

APERCU ANTHROPOLOGIQUE SUR L'EVOLUTION DES CONCEPTIONS PSYCHIATRIQUES DE L'ANGOISSE

Dr Thierry Trémine

I Méthode

Le point de vue de l'anthropologie médicale consiste à adopter un regard différent sur la pathologie présentée, mais aussi sur les théories, la manière de décrire et les thérapeutiques employées. Ce regard tient compte de l'organisation de l'univers psychique du sujet comme du thérapeute dans une dynamique culturelle donnée. Il s'intéresse notamment à l'efficacité symbolique des théories et aux **transactions de savoir** existant entre le patient et son thérapeute. Ces transactions peuvent aller jusqu'à de véritables **contrats**, où patients et thérapeutes se mettent d'accord sur une théorie de l'affection d'un côté, une manière d'être ou d'ordonner la pathologie de l'autre, selon des modalités de communication propres à une société donnée.

Dans une démarche secondaire, on s'intéressera donc aux théories de la communication et de l'Echange existant entre le monde de la psychiatrie et l'environnement socio-culturel. L'anthropologie médicale n'est pas un regard innocent, elle vise à apporter la possibilité d'un examen **décentré** notamment, et c'est ce qui nous intéressera ici, sur les théories qui circulent sur le symptôme, quelle qu'en soit la nature.

Dans l'examen de ces théories, l'anthropologie ne retient pas un critère de validité particulier, notamment scientifique, mais s'intéresse aux conditions d'existence et de succès éventuel, d'efficacité de la théorie elle-même. Elle considère aussi, après DEVEREUX, qu'un phénomène parfaitement expliqué par une théorie peut tout aussi bien l'être par une autre.

Cette hypothèse est importante, particulièrement ici, où les théories partent du pôle biopsychique pour essayer d'expliquer les manifestations psychiques (champ de la causalité dominant) ou du pôle langagier pour essayer de rejoindre le pôle biosomatique (champ de la compréhension dominant), sans pour autant devoir ni s'exclure, ni se rejoindre. En fait, elles se superposent.

L'examen comparatif de ces théories peut se faire de manière horizontale, en comparant dans un même temps les différentes hypothèses circulant selon les cultures, et d'une manière verticale, c'est-à-dire en comparant l'évolution historique de ces théories elles-mêmes. L'anthropologie médicale retrouve naturellement à la croisée des chemins l'ethnopsychiatrie et les lois générales constitutives de l'anthropologie sociale ; par exemple le fait très fréquent en psychiatrie que la description d'une affection ou d'un syndrome lorsqu'elle se généralise fait causalité pour le patient, en sélectionnant les faits à venir.

L'individu intériorise l'idéal du consensus (LAPLANTINE) dans une société donnée, à un temps donné. Le consensus est cependant de plus en plus mouvant et il obéit à des effets de mode, favorisé en cela par l'énorme croissance des moyens de communication, ce que l'on peut résumer par la formation de "scénarios scientifiques" du mal être, à disposition de chacun et validés ensuite par une prescription.

Dans ce contexte, la technologie ressortit plus au développement spécifique de l'information et de la construction du monde comme image (VATTIMO). C'est **dans ce mouvement même** que se situent certains ressorts de l'identité "ethnique" de l'individu occidental, y compris sa tendance à la mondialisation.

II Le cadre général de définition des pathologies.

On peut constater une évolution générale de la psychiatrie à travers des phénomènes qui l'englobent et qui intéressent l'ensemble de l'organisation socio-culturelle et des concepts qui lui sont particuliers.

On note par exemple aisément l'envahissement par des concepts médicalisés en réaction aux années 70 ; des axes symptomatiques sont extrêmement **attractifs** pour le patient et **surthéorisés**, comme l'anxiété et surtout la dépression. Il se constitue autour d'eux un appareillage théorique considérable, vivant et évolutif, accompagné d'enjeux économiques énormes.

Ces concepts correspondent à des stratégies médicamenteuses discriminantes et tautologiques : le médicament définit le symptôme et le symptôme définit l'efficacité du médicament. Il existe par ailleurs une montée générale de l'effet placebo et une grande similitude de l'efficacité des différentes drogues à travers les protocoles médicamenteux.

