

ESQUISSE D'UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE

II. Les comportements psychopathologiques comme formes de vie, pensés à l'articulation du fonctionnement neurobiologique, de l'intériorité subjective et des formes symboliques.

OUTLINES OF CLINICAL ANTHROPOLOGY

II. Psychopathological behaviors as life forms at the articulation of neurobiological functioning, subjective interiority and symbolic forms.

Serge Escots¹, Nicolas Duruz²

(1) Anthropologue, psychothérapeute, chargé de cours à l'université Toulouse Jean-Jaurès, directeur de l'Institut d'anthropologie clinique (29 chemin des Côtes de Pech David, 31400 Toulouse, France), s.escots@i-ac.fr

(2) Psychologue, psychothérapeute, professeur honoraire de psychologie clinique à l'Université de Lausanne (Institut de Psychologie, Géopolis, Dorigny, CH-1015 Lausanne, Suisse), nicolas.duruz@unil.ch

Résumé : Un précédent article a présenté les deux démarches fondant l'anthropologie clinique : l'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte, qui permet d'inscrire la clinique dans le champ de l'anthropologie, et l'anthropologie sémiotique formulée par Jean Lassègue, Victor Rosenthal et Yves-Marie Visetti, qui dote cette même clinique, grâce à la notion de forme symbolique, de moyens rigoureux pour assurer sa démarche scientifique.

Dans ce deuxième article, les auteurs commencent par dégager le potentiel intégratif de l'anthropologie clinique en explicitant la structure de l'humain et le cadre épistémologique qui organisent ce nouveau paradigme. Puis, se référant plus précisément à certaines formes cliniques psychiatriques contemporaines, ils montrent comment on peut bien les comprendre quand on les pense comme des formes de vie, à l'articulation du fonctionnement neurobiologique, de l'intériorité subjective et des formes symboliques. Éclairage valable, selon les auteurs, pour penser tout le champ de la psychopathologie et des soins s'y référant.

Mots clés :

Anthropologie clinique, anthropologie sémiotique, anthropopsychiatrie, épistémologie, neurosciences, psychopathologie

Summary : A previous article presented the two foundational approaches of clinical anthropology : Jacques Schotte's anthropopsychiatry, which inscribes clinics in the field of anthropology, and semiotic anthropology as formulated by Jean Lassègue, Victor Rosenthal and Yves-Marie Visetti, which provides this same clinics, through the notion of symbolic form, with rigorous instruments to ensure its scientific approach.

In this second article, the authors begin by highlighting the integrative potential of clinical anthropology through a clarification of the human structure and the epistemological framework that organize this new paradigm. Then, referring specifically to some contemporary psychiatric clinical forms, they show how well they can be understood when they are considered as life forms of subjective interiority and symbolic forms, at the articulation of neurobiological functioning. According to the authors, this approach shed a useful light for thinking the entire field of psychopathology and related care forms.

Keywords :

Clinical anthropology, semiotic anthropology, anthropopsychiatry, epistemology, neurosciences, psychopathology

Serge Escots¹, Nicolas Duruz²

(1) Anthropologue, psychothérapeute, chargé de cours à l'université Toulouse Jean-Jaurès, directeur de l'Institut d'anthropologie clinique (29 chemin des Côtes de Pech David, 31400 Toulouse, France), s.escots@i-ac.fr

(2) Psychologue, psychothérapeute, professeur honoraire de psychologie clinique à l'Université de Lausanne (Institut de Psychologie, Géopolis, Dorigny, CH-1015 Lausanne, Suisse), nicolas.duruz@unil.ch

Contenu

| | |
|---|----|
| I. La visée intégrative de l'anthropologie clinique..... | 4 |
| A. La structure de l'humain dans une perspective anthropologique et clinique..... | 4 |
| 1. Champs sémiotiques..... | 6 |
| 2. Registres somato-neuro-psychiques..... | 7 |
| B. Le cadre épistémologique proposé par l'anthropologie clinique..... | 10 |
| 1. La constitution de connaissances cliniques spécifiquement humaines, articulables aux sciences naturelles..... | 10 |
| 2. L'inséparabilité des faits cliniques d'avec leur ancrage social et culturel..... | 11 |
| 3. L'articulation des différentes approches cliniques..... | 12 |
| II. Anthropologie clinique et psychopathologie..... | 14 |
| A. Manifestations pathopsychiques et formes symboliques..... | 14 |
| B. Les pathologies de l'autonomie..... | 16 |
| C. Une « chamane » sans troubles psychopathologiques présentant des tracés neurophysiologiques pathologiques..... | 18 |
| III. Psychanalyse et intériorité subjective..... | 19 |
| A. Pulsions, fantasme et sémiotique..... | 19 |
| B. Mythes sexuels infantiles et matrice fantasmatique..... | 20 |
| C. Intériorité psychique et forme symbolique..... | 21 |
| IV. Conclusion..... | 23 |
| V. Bibliographie..... | 24 |

De la conjonction de l'anthropopsychiatrie et de l'anthropologie sémiotique, telles qu'elles ont été présentées dans un premier article [18], se dégage un paradigme, celui de l'anthropologie clinique, qui permet de considérer dans une perspective nouvelle la complexité de l'humain en situation clinique. En précisant la structure de l'humain et le cadre épistémologique à l'œuvre dans un tel paradigme, nous chercherons d'abord à révéler son potentiel intégratif à penser la continuité du biologique au social, dans une architecture reposant sur les quatre dimensions anthropologiques de l'humain souffrant. Puis, nous montrerons comment l'anthropologie clinique peut aider le clinicien à mieux analyser et comprendre les transformations de certaines manifestations pathologiques contemporaines, ainsi qu'à dégager ce qui constitue l'intériorité subjective au cœur des comportements humains, dont les faces privée et publique sont indissociables.

I. La visée intégrative de l'anthropologie clinique

Le premier article a montré comment l'anthropologie sémiotique vient reféconder l'anthropopsychiatrie pour la promouvoir comme réelle anthropologie clinique. En effet, la notion de forme symbolique, en tant qu'elle rend compte de toutes les formes d'expressions humaines, nous permet d'étudier aussi les formes d'expressions pathopsychiques à tous les niveaux de leur fonctionnement (bio-neurologique, pulsionnel, cognitif, culturel et social) jusqu'au point de leur articulation, rendant ainsi possible de penser la continuité du biologique au social.

A. La structure de l'humain dans une perspective anthropologique et clinique

L'anthropologie clinique, comme on l'a vu, opère une convergence entre l'organisation pulsionnelle et psychopathologique de l'humain (apport de l'anthropopsychiatrie) et les dimensions humaines qui résultent de la diffraction sémiotique des formes symboliques (apport de l'anthropologie sémiotique). Si, d'une part, ce qui fait notre corps humain c'est la culture qui s'y inscrit d'une manière indissociable, alors le pulsionnel est le lieu de cette inscription. Si, d'autre part, la culture s'inscrit comme système de donation de sens, alors les formes symboliques sont les champs sémiotiques qui structurent le pulsionnel. Enfin, si les maladies mentales sont des manifestations organisées à partir de déséquilibres du système pulsionnel, alors il y a un continuum entre la condition normale d'habiter un monde sémiotique à plusieurs dimensions et la condition de la souffrance dans ses diverses formes pathologiques.

Au niveau de cette convergence reste à clarifier — sans entrer dans les arguments d'une justification détaillée — la question des dimensions anthropologiques qui structurent l'humain, en cohérence avec les enseignements de la clinique psychopathologique et avec l'apport de Cassirer sur les formes symboliques. Si les formes symboliques de Cassirer présentent de nombreuses affinités avec les catégories de Schotte, et de Gagnepain également, elles ne se correspondent pas pour autant. Les propositions de Schotte et de Gagnepain se rapprochent par la dimension clinique qui fonde leur anthropologie. Ils procèdent tous les deux en essayant de définir un ensemble de plans pour Gagnepain ou de dimensions pour Schotte qui reviennent finalement à fixer des catégories à l'intérieur desquelles l'humain trouverait sa définition comme espèce. Cassirer, lui, ne cherche pas à catégoriser l'humain, mais plutôt à comprendre dans quelles conditions et par quel processus la symbolisation vint aux primates pour produire l'hominisation. Rien ne s'oppose à ce que nous conservions parmi

les propositions de Cassirer en matière de catégorisation de forme symbolique, celles que Schotte a retenues pour penser le monde humain, appréhendé d'un point de vue clinique¹.

Le tableau ci-dessous résume bien l'apport de l'anthropologie clinique : penser la clinique de l'humain selon quatre dimensions constitutives (l'esthétique, la technique, l'éthique et l'ethnique²) qui, déclinées ou mises en perspective par trois niveaux de saisie de phénomènes humains, les niveaux de la clinique, du sémiotique et du somato-neuro-psychique, garantissent une approche intégrative de l'humain, en tant qu'ouverte aussi bien sur le corps, l'expérience de l'individu, son psychisme, que sur le social et la culture.

| Niveaux d'entrée | Dimensions anthropologiques | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|
| | <i>Esthétique</i> | <i>Technique</i> | <i>Éthique</i> | <i>Ethnique</i> |
| <i>Clinique</i> | Thymopathies | Perversions | Névroses | Psychoses |
| <i>Sémiotique</i> | Monde ambiant | Sujet/Objet | Valeur, Norme, Loi | Personne Soi narratif |
| <i>Somato-neuropsychique</i> | Attachement | Polarisation | Inhibition | Soi-Identité |

Structure de l'humain dans une perspective anthropologique et clinique

En d'autres termes, avec l'entrée dans la structure de l'humain par la clinique, la psychopathologie peut être étudiée anthropologiquement. Avec l'entrée par la sémiotique, la psychopathologie et ses diverses expressions sont saisies comme des *formes de vie*³ qui se déterminent dans des formes symboliques et avec l'entrée par le somato-neuro-psychique, les traces somatiques et mnésiques de l'individu sont prises en compte et articulées au culturel. Nous travaillons ainsi avec trois architectures qui mettent en forme chaque fois les mêmes dimensions anthropologiques. Une fois précisées les architectures du sémiotique et du somato-neuro-psychique (la première, celle de la clinique, l'a déjà été lorsqu'on a présenté le projet de l'anthropopsychiatrie), la correspondance et l'articulation entre ces trois

¹ Cassirer considérait que « l'esthétique », « l'éthique » et la « technique » sont des modes de donation de sens qui possèdent une légalité indépendante [8], [7]. Ces trois dimensions sont aussi celles que retient Gagnepain pour fonder sa théorie de la médiation, et sur lequel s'appuie Schotte pour penser la dimension anthropologique de son anthropopsychiatrie. Une divergence existe toutefois : Gagnepain considère le « Signe » comme un des quatre plans de la rationalité permettant à l'humain de « médiatiser » sa relation au monde (pour rappel les 3 autres plans étant l'Outil, la Norme et la Personne). Cassirer envisage le langage comme mode de donation de sens, à la fois assimilable aux autres activités sémiotiques et doté, du fait de ses propriétés, d'un rôle fonctionnel qui l'en distingue. Dans cette perspective, ce mode de donation de sens ne nous semble pas se situer au même plan que les autres. D'autant que lorsque l'on se replace dans la perspective clinique qui est la nôtre, il convient de distinguer les troubles du langage qui intéressent le neurologue et ceux qui affectent la langue et intéressent le psychopathologue. La clinique psychiatrique des délires ne relève pas des troubles du langage, mais de la communication [26, pp. 141-157]. C'est aussi ce que retiendra Schotte de la « leçon de Gagnepain » [20], faisant de la Personne une dimension de son anthropopsychiatrie.

