

# Psychopathologie , Contexte et Culture

Octobre 2020



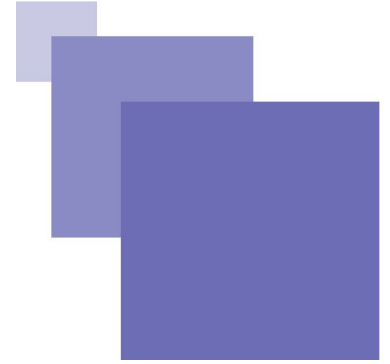
CATHERINE MARION-LISSAJOUX, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE,  
ENSEIGNANTE IED-PARIS8

# Table des matières





# Introduction



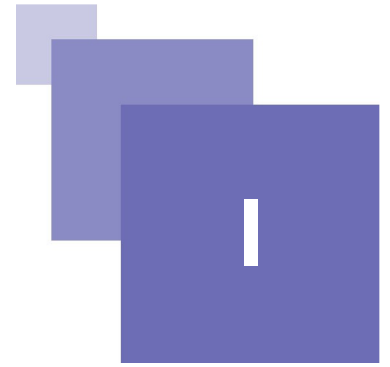
Ce cours vous propose une introduction à un domaine de recherche spécifique, jusque là encore non étudié dans le cadre de vos études de psychologie clinique : l'ethnopsychiatrie comme méthodologie de recherche clinique et ses propositions méthodologiques concernant l'analyse des processus thérapeutiques.

Depuis les années 50-60, de nombreuses recherches fondées tant sur la psychiatrie que l'anthropologie se sont développées, en Amérique du Nord, puis en Europe - *Folk-psychiatry*, *Cross cultural*, *Transcultural Psychiatry*. En France, l'ethnopsychiatrie est un nouveau paradigme en psychopathologie qui s'est développé depuis les années 80-90.

**L'ethnopsychiatrie est issue des travaux de Devereux, puis de T. Nathan. Suite aux propositions théoriques de Devereux dans les années 70 concernant le complémentarisme, Nathan a proposé une nouvelle direction de recherches cliniques, l'ethnopsychiatrie. Selon l'auteur, l'ethnopsychiatrie est d'abord un champ expérimental de médiation clinique** - médiation étant entendue comme la reconnaissance des conflits et incompréhensions entre patients migrants et psychologues cliniciens, puis, la recherche d'« *actions diplomatiques* » entre les deux parties.

Ces conflits de théories sont essentiellement dus aux contradictions propres au domaine. Nous allons donc définir les différents champs de recherche de ce domaine, puis l'ethnopsychiatrie créée par T. Nathan, et examiner les différentes problématiques cliniques et théoriques engendrées par ces recherches, en les illustrant cliniquement de situations cliniques et/ou anthropologiques.

# L'ethnopsychiatrie entre ethnopsychanalyse, psychiatrie comparée et psychiatrie transculturelle



## *Définition des différents domaines*

La définition du domaine de cette discipline hybride entre psychiatrie et anthropologie se partage entre au moins les cinq grands courants de recherche suivants : "psychiatrie comparée", "psychiatrie sociale", "ethnopsychanalyse", "psychiatrie transculturelle", "ethnopsychologie".

La «*psychiatrie comparée*» est le plus ancien des termes, employé par **Kraepelin** (dans son ouvrage *Psychiatrie comparée*, 1904) pour désigner la psychiatrie cherchant à repérer les différences de manifestations des symptômes à travers les différentes cultures. Les travaux de recherches de E. et M.C. Ortigues au Sénégal se situent parfois dans cette même direction (*Oedipe Africain*, Paris, Plon 1966), dans l'emploi du terme, et avec leur proposition de description des Wolofs et des Lebous du Sénégal comme des "proto-lacaniens".

C'est le terme «*psychiatrie sociale*» représentée par **Collomb** à Dakar dans les années 60 qui succède à la «*psychiatrie comparée*» du début du siècle. Elle se fonde sur l'idée qu'il existerait une psychopathologie africaine (d'où la revue du même nom : *Psychopathologie Africaine*), et donc une psychopathologie maghrébine, une psychopathologie asiatique, etc., considérant les techniques thérapeutiques traditionnelles comme une sorte de psychiatrie primitive.

«*L'ethnopsychanalyse*» est un terme qui apparaît chez **Devereux** dans les années 70 et désigne une méthodologie – le complémentarisme, plus qu'une discipline. Aujourd'hui, l'ethnopsychanalyse désigne un courant qui se référerait plutôt à la psychanalyse qu'à la psychiatrie, tout en conservant les concepts princeps des deux domaines (anthropologie et psychanalyse).

Les recherches américaines en anthropologie médicale des années 80 (**Kleinman, Good**, par exemple) ont défini ce domaine en terme de « *psychiatrie transculturelle* », intégrant certains faits anthropologiques tout en conservant, là encore, les grands concepts des deux domaines (psychiatrie et anthropologie), et aboutissant à confirmer les principales options de la psychiatrie.

Enfin, « l'« *ethnopsychologie* » » est un courant essentiellement américain (mais également français avec des auteurs comme **Stork, Brill, Rabain**), dont l'orientation méthodologique consiste à étudier les différences du développement psychologique au filtre des différences culturelles. Toutes ces propositions se fondent sur des études de terrain spécifiques (Mélanésie, Sénégal, Chine par exemple pour les principaux auteurs représentatifs de chaque courant).

Le terme « *ethnopsychiatrie* » a également été proposé par Devereux [Devereux Georges] [Devereux Georges], en même temps que l'ethnopsychanalyse, probablement parce que ses formations d'origine recouvraient tant la psychanalyse que l'anthropologie. Il propose de concevoir l'autonomie de l'ethnopsychiatrie, comme une méthode de recherches dont l'objectif principal serait « la fécondation réciproque des concepts » (p. 3-4), tant de l'anthropologie que de la psychiatrie. L'ethnopsychiatrie devrait, pour l'auteur, « confronter et coordonner » les deux concepts aussi différents que sont « la culture » et « le couple normalité-anormalité ».



### Complément : Texte de Devereux, 1970, p.3-4

« En tant que science interdisciplinaire, l'ethnopsychiatrie se doit de considérer conjointement les concepts clefs et les problèmes de base de l'ethnologie et de la psychiatrie. Elle ne saurait se contenter d'emprunter les techniques d'exploration et d'explicitation de l'une et de l'autre de ces sciences. Il y a, en effet, une différence méthodologique fondamentale entre l'emprunt pur et simple des techniques et **la fécondation réciproque des concepts. Les sciences véritablement interdisciplinaires sont les produits d'une fécondation réciproque des concepts clefs qui sous-tendent chacune des sciences constitutives.** En tant que science autonome, l'ethnopsychiatrie - c'est-à-dire l'ethnologie psychiatrique ou la psychiatrie ethnologique (l'étiquette étant fonction de l'usage qui est faite de cette science interdisciplinaire "pure") - s'efforcera de confronter et de coordonner le concept de "culture" avec couple conceptuel "normal-anormalité". »

### Ethnopsychiatrie

A la suite de cette proposition (restée théorique car n'ayant donné lieu à aucune recherche de terrain de la part de Devereux), Nathan a soulevé les problèmes de cette proposition, à partir des usages qui sont faits, tant des concepts anthropologiques que des concepts psychopathologiques. Il propose, à partir de la description des psychopathologies présentées par les patients migrants (excluant de fait la notion de « migration pathologique », qui bien évidemment n'existe pas en soi : voir la remarque ci-dessous), de « *venir saisir les théories de l'un et de l'autre champ en leur noyau* » (on reviendra sur cette proposition) : il propose donc de **conflictualiser cliniquement les concepts théoriques des deux champs, à partir des interventions thérapeutiques.** A cette fin, **il invente un dispositif clinique spécifique, permettant cette conflictualisation théorico-clinique** (un groupe de psychologues de formations et de cultures différentes, faisant intervenir la langue des patients comme un fait culturel évident, face à un groupe – ou à l'un de ses représentants de patients).

Vous pourrez consulter à ce sujet l'ouvrage suivant [Nathan Tobie], où l'on constate que là encore, l'auteur hésite à abandonner le suffixe "-psychanalyse" devant "-ethno". Pour l'auteur, l'ethnopsychiatrie est une discipline qui doit tenter de résoudre des problèmes cliniques, tant sur le plan théorique que sur le plan technique (c'est-à-dire des interventions thérapeutiques).



### Remarque : Migration et psychopathologie ?

Il faut préciser que la migration en tant que telle, si elle ne soulève généralement pas de problèmes généraux, en revanche, peut être l'un des facteurs importants à identifier dans la survenue de troubles, de désordres, sans pour autant lui imputer une cause, une étiologie. Autrement dit, ce n'est pas parce que l'on est « migrant ou enfant de migrant », que l'on tombera nécessairement malade. En revanche, si l'on tombe malade, l'événement « migration » est l'un des facteurs à étudier au cours de la prise en charge psychothérapeutique.