On relèvera aussi dans les théories psychiatriques le recours beaucoup plus important au **traumatisme**, à l'**événement** créateur de sens chez un individu qui, en général, dans une **civilisation du contrat**, doit créer son propre socle signifiant, dispose moins de structures culturelles conscientes ou inconscientes stables, doit faire appel à des mécanismes beaucoup plus idiosyncrasiques et doit pouvoir immédiatement saisir ce qui traîne dans l'ambiance et qui doit rester "à portée de main".

Dans ce sens, la science elle-même est devenue "idole de place publique" (DEVEREUX). Ces phénomènes sont contenus dans une évolution plus générale que l'on peut décrire comme monde du tout-communicant, où l'état d'avancement de la recherche est immédiatement disponible en temps réel, ce qui fait que tout patient se présente souvent comme un **sujet de recherche**. La thématique dominante de la recherche fournit une texture sociale symbolique et réorganise les dynamiques culturelles.

En fait, comme l'ont remarqué nombre d'auteurs, il ne s'agit pas uniquement de trouver une théorie suffisamment cohérente, mais d'être en tant que patient objet accompli de l'état de la recherche et de l'information. L'énorme extension des protocoles médicamenteux, la vulgarisation médiatique, les effets de mode dans les prescriptions et les compréhensions passagères du symptôme, l'existence de nosographies tenant compte avant la pratique clinique des nécessités de regroupement des symptomatologies selon des critères de recherche, **entretiennent un glissement entre objectifs de la recherche et objectifs de la pratique clinique**, qui sont pourtant fort différents au départ.

A. KRAUS a fait récemment de manière très complète le point sur les différences entre la démarche holistique de l'anthropologie phénoménologique et la démarche critériologique du D.S.M. IV, mais il faut aussi s'interroger sur le pourquoi du succès de la critériologie et ce à quoi elle correspond comme transaction de savoir avec le patient, lorsque la causalité efface la compréhension (et la psychopathologie) pour privilégier l'homme neuronal endogène, génétique et opératoire.

Dans ce mouvement, le patient n'est pas dans l'innocence, car il est amené dans la formation du contrat à passer par un critère de sélection puis à l'étendre au Moi, d'une manière analogue à ce que Freud décrit comme l'identification au symptôme et LACAN l'identification au trait.

Parallèlement, si l'on veut comprendre ce qui se passe du côté du praticien, il est nécessaire de revenir sur l'archéologie des savoirs, les modèles qui sont empruntés et les soubassements économiques. Par exemple, le modèle critériel en psychiatrie, qui a beaucoup apporté en physiopathologie, a une histoire et des attendus économiques précis.

III L'anxiété.

L'évolution des théories sur l'anxiété est extrêmement significative dans l'histoire de la psychiatrie puisqu'elle naît comme concept laïcisé dans le champ de la psychologie par Kierkegaard à partir d'une conception théologique (le Dogme Chrétien).

Elle emprunte le "chemin de l'intérieur" de la deuxième partie du XIXème siècle et se voit individualisée dans le champ des névroses actuelles par FREUD, pour enfin donner lieu maintenant à des descriptions comportementales sous le terme "attaque de panique". Il faut noter que la description de l'attaque de panique par rapport à la crise d'angoisse montre très peu de différence, mais représente d'une certaine manière le passage de l'intérieur des familles à la manifestation prévalente dans l'espace public du cité du patient.

On y note le primat du scénario par rapport au narratif, où l'intrigue et le récit qui entouraient l'éclosion de l'angoisse se concentrent dans la description du scénario dans laquelle elle survient.

L'attaque de panique est muette... de terreur devant le vide de ce que la culture lui renvoie. On note aussi, à travers la médicalisation, que la crise domine la personnalité anxieuse, en renversant le rapport freudien d'une personnalité anxieuse susceptible de crises.

Ensuite, les glissements sémantiques sont prépondérants : les crises d'angoisse renvoient au processus intérieur de l'angustus, le resserrement issu de la vieille racine indo-européenne angst, alors qu'attaque de panique renvoie à une manifestation comportementale s'abattant de l'extérieur sur l'individu "battant la campagne", tel le Dieu Pan. Ce glissement est ancien, puisqu'il date de la traduction complète des oeuvres de FREUD en anglais. Le mot "angoisse" était impropre pour un abord biosomatique prédominant. Actuellement, le mot "alarme" devient envahissant dans les scénarios scientifiques, montrant aussi qu'ils n'ont à leur disposition que des mots ciblés.