² Nous retenons le terme d'*ethnique*, qui ne remet pas en cause le contenu que Schotte donne à la catégorie d'*historico-dialogale* ou de *personne* utilisée par Gagnepain. Dans un souci d'assumer pleinement le champ de l'anthropologie dans lequel s'inscrivent ces 4 dimensions, nous leur préférons le terme d'*ethnique comme dimension où l'humain agence les matériaux singulier et groupal de son identité*.

³ Dans le sillage de Wittgenstein et de la sémiotique greimassienne, Jacques Fontanille a proposé très récemment de fonder la notion de forme de vie comme sémiotique [21]. Nous retiendrons parmi les différentes approches qu'il propose pour cerner cette notion l'idée que « les « formes de vie » sont des organisations sémiotiques (des « langages ») caractéristiques des identités culturelles, individuelles et collectives » [21, p. 14].

architectures apparaîtront beaucoup mieux, au profit de la quête épistémologique que nous poursuivons. Notons pour terminer que l'explicitation de chaque niveau d'entrée et de leurs items nécessiterait de bien plus longs développements que cet article programmatique ne nous le permet.

1. Champs sémiotiques

Il s'agit d'espaces qui ont pour fonction de faire réservoir culturel de significations, organisé au travers des formes symboliques de ces quatre dimensions anthropologiques. Ces champs où se réalise la donation du sens permettent à l'individu d'habiter ces différentes dimensions.

a) Monde ambiant

Le champ sémiotique du monde ambiant concerne la totalité de l'environnement humain dans lequel l'enfant vient au monde et interagit les premiers temps de sa vie. Les objets pratiques qui l'entourent, les matières et leurs surfaces de contacts, les couleurs, l'univers sonore dans lequel il baigne sont habités de significations qui disent sa place, son importance et les symboles du monde dans lequel il arrive. Douceur, chaleur, calme sont déposés dans les voix qui parlent ou chantent, dans les gestes qui nourrissent, rythment, soignent, apaisent, comme dans les objets qui entourent et servent. En proposant de focaliser l'attention du bébé sur tel objet, son, couleur, mouvement, visage, mot, goût, etc., son entourage crée un univers de sensations qui s'organise en objets psychiques par la médiation de significations humaines. Laisser pleurer une petite fille pour l'initier précocement à son destin de frustration ou à l'inverse répondre aux pleurs du petit garçon pour éviter qu'il ne tombe malade, comme c'est le cas dans certaines cultures de l'Afrique de l'Ouest, sont des modalités culturelles de structuration des sensations de l'enfant, modalités déterminées par des normes et des valeurs de genre par exemple. L'humain arrive dans un monde où la culture a déjà inscrit les significations qui vont donner sens aux sensations premières.

De façon plus générale, le champ sémiotique du monde ambiant correspond dans une culture à celui où se déploient les formes symboliques qui médiatisent les sensations dans différents domaines humains. Cela concerne la langue et son expressivité idiomatique et bien évidemment toutes les activités artistiques qui partent de sensations pour créer des mondes habités de formes symboliques, qui à leur tour créeront des sensations chez ceux qui s'y invitent. Mais pas seulement, car si la musique, la peinture, la poésie, le cinéma, entre autres, permettent l'accès au sens par l'expression du ressenti selon des modalités esthétiques propres, les sciences ou les spiritualités qui explorent la dimension du « ressenti » sont aussi productrices de formes symboliques qui donnent sens aux sensations.

b) Sujet/objet

Ce champ sémiotique permet dans une culture la constitution d'une dialectique du Sujet et de l'Objet. Dans la langue, la syntaxe et la sémantique ont en charge cette relation. Les techniques disponibles, dans leur ensemble, de la plus élémentaire à la plus sophistiquée, sont en soi des formes symboliques qui donnent accès à cette dialectique. L'application d'une technique, l'utilisation d'un outil, mettent toujours en scène un agent agissant sur quelque chose pour quelque chose. L'enfant qui frappe de façon répétée son jouet sur le sol manifeste une intentionnalité productrice qui, dans l'action même, le différencie comme sujet frappant de l'objet qu'il frappe. C'est le champ sémiotique de la manipulation de l'objet pour obtenir satisfaction : de la notice pour monter un meuble en kit au Kama sûtra. L'encouragement à faire, à prendre position face au monde des objets, que les parents prodiguent à l'enfant selon les modalités propres à leurs cultures, appartient à ce champ sémiotique.

c) Valeurs, normes, lois

De nombreuses formes symboliques contribuent à régler le rapport au désir, au possible, au souhaitable et à l'interdit. À commencer par la langue et sa possibilité d'exprimer la négation. La rencontre avec la négation arrive tôt dans le développement de l'enfant et, avec les premiers « non », la possibilité d'intérioriser la limite et de construire une capacité d'autocontrôle. C'est le champ sémiotique de l'apprentissage de l'être avec les autres. Il s'agit des narrations qui expriment les valeurs du collectif sous différentes formes de narrations, mythes, contes, légendes, et formes de codes éthico-moraux : des Tables de la Loi aux chartes et autres codes déontologiques, en passant par l'arsenal juridique propre aux sociétés contemporaines, sans oublier les systèmes coercitifs de toutes sortes. Mais la société contemporaine, c'est aussi la puissance de vectorisation mass-médiatique qui exprime ce à quoi il convient d'accorder de la valeur. L'art participe aussi à ce champ en se faisant médiateur de ce qu'un groupe se donne pour bien ou mal, bon ou mauvais. Et les sciences en assurent les fondements par la transformation de connaissances en normes. Toutes les formes symboliques qui donnent accès au sens de ce qu'un collectif humain tient pour désirable, interdit, souhaitable, réprouable, etc., constituent ce champ sémiotique.

d) Personne, Soi narratif

Comme pour tout registre sémiotique, différentes formes symboliques contribuent à exprimer pour chaque culture la Personne et le Soi : la langue, par la grammaire et la sémantique, mais aussi les procédés narratifs auxquels elle recourt pour établir des narrations personnelles, jusqu'aux différentes formes de fiction et de ses jeux entre narrateur et personnages. La littérature et notamment le roman, le théâtre, mais aujourd'hui le cinéma sous toutes ses formes (songeons aux séries TV), sont des réservoirs d'identifications multiples pour se construire une identité « personnelle ». De même les systèmes de parenté et leurs terminologies, et toutes les pratiques sociales qui participent des constructions des identités sociales (rites de passages, d'initiation, etc.). La science psychologique, qui fournit de nouveaux imaginaires pour raconter son rapport à l'existence et décrire un Soi complexe jusque dans ses caractéristiques psychopathologiques, participe de ce monde sémiotique. Il est de plus en plus fréquent dans les sociétés contemporaines de se définir à partir de traits psychopathologiques ou de particularités symptomatiques. Les institutions qui garantissent les attributs et les droits des individus s'inscrivent aussi dans ce champ, de même que la rhétorique des objets que l'on possède ou auxquels nous sommes attachés est une façon de donner sens à notre identité, comme toutes les formes symboliques de l'alliance, de la filiation et de l'affiliation.

2. Registres somato-neuro-psychiques

La structure de l'humain peut faire l'objet, comme on l'a vu, de plusieurs lectures ou « entrées ». La troisième entrée, qualifiée de *somato-neuro-psychique*, complète les deux premières, clinique et sémiotique. Elle vise les processus somato-neuro-psychiques qui contribuent à la production de sens et qui sont à l'œuvre dans l'individu lui-même : ce que l'anthropologie sémiotique exprime en termes d'incarnation du travail de la sémiose et l'anthropopsychiatrie en termes de vecteurs pulsionnels. Ceux-ci ne sont pourtant pas explicités par Schotte en termes de mécanismes neuronaux et psychiques, comme si étudier les vecteurs pulsionnels à ce niveau conduisait à les naturaliser ou à les désubjectiver en les enfermant dans ce qui est appelé habituellement la cognition. Ce qui n'empêche pas que la proposition des quatre vecteurs pulsionnels à la base du schéma anthropopsychiatrique semble véhiculer une intuition juste qui se vérifie dans les travaux des neurosciences.

Nous allons présenter les quatre formes distinctes d'ancrage somato-neuro-psychique des activités symboliques de l'humain dans leur dimension aussi bien développementale que structurale (en amont des expressions psychopathologiques spécifiques qui les révèlent), conscients par ailleurs que face à l'ampleur des travaux des neurosciences dans ce domaine nous ne ferons état que de certains aspects les concernant.

a) Processus somato-neuro-psychiques d'investissement primaire (attachement)

Le nourrisson baigne dans un monde où la distinction entre dedans et dehors est encore vague. Si l'on se réfère à Stern que nous suivrons principalement dans cette section, « l'expérience par rapport aux objets et aux événements est faite principalement des sensations que ceux-ci provoquent en lui » [54]. Il s'agit d'une sorte d'occupation psychique du monde, d'investissement primaire (*Besetzung*) non dirigé ou intentionnel, une succession de sensations par bribes et morceaux, dans une alternance de moments d'activités et de repos. L'organisation du somato-neuro-psychique par le rythme y est essentielle. L'enfant se construit en passant donc d'un événement à un autre, qui donnent lieu à des sensations d'attachement très sommaire, de proximité-protection, d'enveloppe, ou au contraire de rupture d'enveloppe, de désintégration (sensation de faim par exemple).

L'ancrage somatique et neurobiologique de ces attachements et détachements primaires est relativement bien documenté pour que nous n'ayons pas besoin d'en faire le détail ici. Rappelons le rôle des systèmes précoces olfactif, auditif et moteur, celui de l'ocytocine, dans la régulation des « représentations », de l'encodage de la mémoire des schèmes d'attachement ainsi que dans le développement des processus parentaux d'attachement. De plus, l'imagerie cérébrale montre des zones d'activité cérébrale spécifique chez le parent face à des stimulations concernant son enfant. De façon générale, fonctionnements hormonal et cérébral se corroborent pour mettre en évidence le rôle d'un substrat neurobiologique impliqué dans la construction de liens sociaux primaires [36].

b) Processus somato-neuro-psychiques de différenciation (polarisation)

Dès 2-3 mois, le bébé est capable de soutenir les face-à-face de visages, avec des réactions de sourire, d'imitation, de captage du regard. Se mettent en place des mécanismes neuropsychiques qui permettent de définir des invariants. Le nourrisson s'attend par exemple à certaines réactions de la mère, il différencie ce qui est sien et pas sien (quand c'est la mère ou lui qui lève le bras). Centré sur des parties de son corps représenté comme un tout, il se vit comme auteur de ses actes et aussi agent d'actions aux conséquences en partie prévisibles [54, p. 87]. C'est la construction d'un monde social immédiat, où les deux termes de la relation commencent à se polariser dans des oppositions en miroir qualifiées.