### Exemple : La consultation d'ethnopsychiatrie

"Un étranger dans la maison" : cette illustration clinique est extraite d'une consultation (cf. Consultation d'ethnopsychiatrie, Mr et Mme 'Hok., 1999, T. Nathan) d'ethnopsychiatrie (Centre Georges Devereux, Équipe d'accueil Centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes, Laboratoire de Psychopathologie et de psychologie clinique, Université Paris 8, 1999).



### Définition : L'ethnopsychiatrie : une méthodologie de recherche clinique

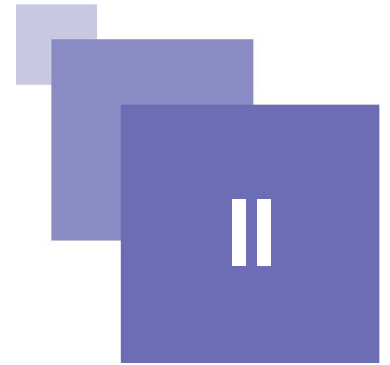
**Nathan définit l'ethnopsychiatrie comme :**

**Une discipline clinique** qui se donne pour objet l'analyse de tous les systèmes thérapeutiques, envisagés comme « *systèmes de choses*, » sans exclusive ni hiérarchie, qu'ils se revendiquent « *savants* » ou spécifiques à un collectif, à une communauté ethnique, religieuse ou sociale. Autrement dit, une discipline qui décrit, extrait la rationalité propre et le caractère nécessaire de ces systèmes de choses.

**Une discipline scientifique** en ce qu'elle formule des hypothèses et cherche à les démontrer en inventant des méthodes permettant aux représentants de ces « *systèmes de choses* » de se prononcer sur la validité de leurs dispositifs thérapeutiques. ; la prémisses étant que les systèmes thérapeutiques soient la propriété des groupes, et non des personnes, ce qui est le sens de la proposition de l'auteur : « *les groupes fabriquent les choses qui à leur tour fabriquent les personnes.* »

**Une discipline théorico-clinique** qui met à l'épreuve de la conflictualité, les concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie, face aux théories des groupes dont elle étudie les dispositifs thérapeutiques. A cette fin, elle crée des situations, imagine des dispositifs et invente des méthodes cliniques destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles qu'elle observe.

# Exercice : Devoir 1



## Synthèse et différenciation des différents domaines

Devoir sur 20 points. Rédigez les deux questions, en comptant 8 points pour le développement et 2 points pour l'introduction et la conclusion pour chaque question.

Question 1 /10 points :

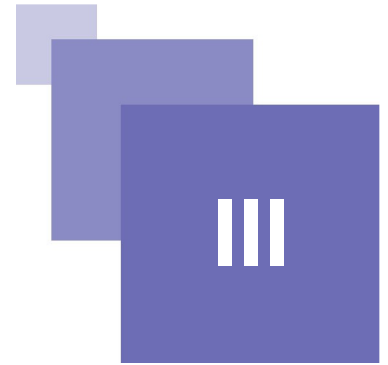
Rédigez une synthèse des différents courants de recherche qui couvrent tant la psychiatrie que l'anthropologie.

Question 2 /10 points :

Rédigez une synthèse de la définition de l'ethnopsychiatrie par leurs auteurs (Devereux, Nathan).



# Les problèmes méthodologiques de la classification psychiatrique



## *Les illusions classificatoires de la psychiatrie transculturelle*

Meng Yap (1951), psychiatre chinois, avait remarqué le fait que certains désordres dont la description et l'organisation étaient modelés par le système culturel. Dans une même culture, ces syndromes apparaissent identiques chez des sujets ayant tous une histoire et un vécu singuliers. Ces syndromes n'étaient pas identifiés dans la nosographie occidentale, et étaient tous désignés dans les différentes recherches par leur dénomination culturelle, "dans la langue" des patients. Ainsi, les chercheurs avaient identifié : l'*Amok* et le *Latah* de Malaisie, le *Myriatchit* de certaines ethnies sibériennes, l'*Imu* des ethnies Aïnous du Japon (à Hokkaïdo), le *Mali-Mali* des Philippines, le *Koro* des Malais et des Chinois du sud, le *Windingo* des Indiens Algonquins du Canada, le *Berdache* des Indiens des plaines, le *Potlatch* des ethnies indiennes d'Amérique du Sud, le *Berserk* des anciens Vikings, le *Susto* des Quetchuas du Pérou, le *Crazy-dog* des Indiens Crow, le *Pibloktok* des Inuits de Sibérie, etc.

Vous trouverez ici, à titre illustratif, quelques brèves descriptions (cf. Description de quelques Culture Bound Syndroms) faites par Nathan de *Culture Bound Syndroms*.

## *Les Culture Bound Syndroms*

Yap a alors proposé de classer ses syndromes dans la rubrique : *Culture-Bound-Syndroms* du DSM-IV [APA, DSM-IV] (1996, pp. 963-970). Le DSM IV en dénombre 25. Il a intégré les *Culture Bound Syndroms* dans une annexe en fin de Manuel intitulée : « *Esquisse d'une formulation de la culture et Glossaire des syndromes propres à une culture donnée* ».

Cette proposition a posé un certain nombre de problèmes aux concepteurs du DSM-IV, dont notamment l'intolérance de la critique du caractère universel des diagnostics du DSM-IV, malgré le bon accueil des faits cliniques et culturels rapportés. Par ailleurs, certains auteurs ont suggéré que la culture ne rendrait compte que du contenu des syndromes, et en aucun cas, de leurs structure de la symptomatologie (comme les hallucinations cénesthésiques, visuelles ou auditives).

Cependant, la psychiatrie transculturelle américaine a introduit les bases d'un débat théorico-clinique, à partir de questions fondamentales et d'études épidémiologiques qui ont accompagnées la conception du DSM-IV :

- La surestimation du diagnostic de schizophrénie dans les groupes minoritaires (*ethnic groups*), à la différence de la psychose maniaque-dépressive, donnée épidémiologique restée inexplicable par les chercheurs.
- Le taux de prévalence cinq fois plus élevé de la schizophrénie dans les classes sociales défavorisées (2,5%), pour 0,5% dans les couches de la population les plus privilégiées.
- Un meilleur pronostic de la schizophrénie dans les pays sous-développés, sans que ce soit « *une meilleure tolérance envers les comportements déviants.* » D'où la question suivante, sachant qu'une rémission d'un trouble schizophrénique est généralement improbable : S'agit-il encore de la même psychopathologie ?
- Les conséquences sur le travail clinique, formulées ainsi : « *les cliniciens doivent tenir compte des différences culturelles* ». Comment ? Avec quels outils ? Quelles méthodes ? quelles conséquences sur les pratiques cliniques ? autant de questions auxquelles le DSM-IV n'apporte pas de réponse.

On peut déduire de ce qui précède trois remarques :

- La première est relative à la distinction entre les syndromes "liés à la culture" et les autres, en l'absence de marqueurs fiables. En effet, cela reviendrait à accorder un statut ontologique différent à chaque type de syndromes, certains dit culturels et d'autres, non liés à la culture.
- La seconde tient précisément à la sélection très restrictive des *Culture Bound Syndroms*. 25 items sur 700 proposés ont été retenus, en fonction de leur fréquence d'apparition aux États-Unis. L'ambition nosographique du DSM-IV était son universalité, principe non respecté ici.
- La troisième tient au fait que, si les *Culture Bound Syndroms*, par définition, sont liés à la culture, alors les syndromes dit *culture free* - non liés à la culture, seraient universels, et non sans relation avec la culture occidentale. Or Devereux (1965) fait exactement la proposition inverse concernant la schizophrénie, dans son article « *Psychose ethnique ou schizophrénie sans larme* ».

# Exercice : Devoir 2



IV

## Les Culture Bound Syndromes

Devoir sur 20 points. Répondez à la question suivante, en rédigeant une introduction (2 points) pour votre introduction et une conclusion (2 points).