D'ailleurs la seule différence symptomale qui existe entre la description reprise par FREUD ou celle reprise ensuite dans la description des attaques de panique est à l'origine chez le premier la diarrhée de MOEBIUS et chez le second la peur de devenir fou ou de perdre tout contrôle (GARRABE).

Ainsi, nous assistons dans l'évolution des théories à la disqualification du récit au profit de l'image ou mieux, comme nous l'avons dit, du récit au profit du scénario : l'angoisse d'un homme seul dans la foule est particulièrement illustrative d'un rapport de la souffrance psychique à l'époque : il n'y a pas que les théories qui évoluent, le patient aussi, et l'on peut postuler que l'on n'est pas anxieux en 1844 à Copenhague, comme en 1894 à Vienne ou en 1996 à Paris, même au Sénat.

IV Cette bonne vieille névrose...

On ressent actuellement le besoin de revenir à des modèles intégratifs, à forte polarité biosomatique, soit en réintroduisant la notion de personnalité anxieuse à cité du morbus du trouble panique, soit en proposant des enchaînements cognitivo-comportementaux partant d'une vulnérabilité biologique qui se dévoilerait à travers des événements (BARLOW 1988, MAC MALLY 1990, SHEEHAN 1982).

L'intégration des différentes manifestations peut aussi se faire à travers un concept éthologique (KLEIN 1993) et l'on voit revenir des modèles psychodynamiques, il est vrai très marqués eux aussi par l'éthologie (SHEAR et Alli 1993). Aux Etats-Unis, l'influence de BOWLBY est alors majeure lorsqu'il s'agit de fournir une compréhension plus globale, ce qui est assez étranger aux habitudes françaises, attachées à ne pas se séparer de théories du langage et donc, comme l'a repris récemment M.C. LAMBOTTE, à l'angoisse comme vulnérabilité ontique inhérente à l'être parlant. Soulignons que la psychopathologie qui est proposée consiste à émettre une hypothèse sur les liens entre un tempérament et un

événement de vie, alors qu'il existe en France une tendance à subordonner l'événement de vie, puis le tempérament au primat du langage chez le "parlàtre" (LACAN). BOWLBY versus LACAN, en quelque sorte, se superposent plus qu'ils ne se rejoignent, et aboutissent pour chaque symptôme à des logiques différentes.

On retrouve ici le rôle social fondamental de la psychiatrie, qui étend au sujet pensant des découvertes expérimentales en construisant un appareil psychique global et en "anthropologisant" la science où, à l'inverse, en "médicalisant" les champs philosophiques.

Entre parenthèses, ce double mouvement, dont il faut répéter qu'il se situe d'abord dans le registre de la communication et de l'information, construit actuellement une (contre) culture basée sur le pathos qui fait force de loi pour le reste des comportements, ce qui ne laisse pas d'être inquiétant. L'anthropologie vise à réintroduire un certain soupçon vis à vis de captations imaginaires trop rapidement aliénantes.

Bibliographie

DEVEREUX G. L'influence des modèles culturels de pensée sur les théories psychiatriques primitives et modernes in *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris. Flammarion. 1972.

FREUD S. L'identification, in *Essais de psychanalyse*. PAYOT. 1971.

KLEIN D.F. False suffocation alarms, spontaneous panics and related conditions, an integrative hypothesis. *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 1993, 50, 306-317.

KRAUS A. Diagnostic phénoménologique et diagnostic symptomatologique-critériologique. *Synapse*, N° spécial, mars 1996. 8-16.

LAMBOTTE. L'angoisse de conscience, aux limites de la théologie et de la psychanalyse. *Confrontations psychiatriques* n° 36, 1995, 297-307.

LAPLANTINE F. *L'ethnopsychiatrie*. Editions universitaires. Paris. 1973.

SHEAR MK, COOPER AM, KLERMAN GL, BUSCH FN, SHAPIRO T. A psychodynamic model of panic disorder. *AM J. Psychiatry* 150:6, juin 1993, 859-865.

TREMINE T. L'angoisse transparente. *L'Information Psychiatrique*, 71, 2, 1995, 134-143.

VATTIMO G. *La société transparente*. Paris, Desclée de Brouwer, 1990.