Les mécanismes neurobiologiques impliqués dans la construction des liens d'attachement continuent de jouer un rôle ici. Ceux qui sous-tendent l'identification des émotions en jeu dans la construction des liens sociaux commencent à être bien documentés. Les neurones miroirs, par leurs modalités empathiques d'actions, participent de ce jeu où progressivement la focalisation sur l'autre animé d'intentions, de pulsion, de désir et de fantasmes, devient incorporable en tant qu'objet distinct.

c) Processus neuropsychiques de négation et d'intentions partagées (inhibition)

La différenciation se poursuit : sensible déjà à des partenaires différents de lui (en fonction de leurs mimiques et mouvements perçus comme autonomes des siens), l'enfant découvre en plus, à partir de 6-9 mois, qu'il est habité par un monde interne, par des « paysages psychiques » animés d'intentions, de souvenirs et de sentiments. Il commence à comprendre

que les comportements que lui ou ses partenaires présentent n'expriment pas entièrement ces paysages psychiques. C'est fort d'une conscience d'un monde interne, enrichi progressivement des expériences passées, que l'enfant va se montrer capable d'une imitation différée, d'intentions partagées (co-attention focale, accordage affectif avec un partenaire, etc.). Un objet qui n'est plus visible ne signifie pas nécessairement qu'il n'existe plus pour l'enfant, car il existe encore dans son esprit. Le jeu avec les mots, leurs sons, révèle l'existence d'un référent, mais pour lequel un signifiant n'est pas imposé. À la faveur de l'expérience de la limite, de l'écart, les mécanismes spécifiques d'inhibition et de négation opèrent (ce que je montre et exprime correspond à ce que je ressens et je pense, mais *pas* nécessairement), les processus de symbolisation sont explicitement à l'œuvre.

Cette capacité de négation émane du langage à double articulation dont l'implémentation cérébrale est une propriété de l'espèce humaine. Ce qu'est l'objet dans le langage, il le doit au fait qu'il peut ne pas être, mais aussi dans son rapport à tout ce qu'il n'est pas. Dans le carré sémiotique par exemple, l'articulation du sens est construite dans un rapport d'implication à une double opposition de contrariété et de contradiction [22]. Cette fonction de symbolisation du langage a sa localisation dans l'hémisphère gauche et les interactions avec les dimensions émotionnelles, affectives et pulsionnelles commencent désormais à être bien décrites [46]. Par ailleurs, la capacité éthique qui consiste à inhiber certaines pulsions semble aussi avoir un ancrage neurobiologique [11]. Si le cerveau *n'est* pas éthique, il n'en demeure pas moins que la capacité à s'engager dans des comportements sociaux éthiques est aussi une propriété de l'espèce dont des prémices sont observées chez d'autres primates [14]. Damasio a montré que des atteintes préfrontales en lien avec la faculté à ressentir des émotions produisaient chez des patients ne présentant pas de déficit sur le plan de l'attention, de la mémoire, de l'intelligence ou du langage, des difficultés sévères dans le jugement et la capacité à prendre des décisions [11]. Bien qu'ils en aient les moyens, ces patients ne parviennent pas à décider ce qu'ils doivent penser ou faire, ou alors prennent des décisions qui ne travaillent pas pour leur bien. D'un point de vue clinique, l'intrication du cognitif, de l'émotion et de l'affect se vérifie sur le plan neurophysiologique [29, p. 160].

d) Processus somato-neuro-psychiques de travail identitaire narratif (soi-identité)

Sont engagés à ce stade des mécanismes neuropsychiques qui rendent possible la mise en forme verbale d'interactions, où l'enfant est agent ou alors témoin. C'est la construction de récits autobiographiques, si sommaires soient-ils, à partir d'expériences passées ou à venir [6]. Le monde fantasmatique entre pleinement en jeu. « Construire un récit, écrit Stern, ne suppose pas seulement de disposer de mots propres pour désigner les choses [...]. Cela va plus loin. Ceci implique de voir et d'interpréter le monde des activités humaines comme des intrigues formant des histoires. Ces histoires font intervenir des acteurs dont les désirs, les motifs tendent vers des buts et s'inscrivent dans un contexte historique et un cadre physique qui aident à interpréter l'intrigue. » [54, p. 167]. Et en plus, ces récits sont fabriqués dans une relation dialogique à l'autre, à son adresse.

Cette capacité narrative de deuxième ordre selon Damasio est proprement humaine, car elle dépend du langage [11, p. 305]. L'identité, en tant qu'elle dépend d'un soi autobiographique, implique cette capacité narrative propre au langage [6]. L'émergence d'un soi-identité résulte de la coopération de différentes zones cérébrales : tronc cérébral, thalamus, cortex postéro-médians et zones du langage. Pour certains psychanalystes qui souhaitent « ancrer » le sujet dans les processus neuronaux, celui-ci procède de la tension entre « l'aire pulsionnelle » (sensorielle) et l'« aire psychique du langage » [46, pp. 151-160] par une parole adressée à un autre ou à soi-même. Nous y reviendrons plus loin avec la question de l'intériorité psychique dans son rapport à la voix intérieure, telle que l'aborde Rosenthal [49].

B. Le cadre épistémologique proposé par l'anthropologie clinique

Une fois la structure de l'humain au fondement du paradigme de l'anthropologie clinique bien dégagée, grâce à la mise en place et en correspondance des trois architectures de la clinique, du sémiotique et du somato-neuro-psychique, on est plus à même de saisir le cadre épistémologique impliqué par un tel paradigme. Comme on l'a déjà souvent formulé, c'est le projet ambitieux de l'anthropologie clinique de proposer un cadre de pensée qui permette l'articulation aussi bien entre la clinique et l'anthropologie qu'entre les sciences cliniques elles-mêmes. Selon nous, les difficultés d'ordre clinique, scientifique et politique que connaît le monde actuel de la psychiatrie et de la psychologie clinique, et qui ont été brièvement présentées dans le premier article [18], devraient être plus facilement surmontées si elles sont abordées dans le cadre de l'anthropologie clinique dont l'épistémologie repose sur les trois nécessités suivantes :

- la constitution de connaissances cliniques spécifiquement humaines, articulables aux sciences naturelles ;
- l'inséparabilité des faits cliniques d'avec leur ancrage social et culturel ;
- l'articulation des différentes approches cliniques.

1. La constitution de connaissances cliniques spécifiquement humaines, articulables aux sciences naturelles

Le travers de plusieurs recherches en sciences humaines cliniques, contaminées par un néo-positivisme conquérant, est de traiter d'un être humain abstrait, dont on a oublié qu'il est en souffrance d'humanisation, dans sa réalité vivante, concrète et historique. Comment constituer un savoir clinique sur l'homme, qui ne s'éloigne pas de données spécifiquement humaines et qui, prioritairement à une clinique de ses fonctions, donne à construire une clinique du sujet humain ? Pour ce faire, l'anthropologie clinique impose une double exigence : d'une part, veiller à ancrer toute connaissance et recherche cliniques dans le sol de l'expérience humaine, et d'autre part parier sur l'étude du pathologique comme source privilégiée de connaissances humaines.

La première exigence est plus facilement satisfaite selon nous si l'on se réfère explicitement à la pensée phénoménologique, en particulier au « retour aux choses elles-mêmes », préconisé par Husserl. Ce retour doit être entendu ici comme un retour au « monde de la vie » (*Lebenswelt*), au sol d'expérience foulé par tous les humains et qui les porte dans cette évidence commune de soutenir une présence incarnée au monde, à autrui et à soi. Comme aimait à le rappeler Binswanger, utilisant la formule de Kierkegaard : « Il convient plutôt de s'attacher à ce que signifie : être un homme » [5, p. 199].

Deuxième exigence : il s'agit de considérer, sous l'instigation de l'anthropopsychiatrie, l'étude du pathologique comme une voie royale pour saisir la vraie nature de l'homme. Ce qui signifie que la pathologie, loin d'être un écart à la norme vide de sens, donne au contraire, par l'effet grossissant qu'elle produit sur les phénomènes, un accès privilégié à une compréhension du fonctionnement humain. Cette analyse du pathologique comme révélateur de la structure de l'humain se trouve déjà chez Freud, entre autres dans son image du cristal souvent reprise par Schotte : un verre à la structure cristalline cachée se brise selon des lignes de fracture prédisposées [51]. Exprimé en termes anthropologiques : il y a une structure de l'humain qui est révélée par une variété de pathologisations humaines possibles.

Ces deux exigences : insistance sur l'expérience humaine comme référent premier, lien étroit entre psychopathologie et anthropologie, sont au fondement de la constitution de connaissances spécifiquement humaines. Il n'implique pas pour autant qu'on se passe des

connaissances provenant des sciences naturelles et cognitives qui permettent de progresser dans la construction de modèles cliniques. En particulier, face aux hypothèses divergentes véhiculées par ces différents modèles, les connaissances issues des neurosciences obligent à les reconsidérer ainsi que les édifices théoriques qui les portent. Évidemment, il ne s'agit pas de demander aux neurosciences d'arbitrer nos divergences théorico-cliniques, comme si des faits en soi avaient ce pouvoir, mais, dans la visée du dialogue interdisciplinaire qui caractérise l'anthropologie clinique, de permettre à chaque modèle de se laisser bousculer pour réexaminer les arrangements de la pensée du moment.

De plus, l'apport des neurosciences peut-être plus positif. Des travaux récents en neurologie, s'attaquant aux épineux problèmes des relations entre structure et fonction, nous invitent à reprendre à nouveaux frais la question ancienne de la matérialité de l'esprit, même s'il est difficile, comme le remarque Castel, de se conformer à la méthode scientifique « sans objectiver (quantifier, contrôler expérimentalement) le vocabulaire courant de l'esprit » [9, p. 35]. Dans la présentation de leurs résultats, les neurosciences ont l'habitude de nous suggérer des liens étroits entre localisations cérébrales et fonctions cognitives, mais la clinique neurologique et neuropsychiatrique montre de façon récurrente des phénomènes de résilience cognitive au travers de manifestations cliniques différentes chez des patients souffrant pourtant de lésions cérébrales similaires. Une solution à ce problème consiste à concevoir la conscience comme un phénomène virtuel d'espace en trois dimensions, qui repose sur une architecture cérébrale distribuée, grâce à laquelle des défaillances neuronales sont contournées par des connexions fonctionnelles. En effet, le maintien d'une fonction en l'absence de substrat suppose de pouvoir impliquer d'autres ensembles neuronaux. La clinique montre que la connectivité fonctionnelle ne suit pas toujours la connectivité structurelle (anatomique). La mise en évidence par Rudrauf du fonctionnement en anneaux du système somato-sensoriel-visuel et auditif [50] pour produire cet espace virtuel d'objet et d'action, d'expérience perceptive et d'imagination, a permis de suggérer l'hypothèse d'un fonctionnement identique aux systèmes informatiques de routeur en anneaux, qui permettent eux aussi une très grande rapidité, une capacité de résolutions de conflit d'accès et qui montrent une très grande résilience en cas de défaillance des éléments du système. Mais ce type de fonctionnement implique une couche d'abstraction qui génère une logique permettant d'exploiter de façon dynamique les différentes routes possibles pour l'information dans le réseau. Le langage par sa capacité symbolique à produire de l'imagerie mentale joue ce rôle d'adressage de message, qui permet des connexions entre différents systèmes neuronaux. Dans cette perspective, la nature du langage, par rapport au cerveau envisagé comme système à la fois structurel et fonctionnel, serait d'assurer cette couche d'abstraction d'adressage symbolique comme dans le cas des systèmes informatiques de routeur en anneau. Or, le fait que les grands faisceaux du langage traversent ce système somato-sensoriel-visuel et auditif et interagissent avec lui confirme cette hypothèse.