Question :

Définissez les *Culture Bound Syndromes*, en les illustrant d'exemples (6 points).  
Quels sont, selon Nathan (2002) les problèmes méthodologiques que pose cette classification ? (10 points)

# Proposition de G. Devereux sur la schizophrénie



V

*"La schizophrénie, Psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes" (Devereux, 1965)*

Devereux (1965) [Devereux Georges], dans « *Essais d'ethnopsychiatrie générale* », propose une nouvelle catégorie nommée Désordres ethniques - plus large que celles des CBS. Selon l'auteur, la culture fournirait à la personne des « *modèles d'inconduite* » (Linton, 1936), comme une proposition sociétale : « *tu n'as pas le droit d'être fou, mais si tu l'es tout de même, voici la bonne façon de l'être.* »

Il pose le problème du statut de la schizophrénie en Occident. Il observe ainsi, de façon presque prédictive :

« *La psychose la plus répandue dans la société moderne est la schizophrénie, qui s'est révélée tellement réfractaire à tout traitement que certains en ont conclu à une origine organique. La physiologie, la biochimie et l'histologie ont bon dos, et il est toujours facile d'expliquer en termes d'invisible et d'inconnu ce que l'on préfère ne pas affronter. Malheureusement pour ces explications quelques peu spéculatives, il semble bien que la schizophrénie dite "nucléaire" ne s'observe jamais parmi les populations demeurées authentiquement primitives, mais apparaît dès qu'elles sont assujetties à un violent processus d'acculturation et d'oppression. [...] Je tiens la schizophrénie pour presque incurable, non pas qu'elle soit due à des facteurs organiques, mais parce que ses principaux symptômes sont systématiquement entretenus par certaines de nos valeurs les plus caractéristiques, les plus puissantes - mais aussi les plus insensées et dysfonctionnelles, de notre civilisation. En outre, dès l'instant où le psychothérapeute accepte les valeurs et modèles de comportement proposés par sa culture, il devient incapable d'aborder dans un véritable esprit d'objectivité le problème de la schizophrénie et celui de son traitement car, non moins que la relation de contre-transfert, ses préjugés et scotomisations ethnocentristes et culturelles sont susceptibles d'entraver son activité thérapeutique.* » (1965, p. 248)

La proposition de Devereux, pourtant ancienne, s'est malheureusement avérée être prédictive de notre approche ethnocentrée des désordres et syndromes psychopathologiques - à nouveau réaffirmée avec la publication du DSM-V et du DSM-5 (voir plus bas). La notion de désordre ethnique appliquée à la schizophrénie aurait pu remettre en cause cette classification. Elle n'a cependant pas donné lieu à la création de nouveaux modèles d'intervention thérapeutique.

*Les conséquences d'un "syndrome prêt à porter" fourni par la culture*

Cependant, on constate que la culture apporte des solutions cliniques aux groupes sociaux confrontés aux désordres de ses membres. **Dans l'hypothèse où elle fabriquerait les syndromes psychopathologiques**, alors :

1. **Elle prédirait le déroulement de la crise psychopathologique, peut être même la structure du désordre et/ou la personnalité du patient.**  
Exemple : l'Amok est un désordre organisé culturellement de sorte que n'importe quel homme malais est susceptible de l'adopter (relire à ce sujet le document descriptif des CBS).
2. **La culture structurerait la résolution de la crise.**  
Exemple : l'Indien crow qui devient "chien fou qui veut mourir" est contrôlable, si l'on sait - comme n'importe quel indien crow, qu'il suffit de lui ordonner le contraire de ce qu'on souhaite le voir faire pour qu'il "obéisse" (relire à ce sujet le document descriptif des CBS).
3. **La culture fournirait à ses membres une matrice d'interprétation permettant de conférer un sens au désordre.**  
Exemple : les modalités de survenue des désordres individuels sont prévisibles selon le modèle culturel en vigueur (tout comme la métaphore de Freud concernant le fonctionnement psychique, qui suggérait qu'un cristal se brise selon les lignes de sa structure, et donc que même la fragmentation/la décompensation/le désordre présuppose un ordre préalable).
4. **Les modèles d'inconduite intensifieraient, en les caricaturant, certains traits culturels spécifiques au groupe social.**  
Exemple : On peut reconnaître, dans la crise d'Amok de l'homme malais, dans l'état Berserk des anciens vikings, ou le "chien fou qui veut courir" de l'indien crow, exagérément soulignées, les vertus d'un idéal guerrier, du courage devant la mort, etc. (relire à ce sujet le document descriptif des CBS).

# Exercice : Devoir 3



VI

## Question de devoir

Devoir sur 10 points. Répondez à la question suivante, en rédigeant une introduction et une conclusion (2 points).

Question :

A partir de l'exemple de la schizophrénie dont vous restituerez l'analyse par G. Devereux (1965), expliquez les conséquences de l'existence de syndromes fournis par la culture.

## Analyse de texte historique

Faites une fiche de lecture (10 points) des dix premières pages de l'article de G. Devereux (1965) ci-jointes (cf. Devereux Georges), « *La Schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes* ». Vous rédigerez une introduction (1 point), vous explicitez les propositions méthodologiques de l'auteur (8 points), et vous ferez une conclusion (1 point).

# Les désordres culturels : Une proposition ethnopsychiatrique "la niche écologique"

VII

## *Discussion sur la question classificatoire posée par les CBS*

**Nathan a fait une seconde hypothèse théorico-clinique** : s'il existait des syndromes liés à une culture donnée, il conviendrait d'en tirer les conséquences nécessaires.

Il faudrait d'abord **quitter le raisonnement psychopathologique centré sur le sujet**, pour le réorienter vers la forme - au minimum culturelle, des syndromes.

- En effet, selon la psychopathologie, il existerait une "nature" des faits dits objectifs qu'elle prétendrait décrire et analyser. Ces faits devraient alors être considérés comme des maladies atteignant un "organe" - le cerveau dans le fonctionnement neurologique, la psyché dans le fonctionnement psychique, la pensée dans le fonctionnement intellectuel. Or le DSM-IV avait mis en garde contre de telles essentialisations de maladies qui ne sont que des indicateurs, des hypothèses - et en aucun cas équivalentes aux concepts et différentes situations.

De plus, la notion de sujet étant l'élément de base de la psychopathologie, elle superpose plus ou moins l'individualité biologique à l'individualité psychologique, ce qui a pour conséquence que les éléments de l'individualité culturelle (par exemple, sa langue, ses divinités, ses systèmes thérapeutiques) sont postulés comme extérieurs à la personne, extérieurs à sa nature de sujet - et par conséquent ne faisant pas partie de la conceptualisation des cliniciens.

Il en résulterait donc qu'il faudrait, non seulement, **tenir compte des entités culturelles** décrites par chaque groupe culturel (tels ceux cités ci-dessus), mais également **des théories étiologiques culturelles qui leur sont associées**.

- A titre d'exemple de théories étiologiques, le *Susto* (des Quechuas du Pérou) conceptualise la notion de perte ou de rapt d'âme, les mythologies de la terre et l'utilisation de certaines plantes comme le coca ; le *Windigo* (des Algonquins du Canada), l'existence de monstres cannibales, la possession de la personne et la "mise à mort" du possédé ; l'*Amok* (en Malaisie),

"Le statut festif"

l'importance de la course à mort dans un état d'excitation meurtrière et la prégnance d'objets surinvestis tel que le *Kriss*.

Il en résulterait également **la nécessité de pratiques cliniques qui intégreraient les modes culturels de résolution de la crise psychopathologique.**

Il faudrait également en tirer des conséquences concernant **le statut et la place de la culture dans les désordres, comme un concept de même intérêt et de même poids que l'appareil psychique ou le système neurologique**, et pour lequel les mêmes questions étiologiques se posent :

La culture - à l'égal de l'inconscient ou du neurone, produirait les désordres psychopathologiques, La culture - à l'égal de l'inconscient ou du neurone, organiserait seulement leur forme.



### **Remarque : Les recommandations des auteurs du DSM**

---

Pour conclure cette discussion classificatoire, on peut rappeler la position des concepteurs du DSM.

Le DSM-IV avait accordé une importance considérable au concept de culture : « *Le DSM-IV comporte trois types d'informations qui se rapportent spécifiquement aux considérations culturelles : 1, une discussion dans le texte sur les variations culturelles pouvant être observées dans les présentations cliniques des troubles inclus dans le DSM-IV ; 2, une description des syndromes spécifiques d'une culture donnée [...] ; 3, une esquisse de formulation culturelle destinée à aider le clinicien à évaluer et à rendre compte systématiquement de l'impact du contexte culturel de l'individu* » (p. XXVIII)

La position du DSM-IV était aussi de refuser de considérer le trouble mental comme une maladie analogue au trouble somatique : « *bien que le manuel fournisse une classification des troubles mentaux, il faut reconnaître qu'aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept de trouble mental.* » (p. XXVIII)

La version 5 du DSM, qui a été publiée en langue française (juin 2015), a inclus dans chaque trouble mental les éléments spécifiques à la culture, rejetant la formulation culturelle des troubles dans une partie secondaire intitulée « *Mesures et modèles émergents : formulation culturelle* », et une annexe nommée « *Glossaire des concepts culturels de détresse* », montrant, là encore, l'impossibilité d'intégrer les modèles étiologiques culturels dans la description des troubles **en l'absence des langues qui en sont la conceptualisation même.**

Vous pourrez lire à ce sujet l'article de présentation (cf. Cultural Concepts in DSM-V. Recommandations des concepteurs, 2013.) du DSM-5 (2013) concernant cette question.

Un programme de recherche sur la formulation diagnostique des questions de psychopathologie culturelle s'est donné pour objectif d'intégrer les approches diverses, ethnographiques, cliniques et épidémiologiques, chacune d'entre elles apportant une information permettant à faire comprendre comment cette constitution clinique s'unifie à divers niveaux de contribution. Selon les auteurs du DSM-5, c'est en ne prenant pas en compte le contexte culturel de ces conduites psychopathologiques que l'on s'expose au risque de sous-évaluer ou de sur-évaluer leur importance.

