contretransfert) et de l'Argentin Heinrich Racker (La névrose de contre-transfert) furent publiés à Londres en 1949 et à Buenos Aires en 1951, respectivement.

lier chez ceux soumis au traitement par le maniement du transfert. Pour Pichon-Rivière, cela est aussi une vérité clinique. Mais il semble y voir une modalité expressive bien caractéristique du phantasme (plus sensoriel/affectif qu'articulé au langage) dont il faudrait aussi tirer le meilleur profit. Il peut ainsi écrire que le transfert dans la psychose et son maniement-traduction favorise la transformation « de quantité en qualité » du matériel psychique, moins par l'éclairage apporté par une sémantisation donnée que par le fait de le considérer comme possédant toujours une promesse de signification et une efficacité communicative et liante, (re)liant un passé et un futur dans la réalité du présent. L'accent n'est plus mis sur le sujet ou l'objet de l'action ; mais sur le regard de ce qui, dans le

lien, est vectorisé, (re)construisant des formes et des figures pensables.

Cet article fut écrit d'une manière telle que chaque paragraphe propose des recommandations techniques suivies de leur fondement théorique. Certains paragraphes sont même numérotés et quelques recommandations constituent des listes. Il est donc difficile d'en rendre compte sans oublier des pièces importantes. L'article précédent n'est pas moins complexe dans sa rédaction et son style.

Le lecteur est vivement invité à aller les découvrir par lui-même. Il saura en apprécier l'immense richesse mais surtout, je l'espère, la « vérité » du propos enraciné dans une pratique engagée constamment mise à l'épreuve par un esprit critique d'ouverture et de recherche.

Martin Reça, juillet 2019
mreca@orange.fr

Liens d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

~ Références

1. Mahieu E. et Reça M (dir.) *Enrique Pichon-Rivière, une figure marquante de la psychanalyse argentine*. Paris : L'Harmattan, 2006.
2. Dagfal A. *Psychanalyse et psychologie*. Paris : éditions Campagne Première, 2011.
3. Griesinger W. *Traité des maladies mentales*. Paris : Delachaye, 1825.



Collection Méthodo

- Septembre 2016
- 16 x 24 cm / 208 pages
- ISBN : 978-2-7040-1471-2

Les essentiels de la recherche bibliographique en santé

Chercher • Organiser • Publier

S'adressant à tous les acteurs de santé, cet ouvrage leur apprend à :

- conduire une recherche documentaire pertinente,
- sélectionner les documents utiles,
- gérer une veille bibliographique,
- connaître les règles de la rédaction bibliographique.

● Evelyne Mouillet
Bibliothécaire, chargée d'enseignement / Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Université de Bordeaux

doin

John Libbey
EUROTEXT

Ouvrage disponible sur www.jle.com

MÉTHODO



- points importants à retenir
- recommandations de lecture
- exemples illustrés
- 28 exercices avec corrigés de mise en pratique pour s'entraîner et s'auto-évaluer
- glossaire anglais/français rassemblant les termes spécifiques les plus fréquemment rencontrés