2. L'inséparabilité des faits cliniques d'avec leur ancrage social et culturel

Si personne ne conteste que l'homme soit socialement déterminé, il reste que de nombreux discours cliniques se constituent finalement sous « vide social », se contentant de traiter comme des variables secondaires ses déterminations socio-culturelles. Notre projet d'anthropologie clinique, en tant qu'il se soutient d'une relation étroite avec l'anthropologie culturelle et sociale, est très soucieux d'inscrire les faits cliniques qu'il veut étudier dans leurs dimensions sociale et culturelle. Dans la tradition anthropologique, la construction théorique correspond à un processus ancré dans les matériaux ethnographiques, qui poursuit son élaboration par une démarche d'ethnologie comparative pour aboutir à son terme à une proposition conceptuelle. Si, comme le fait remarquer Lucien Scubla, le passage par le terrain

ethnographique n'est pas toujours gage de pertinence théorique en anthropologie et ne saurait en tout cas être la seule voie pour produire des connaissances anthropologiques [52], il paraît en revanche discutable d'écarter l'ethnologie comme source et méthode de connaissance d'un domaine qui prétendrait relever de l'anthropologie.

La souffrance existe dans toutes les sociétés humaines, mais elle se manifeste dans des formes d'expression clinique différentes et les moyens thérapeutiques pour la prendre en charge diffèrent également. Ce point n'exclut pas une structure universelle de l'humain qui n'apparaît nulle part ailleurs que dans la singularité de chaque culture ; au contraire, il permet de distinguer cette dimension structurelle de ce qui relève de formations symptomatiques, toujours déterminées dans un rapport historico-socio-culturel. Comme le rappelle Hocart avec humour, « les obsessions d'un chrétien ne sont pas celles d'un bouddhiste » [32].

Les liens entre économie psychique et formes du lien social, mis en évidence dans des travaux psychanalytiques, notamment ceux de Melman [40] [39], sont particulièrement visibles aujourd'hui au travers de formes symptomatiques émergentes et nous rappellent à cet impératif d'ancrage de la clinique à ses dimensions sociale et culturelle.

À la réflexion, que les formes pathologiques soient tributaires des formes symboliques à l'œuvre dans une culture n'est guère surprenant [13] [28] [25] [27]. Si l'être humain se réalise dans un monde symbolique, comment la souffrance liée à sa condition pourrait-elle y échapper ? Si l'on considère une culture comme un ensemble autonome de systèmes symboliques complexes, constituant le monde pour l'humain qui s'y réalise, on voit mal comment le registre de la souffrance pourrait ne pas y être articulé.

Cet ancrage social et culturel de *l'esprit malade* est aussi le postulat que soutient Castel [9]. Bien qu'il n'utilise jamais le terme d'anthropologie clinique, d'une certaine manière nous pouvons nous sentir proches de son travail *d'anthropologie philosophique* sur les problèmes actuels de la psychiatrie. Ses démonstrations précisément documentées à partir de sources multiples éclairent de façon très convaincante les tensions entre théories neuroscientifiques et évolutionnistes et celles du constructionnisme social. Par la diversité des objets et des concepts mobilisés, ses travaux critiques sur la psychiatrie contemporaine dégagent des alternatives pour une science psychopathologique à laquelle l'anthropologie clinique peut se référer.

3. L'articulation des différentes approches cliniques

Officiellement, la psychiatrie revendique l'articulation des différentes approches sur lesquelles elle s'appuie et se dit capable de mobiliser au bénéfice des patients et de leur entourage un corpus théorique important, notamment biologique, neurophysiologique, psychopharmacologique, médical, psychanalytique, cognitif, systémique, comportemental et socioculturel. Dans la réalité, les partis pris idéologiques réduisent considérablement la mise en œuvre concrète de toute cette richesse, au détriment des patients. Mais au-delà des freins individuels ou groupaux, ne manque-t-on pas de cadres épistémologiques qui permettraient de favoriser les articulations ?

Envisagée comme une discipline à la fois clinique et anthropologique, l'anthropologie clinique doit pouvoir prendre appui, pour développer sa démarche, sur un socle théorique solide permettant de relier plusieurs dimensions qui engagent le phénomène humain. L'examen de différentes disciplines cliniques permet de proposer l'inventaire des dimensions suivantes : neurobiologique, pulsionnelle, langagière, cognitive, comportementale, relationnelle, sociale et culturelle. Cet inventaire relève d'une description des différentes formes cliniques psychiatriques contemporaines telles qu'on peut les observer. La tâche de l'anthropologie clinique n'est pas, selon nous, de remettre en cause l'existence de ces choix

épistémologiques qui conduisent à des découpages de l'humain en déplaçant des primats, mais bien de permettre l'étude, dans la perspective de l'unité et de la spécificité humaines, de ce que ces choix impliquent sur le plan de la connaissance, de la pratique et de l'éthique. Cette tâche suppose de disposer de cadres conceptuels permettant de dépasser de nombreuses dualités qui parfois font clivage : substance/forme ; corps/esprit ; neural/psychique ; normal/pathologique ; dedans/dehors ; structure/phénoménologie ; individu/système ; conscient/inconscient ; etc. Cette recherche d'articulations à la fois conceptuelles et cliniques passe par un travail de confrontation épistémologique⁴, où la définition de son propre champ n'aboutit pas à l'annulation de l'autre, mais à l'ouverture d'espaces porteurs de connaissances et d'inventions pratiques.

Pour étudier la complexité du phénomène humain, la nécessité de distinguer les différentes dimensions qui le constituent est évidente. Pour autant, comme le fait remarquer Morin, du point de vue de la méthode, *distinguer* n'est pas *disjoindre* [44, p. 115]. La nécessité de maintenir reliées ces différentes dimensions devrait nous apparaître tout aussi évidente, au risque d'une simplification rapidement appauvrissante sur le plan du savoir et de la pratique. Chaque fois qu'un paradigme s'érige en surplomb, privilégiant une dimension au détriment des autres, le phénomène humain est mutilé.

Nous avons dégagé trois conditions épistémologiques au fondement de l'anthropologie clinique, ancrée comme on le sait dans l'anthropopsychiatrie et sa perspective nosologique, elle-même ressaisie par l'anthropologie sémiotique. Afin de mesurer à leur juste valeur ces trois conditions et leur fécondité épistémologique, il serait nécessaire d'en montrer différentes applications dans la recherche et la clinique. Notamment, en faisant fonctionner des méthodes et des outils construits par la sémiotique, permettant d'examiner dans une approche intégrative, mais différentielle, les différentes formes de cliniques psychopharmacologique, psychothérapeutique et sociale. Ces développements, indispensables à une bonne compréhension de l'anthropologie clinique et de sa rigueur scientifique, feront l'objet d'un article ultérieur⁵.

Pour terminer, nous aimerions revenir sur deux problématiques significatives de l'anthropologie clinique, de manière à mieux en révéler encore son bien-fondé et sa portée, à savoir :

- L'analyse de situations psychopathologiques saisies à la lumière de l'anthropologie clinique ;
- et la place que l'anthropologie clinique réserve à la pulsion, et plus largement à l'intériorité subjective, dans le prolongement de la psychanalyse.

⁴ Certains lecteurs pourront être surpris que jusqu'à maintenant la référence à Bateson n'ait jamais été faite. Aux yeux des deux auteurs de cet article, ayant chacun eu l'occasion de se former à une approche systémique de la clinique, le parcours de cet anthropologue leur apparaît porteur d'une démarche particulièrement instructive en ce qui concerne les trois conditions épistémologiques régissant l'anthropologie clinique. L'exemplarité de la pensée de Bateson se vérifie à plus d'un titre. D'abord, il montre l'avantage que l'on peut tirer à aborder la clinique en intégrant les méthodes et le savoir de l'anthropologue. Ensuite, il a apporté la preuve qu'il peut être utile de partir de la clinique pour produire des connaissances en anthropologie, mais aussi que la démarche ethno-anthropologique s'avère féconde pour contribuer au développement de la clinique psychiatrique. Enfin, il rappelle que l'interdisciplinarité entre sciences de la culture et sciences de la nature reste un horizon de créativité et d'inspiration tant pour les cliniciens que pour les anthropologues.

⁵ À noter qu'il existe déjà depuis quelques années des travaux qui nouent sémiotique et clinique. Citons entre autres ceux précurseurs de Darrault-Harris et Klein [12], et plus près de nous ceux de Maes [37] et Escots [17].

II. Anthropologie clinique et psychopathologie

L'anthropologie clinique permet d'envisager, d'une manière plus sereine, différentes questions qui touchent au nouage du corporel, du psychique, du social et du culturel dans l'individu souffrant. Car la convocation de différentes disciplines dans une même démarche n'est plus freinée par des incompatibilités épistémologiques. En nous appuyant sur différents auteurs anthropologues et/ou cliniciens, nous aimerions montrer la pertinence du recours à l'anthropologie clinique pour formaliser ce nouage et favoriser ainsi le dialogue interdisciplinaire.

A. Manifestations pathopsychiques et formes symboliques

L'anthropologue Emily Martin a montré récemment en quoi la société américaine et son idéologie participent à « l'épidémie » de troubles bipolaires que connaissent actuellement les États-Unis [38]. En référence à l'anthropologie sémiotique, on peut identifier ici un ensemble de formes symboliques propres à différents domaines (politique, économique, médical, artistique, etc.), qui valorisent l'état maniaque assimilé au potentiel de créativité et de productivité, tout en dévalorisant l'état dépressif, peu compatible avec le « *fighting spirit* » (combativité) nécessaire au « rêve américain ». Le modèle politico-économique d'une société peu protectrice, où l'individu est seul responsable de sa construction et de sa reconstruction dans un monde économique en mutation permanente, façonne l'individu à développer des manifestations de l'état maniaque pour réussir. Et l'anthropologue de remarquer que les oscillations de l'humeur dans la maniaco-dépression sont en résonance analogique avec les « emballements » et la « dépression » des marchés.

Pierre-Henri Castel, à partir cette fois d'une perspective clinique, n'est pas éloigné lorsqu'il décrit « une pathologie de masse de l'imaginaire individualiste » [9, pp. 289-334], désignant ainsi une série « d'hystéries américaines » qui se décline en « *Gulf War Syndrome* » (syndrome de la guerre du Golfe), « *Multiple Personality Disorder* » (trouble de personnalités multiples), « *Chronic Fatigue Syndrome* » (syndrome de fatigue chronique), « *Multiple, Chemical Sensitivity* » (syndrome d'hypersensibilité chimique multiple). La liste est longue, mais le modèle identique. Ces pathologies qui se regroupent sous l'appellation de maladie sociogénique de masse (« *Mass Sociogenic Illness* ») ne sont pas des illusions sociales, car les symptomatologies persistent durant plusieurs années malgré les traitements (pharmacologiques) de l'anxiété qui les accompagnent. Pour autant, dans la mesure où il n'existe aucun cas isolé, « elles sont intrinsèquement des maladies de masse ». Mais ce qui est frappant, c'est que ces pathologies ne s'observent pas en dehors de leurs contextes culturels d'apparition. Comme le souligne Castel, elles sont « complètement inexportables hors des espaces socioculturels et politiques où elles étaient apparues » [9, p. 294]. Castel propose de considérer ces pathologies « *comme intimement mélangées avec des représentations collectives du mal-être* » [9, p. 297]. C'est-à-dire que ce que nous appellerons des formes symboliques propres à la culture américaine se trouve investi par une « dose d'idiosyncrasie » du sujet souffrant de façon singulière [9, p. 297].