Les critiques des chercheurs concernant la question des "Composantes culturelles dans le DSM-5" portent essentiellement sur le fait que la formulation des contenus proposés est, pour lors, incomplète ou trop généraliste. De plus, les catégorisations du DSM-5 ont été construites de manière à inclure aussi bien les idiomes culturels que les symptômes spécifiques des psychopathologies dans les rubriques, faisant disparaître, de fait, la spécificité des traits culturels - et de fait, leur prise en charge thérapeutique.



### *La proposition ethnopsychiatrique de Nathan*

Devant de tels syndromes, plusieurs questions se posent : est-on en présence de l'expression singulière d'une psychopathologie individuelle ? devant une tentative culturelle de canaliser le désordre ? en face d'une pathologie spécifiquement sociale ? Le psychologue clinicien a-t-il à faire à une personne ou à sa famille, à son lignage, à sa communauté ? La conceptualisation culturelle permet-elle des apports cliniques supplémentaires ? offre-t-elle des modes d'interventions cliniques spécifiques ? etc.

**La notion de désordre ethnique proposée par Devereux était intéressante, mais à condition de proposer d'autres modalités cliniques d'intervention.**

C'est ce qu'a fait Nathan lorsqu'il a créé la première consultation d'ethnopsychiatrie dans le service de psychopathologie dirigé par Serge Lebovici à l'Hôpital Avicennes à partir des années 1984-1985, puis par P. Mazet.

Nathan reprend la notion de désordre ethnique de Devereux, et à partir des observations cliniques de familles migrantes reçues à la consultation d'ethnopsychiatrie, élabore la méthodologie des recherches cliniques en ethnopsychiatrie.

Le développement ultérieur, pendant plus de 20 ans, des recherches ethnopsychiatriques a permis à l'auteur de formuler un certain nombre de propositions théorico-cliniques, concernant tant les apports de la méthodologie ethnopsychiatrique, que la conceptualisation des « *désordres ethniques* » de Devereux.

Ainsi, il propose, non de classer les désordres, ni même de les étudier, arguant l'insuffisance théorique et méthodologique en psychopathologie au regard des observations cliniques des familles migrantes, mais de d'intéresser aux pratiques thérapeutiques - tant des conceptualisations que des professionnels.

Selon l'auteur, **lorsqu'il existe un désordre dans une culture donnée - et donc dans une langue donnée**, il s'accompagne toujours d'**êtres** (les *djinn* dans l'exemple clinique de la famille 'Hok), des **objets** (les *s'hurs*), des **professionnels** (les *talebs*, les *fikih*, les *cheikh*), des **réseaux de professionnels** (congrégations, lieux d'initiation), d'une **langue** (qui organise le sens). C'est pourquoi il propose, plutôt que le terme "syndrome", le concept de « **Niche écologique** » repris à Hacking (1995). A cette condition, la méthodologie de recherche de l'ethnopsychiatrie est respectée - permettant d'interroger tant les concepts de la psychiatrie que de l'anthropologie.



#### *Exemple : Consultation d'ethnopsychiatrie : la sorcellerie en pays congo*

Un exemple de niche écologique (cf. Description d'une niche écologique chez les Laris du groupe des Bakongos (Patricia)) a été décrit par Nathan (2002) : les Ndoki et les Nganga des Laris appartenant au groupe Bagonko du Congo, à partir d'une prise en charge ethnopsychiatrique demandée par l'Aide Sociale à l'Enfance, et dont le paradigme culturel pourrait être : « *Il faut placer Patricia, car sa famille est en danger. Elle finira par nous manger tous...* »

Cet exemple de niche écologique montre combien il serait complexe de s'extraire des catégories culturelles pour spécifier la psychopathologie familiale ou individuelle.

# Exercice : Devoir 4



VIII

## Questions de devoir

Devoir sur 20 points. Rédigez les deux questions, en comptant 8 points pour le développement et 2 points pour l'introduction et la conclusion pour chaque question.

Question 1 /10 points :

Restituez les conséquences de la prise en compte de la forme culturelle des syndromes psychopathologiques.

Question 2 /10 points :

Nathan propose la notion de "niche écologique" pour comprendre et analyser ce que Devereux nommait "les désordres ethniques". Expliquez ce concept, en l'illustrant vos propos à l'aide de la vignette clinique proposée ("Patricia").

# Les théories culturelles

## IX

Dans quelle mesure la guérison obtenue au moyen de thérapies culturelles serait-elle de même nature que celle obtenue par les thérapies "savantes" - autrement dit les psychothérapies ? Cette question est la prémisse de toute recherche dans le domaine de l'efficacité des "thérapies" au sens large.

Les auteurs qui ont travaillé sur le sujet ont toujours proposé **des explications occidentalo-centrées concernant les effets thérapeutiques des systèmes culturels**. Ils ont attribué les améliorations observées chez les patients au transfert (Roheim) ou à la suggestion (Freud), à l'effet-placebo, à la croyance (Levi-Strauss), aux réorganisations sociales (en anthropologie). Même Devereux ne leur accord qu'un simple effet palliatif (« *une expérience affective corrective sans insight* », 1970, p. 18).

Les interprétations - sociologique, structuraliste, psychanalytique sont toutes issues de concepts et de théorisations occidentales, qui permettent de disqualifier les pratiques thérapeutiques culturelles, et qui souffrent toutes du même problème méthodologique : appliquer des concepts occidentaux - donc culturels, à des systèmes - et des dispositifs thérapeutiques non-occidentaux, dans lesquels ces mêmes concepts ne sont pas **traduisibles** - ni dans la langue, ni dans les pratiques.

Pour éviter l'écueil de l'interprétation ethnocentrée, l'ethnopsychiatrie propose de donc de questionner les concepts des deux disciplines - anthropologie et psychiatrie, dans les pratiques cliniques. Les patients qui consultent les guérisseurs de leur groupe culturel n'attendent que la guérison - que ce soit le patient marocain qui s'adresse au *fkih* ou le patient parisien qui consulte le rebouteux normand. **La question de la guérison est donc l'un des leviers par lequel l'ethnopsychiatrie peut conflictualiser les deux disciplines.**

### La question de la validité des théories culturelles

La question de la guérison par les thérapies culturelles a pour **implicite la validité de ces mêmes théories**.

En effet, si les systèmes thérapeutiques étaient radicalement différents, et si les guérisons obtenues par ces différents systèmes étaient de même nature, alors les théories en psychopathologie perdraient rapidement de leur importance et de leur influence, voir même seraient condamnées à disparaître. C'est pourquoi les points de vue consensuels des auteurs sont plus nombreux que les dissensions - afin de préserver leur objet propre d'étude - anthropologie ou psychopathologie.

Pour Nathan, **les systèmes culturels produisent des conceptualisations - de véritables théories avec des constructions techniques de la réalité, des expérimentations concrètes et une production de dispositifs équivalente à la validation des théories**. Cette proposition a plusieurs conséquences : il serait nécessaire, selon l'auteur, d'apprendre ces théories ; de les expérimenter concrètement ; de comparer leur efficacité clinique à l'efficacité des

psychothérapies.

Or ces théories ne s'enseignent pas, mais se transmettent par initiation la plupart du temps. De plus, elles sont rarement explicites - ou du moins jamais expliquées comme des systèmes d'idées. Elles génèrent des actes techniques thérapeutiques et ne peuvent qu'être reconstruites.

C'est pourquoi, pour éviter ces problèmes, les auteurs préfèrent qualifier les théories culturelles de "pré-notions", de "fantasmes", de "croyances", de "représentations".

Pourtant, les patients considèrent les systèmes thérapeutiques issus de ces théories culturelles comme aussi "vrais", aussi intéressants que les psychothérapies. Les patients tentent toujours de tirer bénéfices des différents mondes dans lesquels ils circulent. **L'ethnopsychiatrie a donc pour objet de décrire ces théories culturelles, d'en expliciter la forme spécifique et leur nécessité, d'expliquer pourquoi les phénomènes appréhendés par ces théories le sont correctement et comment elles sont efficaces pour agir sur le monde réel - c'est-à-dire, en quoi elles sont aussi efficaces que les psychothérapies.**

Pour étudier ces théories culturelles, en montrer l'efficacité, l'ethnopsychiatrie propose au moins trois **prémises méthodologiques incontournables**, conséquences de leur mise en acte par les différents groupes culturels :

- **La disjonction du symptôme et de la personne**
- **La contrainte à la socialisation**
- **Le recours à des lieux initiatiques dont l'intentionnalité est opaque aux profanes**

Ces propositions méthodologiques sont la base de toute méthode clinique ethnopsychiatrique.



### *Exemple : Illustration clinique*

L'illustration suivante (cf. Illustration d'un dispositif thérapeutique spécifique : la divination yoruba) est la divination chez les Yorubas du Bénin, illustration d'un dispositif thérapeutique qui met en œuvre ces trois propositions.