Dans la distinction qu'opérait Georges Devereux entre les désordres sacrés de type chamanique, les désordres ethniques, les désordres types et les désordres idiosyncrasiques [13, pp 62-74], les deux derniers nous apparaissent particulièrement intéressants à considérer pour notre propos. Selon cet auteur, l'étiologie des troubles psychopathologiques qui ne sont pas idiosyncrasiques est déterminée par le type de structure sociale où ce trouble intervient, son tableau clinique étant structuré par son modèle culturel. Ou pour le dire autrement, le malade exprime une forme pathologique conforme à la description disponible dans sa culture

[13, p.72]. Dans les situations où les traumatismes sont atypiques ou peu fréquents dans une société donnée, le sujet « improvise » en détournant des mécanismes de défense culturellement inscrits pour se bricoler une pathologie idiosyncrasique. Toutefois, ce que fait remarquer Devereux, c'est qu'il existe toujours des similitudes entre les pathologies types d'une culture et les formes idiosyncrasiques, du fait que « les matériaux culturels (...) se prêtent particulièrement bien à une utilisation symptomatique » [13, p.74]. N'est-ce pas ce qui se passe dans les maladies sociogéniques de masse ? Par exemple, la place du traumatisme comme causalité psychique, la valorisation du statut de victime [19] et la recherche de la responsabilité d'un autre dans le destin tragique qui ne saurait être imputable à l'individu, ne s'agencent-elles pas dans des formes symboliques qui permettent au sujet d'y réinvestir ses souffrances propres ? Ici, la psychopathologie rejoint Mauss et selon Castel « *l'expression obligatoire des sentiments et des croyances* » [9, p. 297], ou Bateson quand il parle d'éthos en tant qu'« expression d'un système culturel unifié d'organisation des instincts et des émotions des individus » [3, p. 121] et d'eïdos envisagé comme classe des apprentissages cognitifs qui façonnent les perceptions et les croyances [2].

De fait, le développement épigénétique⁶ du sujet se fait au contact d'un « *entour sémiotique* » [47] lui-même tributaire des formes symboliques propres au moment socioculturel d'un lieu et d'une époque [48]. C'est donc bien dans l'expression pathologique telle qu'une culture en propose des formes publiques que se construit, à partir d'une histoire singulière, l'organisation psychopathologique individuelle. Si tout ceci est exact, il est légitime de s'interroger sur les formes que prennent le normal et le pathologique dans une époque où plus grand monde ne nie qu'elle fait objet de profondes mutations sociales et sociétales.

Le psychanalyste post-lacanien Charles Melman propose de définir le normal comme le partage du « refoulement, propre au milieu culturel » dans lequel le sujet fonctionne [39, p. 94]. Le refoulement dont il est question ici est celui que la culture impose à tous comme refoulement originel. Dans la société moderne occidentale, fondée par la chrétienté et les Lumières, Freud et un grand nombre de ses successeurs ont identifié le registre sexuel comme objet de ce refoulement originel. Ce refoulement primaire au fondement de l'inconscient freudien et de ses aménagements défensifs est apparu, comme le fait remarquer Melman à la suite de Lacan, « à un moment très précis de l'évolution culturelle » [40, p. 118]. Il s'agit donc d'une forme particulière d'inconscient qui ne vaut ni en tout lieu ni en tout temps. Pour certains cliniciens, cet inconscient freudien est en voie de disparition. Une série de formes symboliques que nous ne détaillerons pas ici, et qui organisent le rapport à soi, au corps, à la jouissance, aux objets, à la technologie, aux savoirs, à la sexualité, à la conjugalité, la famille, l'économique, le politique, etc., connaissent des mutations qui transforment le rapport à la normalité psychique et modifient les manifestations pathologiques.

⁶ Concernant les articulations entre psychopathologie, génome et environnement, nous retiendrons avec le prix Nobel de médecine Erik Kandel que si le développement des principales maladies mentales est génétique, l'altération des gènes n'explique pas pour autant l'ensemble de la variabilité des troubles mentaux majeurs. Selon Kandel, « des facteurs sociaux et développementaux y contribuent également de façon très importante. » [34].

Les travaux récents en épigénétique sont particulièrement intéressants à ce sujet : ils montrent que l'inscription de l'environnement au niveau biomoléculaire de l'organisme est désormais un acquis scientifique. Les facteurs génétiques ne s'expriment que dans un organisme en interaction avec un environnement biochimique et sémiotique-émotionnel qui modifie l'expression même du génome [31]. Il n'y a donc aucune raison d'écarter dans l'étiogénèse des troubles psychopathologiques, ni la dimension génétique et son expression dans son contexte biomoléculaire, ni la dimension sémiotique et son expression dans ses contextes psychiques et relationnels.

La lecture clinique que nous tentons de dégager à partir de l'anthropologie clinique s'avère en capacité de prendre en charge ces transformations, car, grâce aux vecteurs pulsionnels, elle relie la dimension culturelle dans sa variété, appréhendée en tant que formes symboliques, avec les manifestations pathologiques saisies dans une structure qui intègre les quatre formes cliniques universelles. En pensant la structure pathopsychique comme un système de formes de pathologies possibles qui ne sont pas hermétiques, imperméables et juxtaposées, mais articulées entre elles par des circuits pulsionnels qui répondent aux sollicitations existentielles rencontrées par l'humain, l'anthropologie clinique résout le problème diagnostique : la multiplication sans fin de critères nosographiques qui perdent la dynamique structurelle des phénomènes, comme à l'inverse la recherche de manière quasi obsessionnelle de *La* structure, sont abandonnées au profit d'un système ouvert qui permet de se repérer de façon précise et dynamique à partir d'un nombre limité de problématiques humaines universelles et toujours co-présentes [20, pp. 383-429].

Il s'agit là d'une manière de mieux prendre en compte les réalités cliniques contemporaines, qu'elles proviennent des mutations actuelles des sociétés occidentales ou de cultures non occidentales. Montrons-le encore sur deux points précis, les pathologies de l'autonomie, d'une part, et le « cas clinique » de la journaliste et chamane Corine Sombrun, d'autre part, avec la question psychopathologique fort intéressante posée par ses tracés électro-encéphalographiques.

B. Les pathologies de l'autonomie

Dans un article de 2007, le psychiatre belge Bernard Fourez appelle « maladies de l'autonomie » des pathologies qu'il estime paradigmatiques des mutations contemporaines dont nous parlions [24]. Bien qu'il ne propose pas de les décrire de manière systématique, il se dégage au fil du texte non pas un tableau clinique, mais une diversité de registres psychiques, susceptibles d'être affectés, selon les termes de l'auteur, par « la commande sociale » de l'autonomie. S'appuyant sur ses propres observations cliniques et sur l'analyse que fait Marcel Gauchet des sociétés contemporaines, dont le lien social est organisé sur la base de l'« individualisme démocratique », le psychiatre opère la distinction entre troubles de l'individuation (modernité) et troubles de l'individualisation (postmodernité). Alors que les premiers relèvent de l'inconscient freudien dont nous parlions précédemment, et concernent des problématiques de séparation/individuation, avec la névrose comme référent de normalité, les deuxièmes sont « fondés sur l'importance accordée à soi-même (narcissisme, estime de soi, adhérence à soi), la mise en scène de soi, ainsi que l'agissement de soi envers les autres afin de les retrouver » [24, p. 370]. Ce changement de structuration psychique et de problématiques psychopathologiques repose sur le positionnement que les formes symboliques de la postmodernité attendent du sujet dans ses rapports avec les autres. Autres, envisagés ici comme ceux qui lui fournissent les objets symboliques lui permettant de se construire une identité. Les problématiques d'individuation sont structurées à partir d'une représentation collective d'appartenance (lignée, clan, famille, couple, groupes) qui « fonde l'individu et le marque d'un rapport aux autres qui préexiste par rapport à sa singularité » [24, p. 369]. L'individualisme comme forme symbolique, qui condenserait un ensemble de valeurs et de normes postmodernes, façonne le psychisme pour penser le monde et son rapport à lui à partir d'un soi vécu comme une particule séparée des différents *Touts* dont dépend son existence. Les appartenances sont choisies, multiples, changeantes et instables, rendant ainsi le sujet particulièrement vulnérable à l'abandon. L'individu et sa subjectivité deviennent la mesure de toute chose, le point fondamental de référence pour se juger lui-même. Comme l'avaient montré Ehrenberg [16] [15] et Melman [40] [39] ce point a une conséquence sur le plan psychique, car, à devoir se définir et s'apprécier en permanence, il s'ensuit chez

l'individu une dépendance aux performances qu'il réalise et une vulnérabilité aux revers de l'existence. Structuré plus à partir du Moi idéal que de l'idéal du Moi, il trouve dans les sanctions que sa réalité lui inflige de quoi régler son tonus psychique, avec comme conséquence la fatigue à devoir être soi, « les difficultés de l'existence ne pouvant être ressenties ou appréciées que par l'insuffisance du Moi » [24, p. 371]. De plus, « l'individu manifeste une extrême dépendance vis-à-vis des autres », auprès de qui il se doit d'agir sans cesse son rapport « par des mises en acte, des mises en place, des présentations » de soi.

Un tableau se dessine sous les traits de la personnalité borderline où l'adversité atteint le sujet « en plein cœur de (sa) subjectivité ». On assiste alors à des effondrements humoraux narcissiques, à des troubles de « l'humeur paroxystique », qui indiquent bien l'impossibilité de tenue d'un édifice psychique, qui ne saurait se fonder sur un soi privé de référence extérieure. « Paroxysmalité », narcissisme, abandonnisme, Fourez associe ces traits dans un ensemble que la structure anthropoclinique de l'humain permet de saisir dans son dynamisme pathopsychique. De fait, avec la possibilité de penser ensemble des éléments qui appartiennent simultanément aux dimensions de la névrose, de la perversion et de la psychose, ainsi qu'à la dimension thymique, le modèle de l'anthropologie clinique trouve dans la description et l'analyse clinique de Fourez la preuve de sa pertinence pour saisir les transformations psychopathologiques de la clinique contemporaine.

Un autre type de trouble lié aux formes symboliques qui vectorisent l'impératif d'autonomie concerne cette fois les troubles anxieux, ainsi que ceux rangés par la nosographie du DSM V dans la catégorie des TOC. La culture de l'autonomie implique le révocable. Être autonome, c'est pouvoir changer sa décision, se dispenser d'éprouver la dépendance. « Le déroulement des événements de la vie d'un individu deviendra de plus en plus une suite de séquences de plus en plus courtes qui attesteront de son pouvoir de décision et aussi de son pouvoir de révocation. Le temps s'accélère inévitablement au pays de l'autonomie. » [24, p. 378]. Ainsi, la répétition dans la routine ou dans la contrainte, en annulant le sentiment de la décision autonome et en renforçant un éprouvé de dépendance, angoisse. Fourez remarque que des patients angoissent au volant uniquement sur les autoroutes et pas sur les routes : « l'autoroute contraint l'automobiliste à une dépendance (...) et à une liquidation de la possibilité autonome. » [24, p. 378]

Une anthropologie clinique des mondes contemporains permettrait de dégager plus rigoureusement et plus précisément les différents motifs et thématiques en jeu dans les transformations des formes symboliques engagées dans le façonnement psychique actuel. Elle pourrait aussi montrer comment ces motifs se profilent dans les domaines esthétique, technique, éthique et ethnique, qui déterminent ainsi des champs sémiotiques caractéristiques du monde contemporain au contact desquels le sujet se construit.

Signalons pour terminer que dans un article subséquent, après avoir montré comment notre contexte culturel (rapport au temps instantané, valorisation de l'expression de soi, du virtuel, etc.) favorise l'émergence d'une identité « saltatoire », Fourez va jusqu'à faire l'hypothèse que ce « bain culturel saltatoire » structure l'individu également dans son fonctionnement neurobiologique [23]. Il écrit : « J'envisage clairement que cet impact se loge dans les cognitions, les émotions, et donc dans le fonctionnement neurobiologique. Il possède son incarnation propre, à savoir une véritable inscription sous forme de marques, d'empreintes, de traces, constituées par la fréquente excitation de certaines configurations neurophysiologiques, qui peut aboutir à la sélection, la mémorisation et à l'automatisation de celles-ci » [23, 99], aboutissant à une forme de vie [21]. Une belle illustration de ce nouage entre le culturel, le psychisme et le cerveau, que l'anthropologie clinique cherche à penser.

Dans ce sens, le « cas clinique » de Corine Sombrun mérite d'être succinctement relaté, car il en est une illustration précise et concrète.

C. Une « chamane » sans troubles psychopathologiques présentant des tracés neurophysiologiques pathologiques

Pour mémoire, rappelons brièvement qu'il s'agit d'une journaliste qui rencontre le chamanisme à l'occasion d'un reportage en Mongolie. En observant le rituel de séances chamaniques pour des raisons professionnelles, il se trouve qu'elle va entrer en transe de manière spontanée et incontrôlable. Ce comportement est interprété par les chamanes comme une aptitude chamanistique de la journaliste, lesquels lui proposent alors de la former aux techniques chamaniques. Ce que la jeune Française fera durant huit années à l'occasion de séjours réguliers en Mongolie. Initialement pourvue d'une formation scientifique, Corine Sombrun décide au terme de sa formation de chercher à comprendre du point de vue des neurosciences les phénomènes dont elle fait l'expérience. Son expérience personnelle d'états de cognition modifiés et ses recherches intéressent depuis plusieurs années la communauté scientifique. Après examen clinique, batterie de tests et multiples EEG⁷, le professeur de psychiatrie clinique Flor-Henry directeur du Centre de diagnostic et de recherches de l'Hôpital de l'Alberta au Canada, conclut essentiellement trois choses :

- Corine Sombrun ne présente pas de troubles psychopathologiques [53].
- En état de transe, elle présente simultanément trois tracés EEG, qui sont similaires à ceux qu'on trouve dans la dépression profonde, l'état maniaque et la schizophrénie.
- Au terme de la transe, les tracés redeviennent normaux.

Plusieurs critiques sur le plan diagnostique et notamment sur les limites de l'EEG en psychopathologie pourraient être discutées [42]. Toutefois, la corrélation entre certaines manifestations cliniques typiques d'entités psychopathologiques et les tracés EEG n'est pas discutable. Il est troublant en effet de voir dans l'observation neurophysiopsychopathologique de l'expérience de Corine Sombrun des liens avec les postulats de l'anthropologie clinique :

- L'expression pathopsychique d'un individu est le résultat d'une combinaison de formes spécifiques, à l'intérieur d'un ensemble structuré de possibilités psychopathologiques.
- Normal et pathologique sont en rapport de continuité et d'inclusion réciproque et non d'exclusion mutuelle.

Ces données neurophysiologiques incitent à poursuivre sur la voie interdisciplinaire en n'excluant aucun niveau. En effet, cette « expérience » nous montre clairement que la mise en œuvre de techniques culturelles peut créer des modifications neuro-somato-psychiques qui s'inscrivent au niveau neurophysiologique. Ce n'est pas tant l'idée d'inscription neurophysiologique à partir d'activités culturelles que la réversibilité de ces modifications qui nous intéresse ici. Après tout, la torture codifiée dans certains manuels militaires peut le faire aussi en laissant des traces qui correspondent à des états de stress chroniques ou post-traumatiques. Ce qui intéresse donc, ce sont les liens qui unissent une pratique culturelle (le chamanisme) à des formes de pathologies qui ont été formalisés à partir de la démarche scientifique occidentale. Au travers de ce type d'états modifiés de conscience, l'hypothèse de la structure pathopsychique de l'humain trouve un début de preuve encourageant, d'autant plus qu'il s'agit des principales formes de troubles psychiatriques : dépression, état maniaque

⁷ Électroencéphalogrammes.

schizophrénie. De plus, la question de la réversibilité que montre cette situation expérimentale confirme les intuitions de certains cliniciens qu'il n'y a pas de fatalité physiologique aux situations cliniques aiguës. Enfin, la coprésence de formes pathologiques manifestes au niveau de l'encéphale démontre que le cloisonnement des structures psychopathologiques n'a aucun fondement neurophysiologique.

III. Psychanalyse et intériorité subjective

Compte tenu de l'apport de la psychanalyse à la psychopathologie et, qui plus est, du rôle qu'elle joue dans l'anthropopsychiatrie de Schotte, il nous semble utile de préciser la place que lui réserve le projet d'anthropologie clinique. Soucieux de penser les articulations épistémologiques entre les différents niveaux de l'humain, nous le ferons ici en approfondissant l'articulation entre le registre pulsionnel et celui des champs sémiotiques. Une manière de mieux définir l'intériorité psychique ou subjective telle que la conçoit l'anthropologie clinique.

A. Pulsion, fantasme et sémiotique

Dans le cadre d'une anthropologie clinique, vouloir nouer pulsionnel et sémiotique suppose de regarder comment, dans le cadre de la théorie psychanalytique et au niveau de la pulsion, se noue somatique et psychique.

Nous avons vu plus haut que les formes symboliques sont des sémiotiques en tant que mode de donation du sens. C'est-à-dire qu'elles fournissent les conditions d'un processus d'effet de sens. Il y a donc, dans la nature même des formes symboliques, une dimension publique, collective qui noue de façon inextricable donation de sens et socialité. Qu'en est-il de cette dimension dans l'intrication du pulsionnel et du fantasme ?

Pour Mélon et Lekeuche, deux disciples de Schotte, le fantasme est ce qui vient à la place du gène chez Szondi comme fondement du pulsionnel. « En tant qu'ils (les fantasmes) forment le noyau de l'inconscient, écrivent-ils, ils sont à l'origine des motions pulsionnelles si bien que ce que nous nommons "positions pulsionnelles" pourrait aussi bien être appelé positions fantasmatisques. » [41, p. 26]. Dans cette perspective, le fantasme serait la part psychique liée au somatique, qui permet de conférer à la pulsion son statut de notion à l'interface somato-psychique.

Mais qu'est-ce que le fantasme pour la psychanalyse ? Une élaboration, c'est-à-dire une liaison entre énergie psychique et symbolisation. Un « scénario imaginaire », une « phrase », une « grammaire » chez Lacan, qui viendrait par la médiation de l'imaginaire lier un sujet divisé par le langage à un objet de désir. Autrement dit, une narration inconsciente propre au sujet, donnant à la part biologique de la pulsion une forme narrative singulière qui oriente but, objet, poussée et source.

Comment cette médiation imaginaire opère-t-elle ? Pour Mélon et Lekeuche, qui s'appuient sur Laplanche et Pontalis, ce sont les fantasmes originaires, « noyau de l'inconscient », matrice de la « réalité psychique », qui vont servir de narrations premières pour répondre aux énigmes anthropologiques de la « vie et du sexe », auxquelles se trouve confronté tout(e) jeune *homo sapiens*. Pour ces auteurs, « il n'y a pas de différence au fond, entre les fantasmes originaires et les théories sexuelles infantiles. » [41, p. 38]. Nous ne discuterons pas ici du statut scientifique des fantasmes originaires, actant seulement la place fondamentale qu'occupe dans la doctrine psychanalytique l'hypothèse d'un héritage phylogénétique de

structures narratives inconscientes, postulé par Freud et ses successeurs. Bien qu'il n'en parle pas en ces termes, Damasio admet l'idée d'un inconscient génomique, qui a « à voir avec la structuration de l'espace social (...) et avec de nombreux aspects de la sexualité humaine, comme Freud et Jung l'ont bien vu » [10, pp. 336-338]. Selon lui, cet inconscient génomique contribue aux récits fondateurs des religions et fixerait finalement des structures narratives universelles.

Quoi qu'il en soit, des quatre fantasmes originaires liés au complexe d'Œdipe, « retour au sein maternel » (*régression*) ; *séduction* de l'enfant par l'adulte ; *scène primitive* du coït parental ; et fantasme de « *castration* », il s'agit toujours de narration. Autrement dit, qu'il soit au nombre de quatre, comme le déploiement théorique post-schottien de Mélon et Lekeuche l'implique, ou que leur nombre soit augmenté ou réduit selon les théories, cela ne change pas grand-chose pour notre propos. L'hypothèse que nous donne la psychanalyse est que pour se construire comme sujet de désir, il faut en passer par des mises en formes narratives du registre pulsionnel. Lacan parle de fantasme comme d'un « montage grammatical où s'ordonne suivant divers renversements le destin de la pulsion, de telle sorte qu'il n'y a plus moyen de faire fonctionner le "je" dans sa relation au monde qu'à le faire passer par cette structure grammaticale » [35, p. 241]. Notons également l'effort entrepris par Schotte en vue de désubstantiver les pulsions, déplaçant l'enjeu pulsionnel de l'objet-but qu'elles visent « au mouvement qu'elles entraînent et (à) la trajectoire qu'elles épousent. Ainsi se trouve détrônée la toute puissante catégorie de l'objet et promue celle du verbe » [41, p. 28]. Les travaux particulièrement éclairants de François Ansermet et Pierre Magistretti concernant l'articulation des neurosciences à la psychanalyse ouvrent un chemin de compréhension du nouage entre soma et dimension neuro-psychique, où trace synaptique et trace psychique s'identifient dans ce que Lacan désignait sous le concept de signifiant [1, p. 89] : « Se construit ainsi, écrivent-ils, une réalité interne qui a des enchaînements logiques autres que ceux de la réalité externe, par lesquels les signifiants s'organisent en des scénarios qui correspondent aux fantasmes. (...) Ces signifiants nouveaux de l'inconscient, organisés dans un scénario fantasmatique, sont associés de manière étroite à ces états somatiques, constituant l'ancrage somatique de la pulsion. » [1, p. 168].