Pour la compréhension de tels dispositifs de divination, (et ils sont nombreux, de la dormeuse antillaise associée au guérisseur le *Gadzafé*, aux prédictions issues des tirages de tarots par le cartomancien), Nathan s'appuie sur les travaux de Marcel Mauss (1902) dans son article intitulé « *Esquisse d'une théorie générale de la magie* » (Mauss et Hubert, 1902, In *Sociologie et Anthropologie*, Paris, Puf, 1973) Ainsi, Mauss proposait-il :

« 1, que la magie n'a de parenté véritable qu'avec la religion, d'une part, les techniques et les sciences, de l'autre. » ;

« 2, [la magie] tend au concret, comme la religion tend à l'abstrait » ;

« 3, la magie est essentiellement un art de faire » [...]

Mauss reconnaissait la réalité des actions rituelles, en leur accordant une efficacité propre. Ainsi, il s'interrogeait « sur l'effet physique chez l'individu de l'idée de la mort suggérée par la collectivité », dans une communication présentée en 1926 à la société de Psychologie (In *Sociologie et Anthropologie*, 1973, p. 312-330).

# Exercice : Devoirs 5 et 6



## Devoir 5 (20 points)

Rédigez les deux questions, en comptant 8 points pour le développement et 2 points pour l'introduction et la conclusion pour chaque question.

Question 1 /10 points :

En quoi la question de la guérison est-elle une question pertinente pour l'analyse des dispositifs thérapeutiques ?

Question 2 /10 points :

Quelles en sont les conséquences ?

## Devoir 6 : Analyse et commentaire de texte (20 points)

Rédigez la question de devoir ci-dessous (20 points). Vous compterez 2 points pour l'introduction, 16 points pour le développement, et 2 points pour la conclusion.

Expliquez pourquoi et comment, selon Nathan, la divination est un dispositif thérapeutique. Vous vous appuyerez sur le texte ci-joint (cf. Illustration d'un dispositif thérapeutique spécifique : la divination yoruba) et la question de la validité des théories culturelles, pour démontrer et illustrer votre propos.

# La traduction en Clinique



XI

## *La traduction en clinique ethnopsychiatrique*

L'intérêt de la méthodologie ethnopsychiatrique étant, selon Nathan (2012) [Nathan Tobie, Zajde Nathalie], de venir questionner les concepts fondamentaux de la psychiatrie et de l'anthropologie, cette méthode clinique de recherche a eu pour conséquences **des modifications du dispositif clinique de prise en charge des patients migrants**. La nécessité d'introduire la traduction dans les langues des patients a contraint à des changements de méthode. C'est pourquoi les phénomènes de traduction peuvent servir, à la fois de modèle théorique et de proposition clinique.

La nécessité de l'introduction de la langue des patients migrants dans le dispositif thérapeutique a eu pour conséquence de ne pas pouvoir pratiquer « l'écoute psy » au sens classique du terme. En effet, **la pratique des langues « maternelles » en consultation nécessite dans un premier temps une compréhension littérale des propos tenus, puis, dans un second temps, la comparaison obligatoire des systèmes culturels mis en présence et représentés par les langues.**

De plus, **pratiquer la langue des patients au cours d'une séance thérapeutique signifie introduire les représentants de la langue** (traducteurs, famille, entourage familial, etc.), c'est-à-dire un **groupe culturel**.

La conséquence la plus évidente a été qu'il ne s'agissait pas tant de parler la langue du patient, que de parler de la langue. (Voir à ce sujet la discussion linguistique concernant la traduction [De Pury-Toumi S., Nathan T., Hounkpatin L., Salmi H., Zougbedé J., Houssou C., Dorival G., Guioumichian S., Zajde N.] publiée dans la Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, 1994).

- **Discuter publiquement la traduction des paroles du patient et de la famille les met en position d'experts de leur désordre, tant dans son exploration que sur les manières de le traiter, d'agir sur la négativité du monde.**
- De plus, **la traduction proposée par le médiateur – souvent psychologue, parlant la langue du patient et connaissant parfaitement les pensées étiologiques et les dispositifs thérapeutiques du groupe culturel du patient, immédiatement restituée au patient, devient discutable et invite à la contradiction.** Le patient peut alors argumenter des nuances, des intentions, mettre en cause l'impartialité du médiateur, discuter les étymologies, explorer les mécanismes à l'origine des énoncés possibles et des choix permis ou interdits par la langue, voire parfois citer un proverbe lorsque l'exploration des signifiants de la langue devient trop conflictuelle. Un proverbe permet, tout comme parler de la langue, de faire cesser les conflits, et de relancer la discussion sur la compréhension – comme une plainte, un déni, une formule de politesse, etc.

- **Les hypothèses sur la langue, après avoir été discutées, commentées, argumentées, deviendront alors source d'évocation de souvenirs, de démonstrations, d'élaborations théoriques.**

### *Les conséquences cliniques et théoriques de la traduction*

#### **Conséquences cliniques**

Cette nécessité de parler de la langue, et non la langue, a eu pour conséquences de **rendre l'espace thérapeutique contradictoire**, de sortir du conflit duel où il s'agit toujours de déterminer qui a raison et qui a tort. C'est pourquoi le dispositif se déroule en groupe – groupe culturel du patient et de sa famille et groupe de thérapeutes provenant de mondes culturels différents et pratiquant de nombreuses langues, c'est-à-dire de multiples interprétations du désordre, la possibilité de déployer des étiologies multiples. C'est cette multitude de représentants de différents mondes qui crée et stabilise un espace susceptible de ne pas se centrer sur la relation duelle patient-thérapeute et sur une confrontation seulement duelle. Cette notion d'**espace thérapeutique contradictoire – nécessairement multiculturel, est donc représentée physiquement par des représentants, thérapeutes et médiateurs, et permet la formulation d'étiologies multiples du désordre.**

Selon Sybille De Pury (1998 [De Pury Sybille]), en passant d'une langue à l'autre, les locuteurs font surgir des concepts différents. Le médiateur a pour charge de faire surgir de nouveaux discours à partir des difficultés qu'il rencontre dans la traduction. La médiation provoque donc, chaque fois qu'elle est réalisée, un événement nouveau, duquel le médiateur est le principal acteur et créateur. Elle opère, pour l'auteur (1998, p. 143) « *un déplacement de la problématique habituelle - joliment résumé dans l'expression italienne, traduttore, traditore. Trahir, c'est ne pas pouvoir reproduire le texte, échouer à créer dans la langue-cible un discours qui se veut l'équivalent de celui qui a été produit dans la langue source* ». La médiation étant une situation de rencontre clinique des locuteurs, il faut, non pas trahir et donc dupliquer, mais au contraire, produire un discours neuf, créer un texte. Traduire, c'est agir. Traduire en clinique, c'est donc toujours déclencher une action thérapeutique.

#### **Conséquences théoriques**

Pour résoudre les contradictions issues du complémentarisme de Devereux, essentiellement théoriques, Nathan propose donc de considérer le modèle de la traduction comme un paradigme méthodologique et clinique pour l'ethnopsychiatrie. Il définit la langue (2002, p. 122-123) comme un « *objet fabriqué par un groupe – objet qui, ensuite, fabrique les individus de ce groupe un à un.* » D'une part, ce sont les locuteurs d'une langue qui la fabriquent, à condition, *in fine*, que le groupe soit d'accord. D'autre part, la langue est l'un des systèmes qui contribue le plus fortement à la structuration de la personne. L'auteur en conclut que **le groupe fabrique un objet – la langue, qui a son tour, fabrique les membres du groupe, et réciproquement.** C'est dans ce sens que **tous les hommes sont identiques : ils sont tous fabriqués par l'un des objets de leur groupe, et en premier lieu, leur langue. Mais les objets qui fabriquent les hommes sont tous différents.** Le questionnement clinique doit alors nécessairement en tenir compte.

En regard de cette **proposition clinique**, l'opposition entre « universalisme » et « relativisme » est caduque. Cependant, les objets que les groupes d'hommes fabriquent sont tous différents. Cliniquement, c'est cette différence qui doit être étudiée, dans les objets et dans les dispositifs thérapeutiques. Les patients migrants, la traduction en psychothérapie, la contrainte à intégrer des théories provenant d'autres cultures, devraient donc obliger les théorisations en psychopathologie à se modifier.



### *Exemple : Illustration clinique*

L'exemple clinique suivant (cf. Consultation d'ethnopsychiatrie, Mr et Mme N'G., 1994, T. Nathan) est extrait d'une prise en charge ethnopsychiatrique demandée par le Juge aux Affaires Familiales. Elle concerne une famille migrante kongo aux prises les administrations françaises pendant plusieurs années. La langue parlée par cette famille est le Kigongo. La problématique familiale montre la confrontation entre le monde occidental et les systèmes matrilineaires des groupes Kongo d'Afrique Centrale à l'œuvre dans la nomination des enfants, c'est-à-dire **des conflits de théories**. L'espace thérapeutique contradictoire inclut, tant les énoncés culturels que l'ordonnance de la justice française.