Il semble bien que le fantasme, dont parlent les psychanalystes et dont l'énoncé « *on bat un enfant* » est typique, soit un « petit théâtre actanciel » où sujet/verbe/objet structurent un récit minimal sous forme d'un schéma ou d'un modèle actanciel [55] [30] [45]. Que la réalité psychique qui se manifeste sous forme de fantasmes puisse relever de méthodes sémiotiques n'a du point de vue de sa dimension narrative rien de bien surprenant, et il revient au clinicien de décider ce qu'il peut faire de cette proposition. Ce qui est plus intéressant dans la perspective qui est la nôtre, c'est de pouvoir à partir de là, approfondir le nouage entre registre pulsionnel et champs sémiotiques.

B. Mythes sexuels infantiles et matrice fantasmatique

La psychanalyste Sophie de Mijolla-Mellor a mis en question les théories sexuelles infantiles de Freud sur certains points, en s'interrogeant notamment sur la place que tient le « langage pour l'enfant » [43, p. 61]. Elle fait l'hypothèse qu'il existe une phase préalable à la théorisation sexuelle, que connaît l'enfant lorsqu'il est confronté à des événements énigmatiques et excitants, comme au désarroi de la « perte d'évidence » que cela génère en lui. Admettant la constitution d'une énigme, du type que nous évoquions avec les fantasmes originaires, de Mijolla-Mellor diffère toutefois de Freud, Mélon et Lekeuche, quant à la résolution de l'énigme. Elle souligne que l'enfant passe par une phase qui précède celle de la théorie sexuelle, à savoir celle de la construction de « mythes magico-sexuels ». À l'appui de

sa thèse, elle en réfère à Cassirer, dont elle rappelle l'importance pour cet auteur de la foi qu'on met dans un contenu mythique, du fait même qu'il propose une forme pour organiser le monde. Une manière plus éclairante pour elle de mettre en évidence « la sexualisation de la pensée et la toute-puissance des mots pour l'enfant » [43, p. 63].

Dans cette proposition inspirée de la philosophie des formes symboliques, il y a l'appréhension, sur le sol de la clinique, de l'articulation native que pose Cassirer entre mythe et langage. De Mijolla-Mellor cite Cassirer qui écrit à propos du mythe : « La chose et la signification se confondent dans l'indifférence et se sont développées de concert en une unité immédiate, née du monde de la sensation passive » [43, p. 63]. Une « sensation passive » qui s'apparente à ce qui excède les possibilités de l'appareil psychique. Un réel a fait irruption d'où naît une « inquiétante étrangeté » (*Unheimlich*). Comme l'écrivent Mélon et Lekeuche, « une brèche est alors creusée, par où l'énergie psychique s'échappe dans le mouvement d'agitation tourbillonnaire que traduit l'angoisse » [41, p. 46], angoisse que les mythes magico-sexuels ont pour fonction de contenir et d'orienter. Il s'agit en fait d'une première formation de l'inconscient (freudien) où s'originent, en plus de l'activité fantasmatique, l'activité historisante (dont l'avatar est le roman familial) et l'activité théorisante (théories sexuelles infantiles). Cette hypothèse permet de se passer du recours au bagage phylogénétique pour expliquer l'activité fantasmatique à l'origine des théories sexuelles infantiles, sans pour autant avoir besoin de nier la possibilité de leur existence. L'intrication du fonctionnement du langage et de l'activité mythique, résultant chez l'enfant en une activité symbolique qui servira de matrice aux scénarios imaginaires ultérieurs, est amplement suffisante.

Les exemples cliniques que donne de Mijolla-Mellor suffisent à convaincre de cette intrication où une « image acoustique » vide de signification pourvoit l'enfant, par l'efficacité magique des mots, d'un signe idiomatique qui se remplira de significations singulières au fil des connexions qu'il effectuera avec différents éléments de l'énigme. « Ces mots étranges, l'enfant les prélève dans un discours parental qui ne lui est pas adressé et où il est question de sexe et de mort, il les transforme à sa manière et les invoque comme des puissances obscures » [43, p. 68]. La psychanalyste identifie un triple intérêt à ces mots aussi étranges que les situations pour lesquelles ils sont invoqués : ils sont proches de la sensation du fait de leur sonorité ; ils sont secrets et sexuellement excitants ; ils sont identificatoires, car ils appartiennent au lexique de l'enfant et non à la langue commune. En fait, au-delà du monde familial, l'enfant prélève aussi par bribes et morceaux des matériaux culturels divers, contes, légendes, récits, comptines, chanson, etc., au hasard des circonstances et des réponses dont il a besoin. Le mythe n'est pas d'emblée un récit organisé, mais un conglomérat de sensations, de paroles et d'excitations, liées à des mots-clefs. Ce n'est que dans un second temps grâce à l'imaginaire et la constitution de ce personnage dans le miroir, que des récits mythiques vont pouvoir se structurer par la production de fictions.

C. Intériorité psychique et forme symbolique

Nous retrouvons là l'usage de la notion de formes symboliques de Cassirer à partir de l'intrication du mythe et du langage comme mode de donation du sens, mais cette fois au niveau individuel. Ce travail d'élaboration interne de l'enfant confronté aux énigmes du sexuel, de la vie et de la mort, à partir d'un certain rapport au fonctionnement de la langue, n'est pas sans évoquer ce dont parle Victor Rosenthal à propos des fonctions de la voix intérieure et particulièrement de la possibilité même de produire une intériorité psychique, un sujet pensant et responsable [49].

Ce début de pensée narrative chez l'enfant est sans doute une étape essentielle dans la construction de cette intériorité psychique. Bruner cite le cas de cette petite fille de presque trois ans qui, avant de s'endormir, se racontait à voix haute des histoires à partir des expériences et des questions qu'elle se posait ; interrogations nées de la surprise et de l'inattendu vécus, conduisant le pionnier de la révolution cognitive à envisager une pulsion narrative chez sapiens [6, pp. 31-32]. Pour Rosenthal, cette étape correspond à celle transitoire de la pensée égocentrique de Piaget, envisagée par Vygotsky comme pivot entre le langage extériorisé et le langage intérieur [49, pp. 56-62]. Le psychologue russe considère qu'à ce stade du développement (contact avec le milieu scolaire), il s'agit pour l'enfant de s'approprier des signes et des symboles prélevés dans l'environnement par des opérations extérieures (nommer, compter, etc.) en vue de résoudre des problèmes psychiques intérieurs. À ce stade, le mot apparaît pour l'enfant davantage comme une propriété de la chose nommée que comme un symbole qu'il fixe lui-même. À suivre la chronologie développementale, il semble que la construction des mythes magico-sexuels postulée par de Mijolla-Mellor débute à cette période et se prolonge au stade suivant de la « croissance en dedans », qui aboutit à la constitution du langage intérieur. Là, l'intériorisation des opérations extérieures par transformation va permettre graduellement d'attribuer des significations internes aux mots. Ce passage de l'extérieur à l'intérieur par transformation procède analogiquement. Hofstadter et Sander le montrent sur la façon dont les enfants de cet âge s'approprient des catégories nouvelles par analogie [33, pp. 45-109]. L'enfant déjà, à l'instar de l'être humain adulte qu'il deviendra, procède par extension et glissement catégoriel [33, p. 315]. De Mijolla-Mellor explique par exemple que pour une patiente « *mousse blanche* » devint une unité lexicale singulière qui prit une valeur mythique. « Une camarade lui avait expliqué que les hommes produisaient avec leur pénis une substance de cette sorte, hypothèse qui pour elle s'était immédiatement reliée au fait que son père n'aimait pas qu'elle le regarde attentivement s'enduire de mousse à raser le matin et qu'il lui avait répondu, sans autre explication, que les hommes étaient obligés de se raser et qu'elle-même en tant que petite fille avait bien de la chance de ne pas subir une telle corvée dans le futur. » [43, p. 68].

Le mythe magico-sexuel qui vise à répondre aux énigmes anthropologiques de la différence des sexes et de la génération va se condenser dans une formule, un mot « *à la fois éclairant, incompréhensible, jouissif et terrifiant* » [43, p. 70]. Une fois ritualisé par son évocation, il sera à même de remplir sa fonction de forme symbolique singulière pour l'enfant. Une forme symbolique mythico-langagière qui rassemble et tient, dans une même unité, des significations disponibles et accessibles au seul usage interne de l'enfant.

Faut-il ranger les mythes magico-sexuels des enfants dans la catégorie des formes symboliques ? Cela peut sembler paradoxal dans la mesure où il s'agit d'un usage singulier et interne par opposition à l'usage collectif et au caractère public qui participent de la définition même des formes symboliques. Ces mythes magico-sexuels sont à l'interface entre le caractère privé de leurs usages et le caractère public où des éléments se prélèvent pour s'assembler d'une manière singulière et idiomatique. Ce qui fait leur caractère privé est lié au caractère secret de la thématique sexuelle qui les concerne. Pour autant, ce que l'enfant croit avoir compris de l'énigme grâce à son mythe a pour lui une valeur universelle. Le mythe magico-sexuel fonctionne pour lui comme une forme symbolique dont il croit qu'elle vaut aussi pour tous. Les normes de la socialité à cet âge découragent la plupart du temps de partager ce type de savoir sexuel, elles encourageraient plutôt à le faire fructifier en territoire intime.

De la même façon, bien que nous n'ayons pas l'espace pour le développer ici, nous devons évoquer la place des mythes familiaux envisagés par l'anthropologie clinique comme des formes sémiotiques spécifiques à chaque famille dans leur rôle d'organisateur psychique de la

construction de l'intériorité avec ses conséquences psychopathologiques. De nombreux thérapeutes familiaux (Ferreira, Neuburger, Caillé, etc.) ont utilisé cette notion pour rendre compte d'un niveau d'organisation d'ordre symbolique au sein des systèmes familiaux⁸. Le travail du psychanalyste et thérapeute familial Pierre Benghozi sur le maillage des contenants généalogiques [4] nous semble, du point de vue de son élaboration conceptuelle, anticiper sur la dimension sémiotique à l'œuvre entre l'inter et l'intrapsychique. Le cadre conceptuel qu'il propose s'inscrit dans cette perspective d'articulation des dimensions socio-culturelle, familiale et individuelle de la clinique. Il propose un ensemble de concepts pour penser au niveau intermédiaire entre le sociétal et l'individu une anthropologie clinique du fonctionnement des groupes humains.

IV. Conclusion

Au terme de ce parcours, l'anthropologie clinique mal définie jusqu'à nos jours se voit ainsi modestement précisée dans ses contours. Particulièrement à un moment où les enjeux cliniques, scientifiques et politiques se resserrent, il est bon de savoir d'où l'on vient pour réaffirmer le sens que l'on se donne et pour se porter en avant. Et ce d'autant plus qu'il paraît raisonnable de penser que les sociétés contemporaines sont le théâtre d'une évolution inédite dans l'humanisation, dont on commence à reconnaître les conséquences sur les manifestations pathopsychiques, comme sur nos façons de penser, d'accueillir et de soigner les humains souffrants.