# Exercice : Devoirs 7 et 8



XII

## Devoir 7 : question de synthèse

Devoir sur 20 points. Rédigez la question suivante, en comptant 2 points pour l'introduction, 16 points pour le développement et 2 points pour la conclusion.

Question :

Expliquez pourquoi la traduction dans la langue des patients vient réinterroger les concepts habituels de la psychothérapie. Vous ferez une introduction, un développement et une conclusion.

## Devoir 8

Devoir sur 20 points. Rédigez les deux questions, en comptant 8 points pour le développement et 2 points pour l'introduction et la conclusion de chaque question.

Question 1 /10 points :

Restituez les conséquences cliniques de l'obligation de la traduction avec les patients migrants.

Question 2 /10 points :

Illustrez vos propos avec une situation clinique de votre choix issue des documents du cours.

# Les processus thérapeutiques : proposition d'analyse ethnopsychiatrique

## *Définition des "psychothérapies"*

sur le modèle de la traduction, Nathan a donc proposé d'appliquer à l'étude des dispositifs thérapeutiques, la proposition suivante : **les groupes (sociaux, culturels) fabriqueraient des dispositifs thérapeutiques ; et les dispositifs thérapeutiques fabriqueraient, à leur suite, non pas des personnes, mais des patients.**

Cette question, relative à l'étude des processus thérapeutiques, est au centre des recherches cliniques en ethnopsychiatrie.

Nathan (2012, p. 39) définit les psychothérapies par les processus qu'elles mobilisent : « Je propose d'appeler « psychothérapie » toute procédure d'influence destinée à modifier radicalement, profondément et durablement une personne, une famille ou simplement une situation, et cela à partir d'une intention thérapeutique ». La psychothérapie serait donc un ensemble de procédures d'influence – à condition de **définir l'influence**, non comme un mécanisme de suggestion, mais **comme une vérité en accord avec le monde dans lequel elle se déploie** (2012, p. 16) et qui aurait pour objectif de « modifier une situation psychopathologique de manière durable et profonde ».

Cette définition large des "psychothérapies" a plusieurs conséquences :

- Elle met sur le même plan tant les psychothérapies - dites "savantes" car découlant de modèles scientifiques, que les thérapeutiques - dites "traditionnelles" ou "non-savantes" parce qu'issues de mondes non-occidentaux, et que les « néoformations thérapeutiques », généralement d'inspiration religieuse.
- Elle permet de considérer la question de la guérison comme pertinente, en adoptant le point de vue des patients.
- Elle ne postule pas *a priori* une théorie du fonctionnement psychique - en référence à une conceptualisation spécifique.
- Elle permet de considérer les thérapeutiques "non savantes" comme des

réalités des mondes dans lesquels elles se déploient et sont utilisées par les patients, et non comme des pré-notions, des croyances, des fantasmes, des effets placebos ou des représentations.

### *La théorie du thérapeute*

A partir de cette large définition des psychothérapies, Nathan fait l'hypothèse suivante : l'influence thérapeutique se fonderait sur la pensée du thérapeute, celle qu'il partage avec un groupe de pairs, celle à partir de laquelle il pense le désordre qu'on lui soumet, c'est-à-dire sa théorie, toujours issue d'une pensée collective : « *la théorie du thérapeute* » (Nathan, 1998, 2012, p. 40-57).

**Première proposition** : le patient prête très peu d'importance au contenu de la parole du thérapeute, focalisant toute **son attention sur la théorie que véhicule cette parole**.

Cette proposition peut être démontrée par trois interventions thérapeutiques classiques : la question, l'interprétation et la prescription.

**La question** est une **induction, la première formulation du conflit théorique** dont l'issue sera l'adhésion à une théorie. La question s'adresse toujours au désordre dont il souffre, et non au patient lui-même.

**L'interprétation** est une **action** du thérapeute respectant deux obligations : imposer l'idée que le thérapeute connaît l'étiologie et l'écologie du désordre, et qu'il en maîtrise la théorie ; convaincre le patient qu'il faut renoncer à la position d'expert unique de son propre désordre. **Elle se définit donc par sa fonction, et non par son contenu : une fonction d'inversion d'expertise**. Elle n'est donc pas nécessairement une formulation directe adressée au patient, mais **tout acte - de parole qui vient signifier l'inversion d'expertise**.

**La prescription** : elle permet **au patient d'habiter la théorie du thérapeute, d'en agir l'un des éléments**. Les psychothérapies se définissent par les objets qu'elles « n'utilisent pas », à l'inverse des thérapies "non-savantes", saturées d'objets thérapeutiques. Le terme « objet » est utilisé ici au sens banal, un objet du monde réel, fait de matière, et dont l'existence ne doit rien à l'imagination. **La principale fonction des objets serait, selon l'auteur, de démontrer la pensée théorique du thérapeute – de la développer et de la répandre, par contagion**. L'objet présenterait une double garantie : il oblige le thérapeute à ne pas expliquer – pédagogiquement, ce qu'il propose au patient, donc à faire le pari de son intelligence, et d'autre part, il permet au patient de situer avec précision la théorie du thérapeute.

Les conséquences théoriques sont : si le processus thérapeutique, par une sorte de pression interne - une tension, poussait le patient à adopter - même provisoirement, la théorie du thérapeute ; ce mouvement - cette dynamique, constituant l'un des éléments essentiels des dispositifs thérapeutiques, alors **l'adhésion du thérapeute à sa propre théorie serait la pierre angulaire de toute l'efficacité** du dispositif thérapeutique.

**Deuxième proposition** : **La théorie est tout, l'alpha et l'oméga du dispositif thérapeutique** bien que, pour un regard extérieur, elle paraisse parfaitement contingente.

**Troisième proposition** : Pour que l'univers théorique du dispositif puisse rester secret, pour qu'il constitue le pôle actif du processus thérapeutique, il doit impérativement renvoyer à un monde qui conceptualise l'étiologie et l'écologie des désordres selon ces trois modalités :

- Disjoindre le symptôme de la personne
- Contraindre à la socialisation
- Pouvoir recourir à des lieux initiatiques dont l'intentionnalité est opaque aux profanes.

**Donc un univers habité par de non-humains**. C'est pourquoi ces trois

propositions sont devenues des prémisses méthodologiques incontournables à la méthode clinique ethnopsychiatrique (relire à ce sujet le chapitre "La guérison par les théories culturelles").



### *Exemple : Illustration clinique de théorie thérapeutique non-savante*

L'invention du magnétisme en France (d'après B. Méheust [Méheust Bertrand], 1999) date du 18<sup>ième</sup> siècle, sous l'impulsion du Marquis de Puységur (1784), qui, ayant appris les passes magnétiques inventées par Mesmer, entreprit de soigner ses paysans malades.

Au printemps 1784, le marquis de Puységur plonge pour la première fois Victor Race, un jeune paysan âgé de 24 ans, dans une sorte de sommeil somnambulique. Le marquis, homme des Lumières, est soucieux de la santé de ses vassaux, et désire participer à l'avènement du progrès. Pratiquant la technique inventée par Mesmer (les passes thérapeutiques), il soigne avec succès la fille et la femme de son régisseur, qui souffraient de rages de dents. Le 4 mai, on le conduit au chevet de Victor Race, âgé de 23 ans. Le malade, alité depuis quatre jours, avec de la fièvre, souffre d'une fluxion de poitrine qui lui provoque un point de côté et des crachements de sang. Après lui avoir demandé de se lever, Puységur le magnétise avec des passes [...] en escomptant une crise salutaire. Mais [...] le malade, au bout de sept ou huit minutes, au lieu de développer des convulsions, tombe dans un sommeil calme et profond. Le marquis, stupéfait, entreprend de pousser la crise, et son étonnement s'accroît. **Bien qu'apparemment endormi, Victor manifeste une activité mentale intense, s'exprime sans son patois, en français et sur des sujets qui excèdent ses préoccupations habituelles.** La crise étrange dure une heure. Le marquis se retire en faisant porter une soupe, et le jeune paysan dort d'une seule traite jusqu'au matin. Les jours suivants, Puységur obtient de nouvelles crises, pendant lesquelles l'étrange état s'enrichit encore. Une chose frappe le marquis : **Victor, pendant ses accès, semble capter ses pensées, sans qu'il ait besoin de les formuler. Tout se passe comme si le somnambule avait un accès direct à ce qui se passe dans l'esprit du magnétiseur, et réagissait aussitôt à ses pensées et à ses désirs les plus secrets.** Cette capacité s'est manifestée dès la première crise, quand Victor s'est mis à chanter l'air que son maître avait dans la tête, et depuis, elle ne cesse d'étonner et d'émerveiller l'aristocrate, qui s'avoue incapable de définir l'être transformé qui émerge pendant la crise. Quand il est dans l'état magnétique, écrit-il, « ce n'est plus un paysan niais, sachant à peine répondre à une phrase, **c'est un être que je ne sais pas nommer** : je n'ai pas besoin de lui parler ; je pense devant lui, et il m'entend, me répond ».

[...] Au bout d'une quinzaine de jours, le nouvel état « magnétique » présente déjà des traits qui vont le caractériser par la suite, et une relation de collaboration inédite s'est établie entre le grand seigneur et le jeune paysan. Victor prédit ses crises futures, en donne avec exactitude le calendrier et les résultats. Mais il fait plus : **il guide le marquis dans l'exploration de la nouvelle dimension qui vient de dévoiler, il l'aide, quand il est en transe, à diagnostiquer les maux d'autres malades, et lui explique la conduite à tenir envers eux [...].**

Bientôt, Victor n'est plus seul. Dans les semaines qui suivent, le marquis suscite de nouveaux somnambules : Joly, le « somnambule écrivain », qui, pendant ses trances, dicte de longues lettres au magnétiseur, dans lesquelles il décrit ce qu'il éprouve, et entreprend de théoriser le nouvel état ; ou encore Viélet. Ces patients réagissent les uns sur les autres, se diagnostiquent mutuellement leurs maladies, se prescrivent des remèdes. Un climat indicible s'étend sur le domaine du marquis. La rumeur se répand comme une traînée de poudre, et bien vite, la situation commence à échapper à Puységur. Débordé par un afflux de malades, et par la multiplication des somnambules, **le marquis a recours à une variante pastorale du « baquet » de Mesmer : il met en place un « traitement magnéto-végétal » : il magnétise un orme, auquel les patients sont reliés par des**

**cordes, et qui dispense le fluide bénéfique.** Le 17 mai, soit 13 jours seulement après l'apparition du somnambulisme, il écrit à son frère : « ils affluent autour de mon arbre, il y en avait ce matin plus de 130 ».

# Exercice : Devoir 9

XIV

## Question

Répondez aux 6 questions suivantes (sur 20 points) :

Question 1 (3 points) : Expliquez en une dizaine de lignes la proposition générale de ce dispositif de soins traditionnels à la Réunion. Justifiez votre argumentation en vous appuyant sur la vignette clinique et les propositions de Nathan.

Question 2 (3 points) : Comment qualifieriez-vous le travail thérapeutique de la guérisseuse réunionnaise ?

Question 3 (4 points) : Deux processus thérapeutiques sont à l'œuvre dans ces deux séquences thérapeutiques, la capture de l'esprit dans la première séquence, la purification et la protection dans la seconde. Identifiez la théorie du thérapeute à partir de ces deux techniques.

Question 4 (4 points) : Expliquez l'étiologie traditionnelle de « possession par un mort errant » et en quoi elle est fonctionnelle.

Question 5 (4 points) : Quel est le rôle des objets dans la thérapie ?

Question 6 (2 points) : Quelle conclusion générale pourrait-on tirer du fonctionnement de ces dispositifs de soin traditionnels ?

## L'exemple d'un dispositif de soins réunionnais

Cas clinique (D'après Ionescu S., Rutembesa E., Boucon V., « La résilience : perspective culturelle », in Bulletin de Psychologie, Tome 63 (6)/51/ nov-déc 2010, p. 463-468).

### Éléments d'anamnèse

Vanille a 17 ans et, malade depuis plusieurs mois, elle a dû quitter l'école. A 14 ans, alors qu'elle est en 3<sup>ème</sup>, sa famille est frappée par trois décès : deux tantes et un oncle maternel. Vanille est particulièrement affectée par la disparition de son oncle, jeune et en bonne santé, avec lequel elle entretenait une relation privilégiée. Lorsque l'année scolaire s'achève, sa sœur aînée part pour la métropole afin de poursuivre ses études.

Au cours des deux années suivantes, Vanille se replie sur elle-même, s'isolant de plus en plus jusqu'au retrait total et au mutisme. Elle perd également l'intérêt qu'elle portait à ses amis, aux études et aux loisirs. Incapable de se concentrer sur le moindre travail scolaire, elle abandonne ses études à l'âge de 16 ans. Elle a le sentiment d'être agie de l'extérieur, et se sent vide à l'intérieur. Parfois, on la surprend à deviser avec un interlocuteur invisible. Sa famille, très inquiète des troubles de Vanille, décide alors de lui consulter des thérapeutes.

### Première séquence thérapeutique

A 17 ans, la famille de Vanille emmène donc la jeune fille au temple malgache, rencontrer Mme Marie, une guérisseuse traditionnelle. Mme Marie est un *gramoun*, « personne âgée ou grand-parent » en créole réunionnais.

Le rituel thérapeutique commence par la préparation d'un *karédlfèr* (carré de fleurs en créole), préalable à la mise en place d'un *karédfé* (carré de feu). Le *zanfandkér* (assistant thérapeutique, littéralement « enfant de chœur ») dispose, à l'entrée du temple, des pétales formant un rectangle. Des carrés de camphre sont ensuite placés aux quatre coins et au milieu de chaque côté de ce rectangle de fleurs. Pendant ce temps, Mme Marie prépare deux demi-citrons, enrobés de cougon – un mélange de cendres et d'encens et enveloppés dans deux bandes de tissu rouge. L'assistant conduit alors Vanille au centre du *karédlfèr* et allume les morceaux de camphre. La scène thérapeutique est ainsi constituée, à l'extérieur du temple, isolée du monde humain ordinaire, Mme Marie, son assistant et la patiente y étant les seuls « invités », avec pour spectateurs, généralement la famille, mais également les voisins et/ou des amis, qui assis sur un bidon, qui appuyé nonchalamment contre un arbre, les enfants courant librement sur le terre-plein du temple.

Mme Marie, les yeux perdus dans le vague, comme détachée de la scène, laisse alors le *gramoun* s'exprimer. Mme Marie, parée d'une ceinture nouée, y accroche alors une bande de tissu rouge, analogue à celles préparées préalablement, et contenant la préparation d'un demi-citron, de même que pour son assistant.

Le *gramoun* recommande alors de nouer autour de la cheville gauche de Vanille l'une de deux bandes de tissu rouge contenant le demi-citron, et l'autre autour de sa taille. Ces objets préparés principalement à partir de citron, de cougon, enveloppés de tissu noué, sont des « garanties », c'est-à-dire des objets de protection contre les attaques de l'esprit qui a envahi Vanille, à son corps défendant, et qui, au cours de la séance thérapeutique, va manifester son désaccord quand le *gramoun* lui demandera de quitter le corps et l'esprit de cette jeune fille.

C'est d'abord le *zanfandkér* qui appelle, avec des prières spécifiques en créole, l'esprit, et à sa suite, Mme Marie. Puis celle-ci, tenant dans sa main droite une paire de ciseaux, debout derrière Vanille, isole avec sa main gauche une mèche de cheveux en haut et à l'arrière du crâne. Les exhortations continuelles, plus ou moins menaçantes, du *gramoun* obligent l'esprit à se manifester, et dans un souffle de Vanille, celui-ci décline enfin son identité : il s'appelle Maurice et vient du cimetière de Saint Paul. Lorsque le *gramoun* lui demande s'il est prêt à partir, il accepte, et Mme Marie, vivement, coupe alors la mèche de cheveux qu'elle tenait fermement dans sa main et l'enferme dans un bocal.

### Deuxième séquence thérapeutique

Tremblante de frayeur, en larmes, glacée, Vanille est alors conduite à l'intérieur du temple. Peu à peu, elle se calme, se détend et essuie ses larmes. La séance semble avoir été très éprouvante. Mme Marie, de même que son assistant, dénoue ses propres protections et celles de Vanille et les jette à l'extérieur du temple. Elle prescrit alors un bain de purification, à base de cinq plantes, et que Vanille devra faire pendant cinq jours d'affilée, ainsi qu'une autre préparation, à base de trois plantes, pour tous ceux qui ont approchés et touchés Vanille.

Le *gramoun*, suspectant que Vanille pourrait à nouveau être attaquée, lui prépare alors une *proteksion* (en créole réunionnais), le "garanti provisoire". A l'intérieur d'un bouton de rose blanche coupé sur le bouquet déposé sur l'autel des ancêtres du temple, le *gramoun* verse quelques goutte de parfum « Pompéïa » et le retourne pour enlever le trop plein. Puis il enfume le bouton de fleur en soufflant longuement à trois reprises la fumée de sa cigarette dans le cœur de la fleur. Enfin, il enveloppe le bouton de rose dans une bande de papier dont il ferme les deux extrémités. Enfin, il formule ses recommandations à Vanille : « tu dois porter ça sur toi tout le temps, le plus près possible ou sinon dans une poche... tu l'enlèveras seulement pour le bain et tu le remettras ensuite... Tu dois le garder jusqu'à ce que je te donne le garanti, demain, à la fête de *Marliémen* ».

Le lendemain, Mme Marie donne à Vanille son "garanti définitif" : il s'agit d'une

chaîne en argent que Vanille avait préalablement confiée à la guérisseuse. La chaîne a été conservée dans un vase en étain – *koudam*, sur lequel Mme Marie et son assistant ont dit des prières. Le *koudam* est l'un des objets rituels de la fête de *Marliémen*.