Construire l'anthropologie clinique à l'articulation de l'anthropopsychiatrie et de l'anthropologie sémiotique, c'est tenter de permettre à la clinique de s'inscrire, grâce à l'anthropopsychiatrie, dans le champ de l'anthropologie et de la doter, grâce à l'anthropologie sémiotique de moyens rigoureux pour assurer sa démarche scientifique. Reposant sur un postulat sémiotique, structural *et* phénoménologique, l'anthropologie sémiotique est une chance pour l'anthropologie clinique. Elle permet d'envisager le lien unissant corps et langage selon un nouage qui fait tenir ensemble sémiose, cognition et interaction sociale, et qui maintient ainsi le processus sémiotique ancré au niveau biologique, tout en le distinguant des sémiotiques animales. L'anthropologie sémiotique propose un cadre épistémologique pour dépasser l'antagonisme entre sciences de la nature et de la culture, ouvrant ainsi la possibilité de poursuivre, en l'approfondissant et en le précisant, le projet d'une clinique psychiatrique et psychothérapeutique scientifique. En d'autres termes, notre proposition épistémologique, en permettant de tenir ensemble les niveaux neuro-somato-psychique et sémio-culturel dans leur cohérence pathopsychique, ouvre l'étude interdisciplinaire de leurs articulations.

La notion de forme symbolique nous permet de saisir les dynamiques socioculturelles qui conditionnent les modalités groupales et relationnelles où se façonne l'intériorité individuelle. Chaque forme de vie humaine trouve à se déterminer dans les formes symboliques de l'entour sémiotique qu'elle habite et qu'elle contribue de façonner. À titre d'hypothèse heuristique, considérons que de bout en bout, de la naissance à la mort, l'être humain trouve dans le couplage des formes de vie et des formes symboliques un système dynamique autopoïétique⁹

⁸ Le lecteur intéressé pourra consulter le Dictionnaire des thérapies familiales de Jacques Miermont sous l'entrée « Mythes familiaux » (Payot, 2001, pp. 467-472).

⁹ Pour Francisco Varela, « Un système autopoïétique est organisé comme un réseau de processus de production de composants qui (a) régénèrent continuellement par leurs transformations et leurs interactions le réseau qui les a produits, et qui (b) constituent le système en tant qu'unité concrète dans l'espace où il existe, en spécifiant le domaine topologique où il se réalise comme réseau. Il s'ensuit qu'une machine autopoïétique engendre et

de modes de donation de sens de son expérience singulière de vie individuelle et collective. Si les manifestations pathopsychiques morbides s'envisagent comme des défaillances de cette fonctionnalité des modes de donation de sens, alors le travail thérapeutique — qu'il soit individuel, familial, groupal ou communautaire — consiste finalement à restaurer à différents niveaux des modes non morbides de donation de sens¹⁰. Ainsi, que l'abord du patient soit neurobiologique, psychanalytique, systémique, cognitif, psycho-corporel ou comportemental, les différences se situent au niveau où ces modalités interviennent. Les éléments sémiotiques peuvent opérer au niveau inconscient de leurs liaisons dans le pulsionnel, ou à des niveaux préconscients repérables dans des schèmes cognitifs ou des scripts interactionnels, mais il s'agit toujours de formes sensibles régies par les lois de la sémiotique. Allons jusqu'à faire l'hypothèse que quand un changement se réalise à partir d'un mode d'entrée thérapeutique spécifique, des changements s'opèrent dans la plasticité neuronale affectant différents modes de donation de sens à des niveaux conscient ou inconscient. De ce point de vue, la revendication de « légitime » supériorité des modèles thérapeutiques selon le niveau où ils opèrent n'a pas de sens. Dans la réalité pratique de la clinique, tous les patients ne peuvent pas accéder à n'importe quel dispositif thérapeutique, à n'importe quel moment de leur existence. Les conséquences de ces constats sont à la fois concrètes pour la clinique, mais aussi d'ordre politique, et relèvent de l'administration et de l'économie de la santé.

V. Bibliographie

1. Ansermet F. et Magistretti P. 2011. *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*. Paris : Odile Jacob.
2. Bateson G. 2000. *La Cérémonie du Naven*. Paris : LGF - Livre de Poche.
3. Bateson G. 1977. Bali : le système de valeur d'un état stable. *In Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Seuil.
4. Benghozi P. 2010. Le scénario généalogique Porte-la-Honte. *Dialogue*. 4-190 : 25-40.
5. Binswanger L. 1971. Le rêve et l'existence. *In Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit.
6. Bruner J. 2010. *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ? Le récit au fondement de la culture et de l'identité*. Paris : Retz.
7. Cassirer E. 1995. *Écrits sur l'art : Forme et Technique*. Paris : Cerf.
8. Cassirer E. 1991. *Logique des sciences de la culture*. Paris : Cerf.
9. Castel P.-H. 2009. *L'Esprit malade. Cerveaux, folies, individus*. Paris : Les Éditions d'Ithaque.
10. Damasio A. 2010. *L'autre moi-même*. Paris : Odile Jacob.
11. Damasio A. 1995. *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob.
12. Darrault-Harris I. et Klein J.-P. 1993. *Pour une psychiatrie de l'ellipse*. Paris : PUF.

spécifie continuellement sa propre organisation. Elle accomplit ce processus incessant de remplacement de ses composants, parce qu'elle est continuellement soumise à des perturbations externes, et constamment forcée de compenser ces perturbations. Ainsi, une machine autopoïétique est un système à relations stables dont l'invariant fondamental est sa propre organisation (le réseau de relations qui la définit) » [56, p.45].

¹⁰ Y compris par des traitements psychopharmacologiques.

13. Devereux G. 1977. *Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris*. Paris : Gallimard.
14. De Waal F. 2013. *Le Bonobo, Dieu et nous*. Paris : Les liens qui libèrent.
15. Ehrenberg A. 1998. *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.
16. Ehrenberg A. 1995. *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy.
17. Escots S. 2011. La thérapie familiale comme espaces narratifs pour les familles contemporaines — Apport de la sémiotique à une anthropologie clinique des systèmes humains. *Thérapie Familiale*. 32-2 : 293-314.
18. Escots S. et Duruz N. 2015. Esquisse d'une anthropologie clinique I. Anthropopsychiatrie et anthropologie sémiotique. *Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*. 13-3 : 27-52.
19. Fassin D. et Rechtman R. *L'empire du traumatisme*. Paris : Champs Flammarion.
20. Feys J.-L. 2009. *L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte*. Paris : Hermann.
21. Fontanille J. 2015. *Formes de vie*. Liège : Presses Universitaires de Liège.
22. Fontanille J. 2003. *Sémiotique du Discours*. Limoges : PULIM.
23. Fourez B. 2009. De l'identité historique à l'identité saltatoire ou du Lego® au Nintendo®. *Thérapie Familiale*. 30-1 : 91-106.
24. Fourez B. 2007. Les maladies de l'autonomie. *Thérapie Familiale*. 28-4 : 369-389.
25. Fourez B. 2004. Personnalité psychofamiliale, personnalité psychosociétale. *Thérapie Familiale*. 25-3 : 255-275.
26. Gagnepain J. 1994. *Huit Leçons d'Introduction à la Théorie de la Médiation*. Louvain-La-Neuve : Peeters.
27. Gaillard J.-P. 2007. Sur le façonnement psychosociétal en cours : enjeux psychothérapeutiques et éducatifs. *Thérapie Familiale*. 28-4 : 349-367.
28. Gauchet M. 2003. Essai de psychologie contemporaine. *In La démocratie contre elle-même*. Paris : Gallimard.
29. Gosselin V. 2011. *Problématique(s) des rapports soma/psyché dans les neurosciences et dans la psychanalyse. Du réel de la science au réel du parlêtre*. Thèse. Toulouse : UTM.
30. Greimas A. J. 1966. *Sémantique structurale*. Paris : PUF.
31. Heard E. 2015. « Stabilité versus plasticité chromatinienne en réponse au stress. », Cours au Collège de France.
32. Hocart A.-M. *Au commencement était le rite. De l'origine des sociétés humaines*. Paris : La Découverte/MAUSS.
33. Hofstadter D. et Sander E. 2013. *L'analogie cœur de la pensée*. Paris : Odile Jacob.
34. Kandel E.-R. 2002. Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie. *Évolution Psychiatrique*. 67 : 12-39.
35. Lacan J. 1970. Radiophonie. *Scilicet*. 2/3 : 241.
36. Lambert N. et Lotstra F. 2005. L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young : de l'éthologie à la neurobiologie. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 35-2 : 83-97.
37. Maes J.-C. 2014. *Liens qui lient, liens qui tuent - L'emprise et ses dérives*. Montréal : Liber.

38. Martin E. 2013. *Voyage en terres bipolaires : Manie et dépression dans la culture américaine*. Paris : Éditions rue d'Ulm.
39. Melman C. 2009. *La nouvelle économie psychique*. Toulouse : Érès.
40. Melman C. 2002. *L'Homme sans gravité*. Paris : Denoël.
41. Mélon J. et Lekeuche P. 1992. *Dialectique des pulsions*. Louvain-La-Neuve : De Boeck.
42. Micoulaud-Franchi J.-A. et al. 2013. Neurophysiologie clinique en psychiatrie : techniques, vocabulaires et indications de l'électroencéphalographie conventionnelle. *Annales Médico-Psychologiques*. 171-5.
43. Mijolla-Mellor S. 2002. Les mythes magico-sexuels dans l'imaginaire de l'enfant. *Imaginaire & Inconscient*. 3-7 : 61-70.
44. Morin E. 1981. *Pour sortir du XXe siècle*. Paris : Nathan.
45. Petitot J. et Thom R. 1983. Sémiotique et théorie des catastrophes. *Actes sémiotiques*. 47-48 : 3-58.
46. Pommier G. 2004. *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*. Paris : Flammarion.
47. Rastier F. 2007. Le langage a-t-il une origine. *Texto !* [http://www.revue-texto.net/Dialogues/FR_Green.pdf].
48. Rastier F. 2002. Anthropologie linguistique et sémiotique des cultures. *In Introduction aux sciences de la culture*. Paris : PUF.
49. Rosenthal V. 2012. La voix de l'intérieur. *Intellectica*. 2-58 : 53-89.
50. Rudrauf D. 2014. Structure-Function Relationships behind the Phenomenon of Cognitive Resilience in Neurology : Insights for Neuroscience and Medicine. *Advance in Neuroscience*. article ID 462765, 2014.
51. Schotte J. 1999. *Fonder une anthropo-psychiatrie*, DVD n°1. Lausanne : UNIL.
52. Scubla L. 2011. Entretien avec Lucien Scubla : Les raisons d'un rejet. In Dossier « René Girard, aux origines de la culture ». *Sciences Humaines*. 228-53 : 53-54.
53. Sombrun C. 2012. *Les esprits de la steppe, avec les derniers chamanes de Mongolie*. Paris : Albin Michel.
54. Stern D. 2000. *Journal d'un bébé*. Paris : Odile Jacob.
55. Tesnière L. 1965. *Éléments de syntaxe structurale*. Paris : Klincksieck.
56. Varela F. J. 1980. *Autonomie et connaissance*. Paris : Seuil.