# Thérapeutique et Clinique : La possession par les êtres invisibles

XV

## *La possession : un concept culturel*

### **Définition de la possession**

Très répandue dans l'aire culturelle africaine qui va de l'Afrique du sud à l'Afrique de l'Ouest, on retrouve également la possession au Brésil et dans les îles adjacentes. Quand on évoque le terme de possession, on décrit généralement des cérémonies, qui tiennent à la fois de la fête musicale, de séances collectives de thérapies voir de la religion. Au cours des rituels, le corps de certains participants, membres du public et/ou aides auxiliaires du thérapeute, en état de transe, adopte le comportement, les vêtements, la parole et la voix d'invisibles non-humains. Il peut s'agir, par exemple, de divinités (*Vaudou*), d'esprits (*Zar*, *Meluk*), de démons (*Djinn*) ou d'ancêtres (rituels de morts en Afrique centrale).

Les cérémonies sont assez longues et peuvent parfois durer plus d'une semaine, comme dans le *N'dop* sénégalais. Elles incluent une préparation musicale (tambours, mais aussi violons à une ou deux cordes, flûtes, etc.), un maternage du patient qui semble alors considéré comme un nouveau-né, et enfin, durant la transe corporelle elle-même, un moment d'identification et de dénomination de l'esprit. Elles se terminent le plus souvent par un sacrifice animal (poulet, cabri, bœuf, etc.).

C'est la manifestation de l'esprit, partie la plus spectaculaire, qui a le plus souvent retenu l'attention des chercheurs, anthropologues ou psychologues, incitant certains à considérer ce rituel comme « une mise en scène hystérique ».

### **Vécu de la possession**

Le rituel vient structurer le monde de celui qui le vit, à l'aide de quatre éléments fondamentaux. Le sacrifice financier de la famille et l'inscription dans la durée sont des éléments très importants du rituel. Le rituel a été précédé d'une procédure de diagnostic, une divination, qui a mobilisée l'entourage du patient et focalisé l'attention sur lui pendant des mois, voire parfois durant des années. Des sensations inhabituelles et intenses (autrement appelées « états altérés de conscience », Bourguignon E., 1973) accompagnent très souvent la transe proprement dite. Enfin, la scansion imprimée au vécu du patient constitue une sorte de « temps 0 », comme une nouvelle naissance, l'accession à sa nouvelle vie d'initié.

Après le rituel, le patient devra ensuite honorer l'invisible non-humain qui a été identifié durant la transe et lui consacrer, un temps (par exemple, un jour précis de la semaine), un lieu (par exemple, un autel, tels que les *Xam* du *N'dop* érigés dans la cour de la concession), de la nourriture (sans et lait, par exemple mais également alcool, riz, viandes, légumes, pain...), des vêtements (de certaines couleurs, soit certains jours de la semaine), des marques sur sa personne (certains bijoux, comme les bracelets de cheville en cuivre), et des commémorations (au minimum, la participation du patient aux initiations des patients suivants et/ou aux commémorations annuelles de la congrégation).

Ainsi, loin d'être une thérapie « cathartique », la possession est au contraire une thérapie extrêmement longue, parfois toute une vie, l'interruption des rituels pouvant entraîner une rechute immédiates des troubles.

### La clinique de la possession

La possession décrite par les anthropologues est l'aboutissement d'un état de crise ayant débuté bien avant le rituel proprement dit, quelques fois plusieurs années avant. De fait, il peut arriver que le thérapeute décide si ce qu'il constate, ce qu'il voit, constitue les prodromes d'une possession, qui pourrait se manifester que bien plus tard après sa consultation. Il s'expose alors au risque de contribuer à créer l'état qu'il prétend seulement observer.

Les anthropologues (Zempleni, 1987) définissent la possession, soit comme l'apparition incontrôlée d'un état de sacralité chez une personne profane, soit comme l'induction rituelle de la transe liturgique chez une personne initiée, le premier étant généralement la matrice et la condition du second. La possession incontrôlée est une croyance à la présence continue d'un être invisible et identifiable à l'intérieur de la personne. Cet état de sacralité est diagnostiqué à l'occasion d'une maladie. Il est, par définition, anormalement continu et appelle une réponse de la communauté.

**Possession désigne donc à la fois l'élection ou la désignation d'un humain jusqu'alors banal, et l'organisation d'un rituel religieux rassemblant des initiés.** Il serait plus cohérent par rapport aux faits de distinguer :

- un état de « possession-maladie » (l'état d'avant l'initiation) caractérisé par une rétraction des fonctions de communications (anorexie, mutisme, isolement, troubles de la locomotion, apathie, aboulie, apragmatisme), associée à certains signes pathognomoniques, tels que le blocage des fonctions d'excrétion, les lésions de la peau, les sensations de détachement des membres.
- un état de « possession-thérapie » (l'état pendant et après le rituel), caractérisé par les différentes contraintes décrites plus haut pour honorer l'invisible).

### "L'état de transe dissociatif" (DSM-IV)

#### Différence entre "état de possession" et "état de transe dissociatif" selon le DSM-IV

Selon le DSM-IV, l'état de transe dissociatif serait le le symptôme de la possession. Par ailleurs, l'état de transe dissociatif ne s'appliquerait pas aux sujets qui entrent dans des états de transe ou de possession volontairement et sans souffrance, dans le cadre de pratiques culturelles et religieuses de leur groupe. Ces deux états sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

Le critère 1 de différenciation entre les deux notions décrit **l'état de transe comme une altération marquée et temporaire de l'état de conscience ou de la perte du sentiment de son identité personnelle (non remplacée par une autre)**, en association avec ; soit un rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche ou à l'inverse une fixation anormalement sélective et focalisée sur certains stimulus environnementaux ; soit des comportements ou des

mouvements stéréotypés que les sujets ressentent comme échappant à leur contrôle.

Le critère 2 de différenciation entre les deux notions décrit l'état de possession comme une altération unique ou épisodique de l'état de conscience caractérisée par le fait qu'il y a, à la place du sentiment familier de son identité propre, celui d'**une identité nouvelle, attribué à l'influence d'un esprit, d'une puissance, d'une divinité ou d'une autre personne**, et accompagné des symptômes suivants : des comportements ou mouvements stéréotypés et culturellement déterminés ressentis comme étant sous le contrôle de l'agent de la possession ; une amnésie partielle ou totale de l'événement.

Bien entendu, l'état de transe ou de possession, selon le DSM-IV, ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'un trouble psychotique (trouble de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques et trouble psychotique bref), ou d'un trouble dissociatif de l'identité, pas plus qu'il n'est dû aux effets d'une substance ou d'une affection médicale.



### *Exemple : Illustration clinique*

Fatou est âgée d'une trentaine d'années et vient d'accoucher, dans la banlieue parisienne, d'une cinquième petite fille. Elle est originaire du Mali, son mari de Guinée, et ils tous deux sont de langue *malinké* (extrait clinique issu de Nathan, 2002).

Dès la naissance, elle n'a pas voulu lui jeter un simple regard, refusant de la prendre dans ses bras et la nourrissant au biberon en la tenant à distance. L'entourage a alors mis cet étrange comportement sur le compte de la fatigue, d'autant que Fatou a présenté des manifestations surprenantes à chacun de ses accouchements. Au moment de donner un nom à l'enfant pour l'état civil, elle dit : "Linda", son mari "Cissé", et ils se disputent violemment. C'est finalement le père qui emporte la décision. Mais depuis qu'elle est sortie de la maternité, Fatou appelle sa fille "*Djennaba*". Le mari insiste, revient à la charge, est même presque prêt à accepter la première proposition de Fatou. Mais elle ne répond pas, garde l'air absent. De temps en temps, elle fait des "crises", se dispute brutalement avec son mari, l'accuse de vouloir se débarrasser d'elle. Elle rencontre alors une assistante sociale et lui fait part de son souhait de divorcer. Elle prétend qu'il a une maîtresse, qu'il l'ensorcelle avec des gris-gris dans la maison, qu'il empoisonne sa nourriture. Tout d'abord, le mari réagit au contenu explicite des accusations de sa femme, se justifie, fournit des preuves. Puis ensuite, il se fâche et la bouscule. Rien n'y fait, Fatou reste toujours aussi étrange.

Au cours de la consultation d'ethnopsychiatrie, il rapporte les propos que lui a tenu sa mère, restée au pays : "J'ai téléphoné à ma mère. elle est allée consulter un *kharamoko*, un guérisseur. Elle m'a dit : "ta femme, là, elle est déjà prise. Son mari, c'est un *djinna*. Ce qu'il fait, là, le *djinna*, c'est qu'il veut récupérer ses enfants".

# Thérapeutique et clinique : le chamanisme ou la perte d'âme

XVI

## *Le chamanisme : un concept culturel*

Le chamanisme est plutôt répandu dans l'aire culturelle asiatique, mais on le retrouve également en Australie aborigène, en Amérique du nord et du sud, en Asie centrale, Sibérie, Europe du nord et de l'est, et en Afrique du sud en pays Boshiman.

**Le premier type de théorie étiologique est relatif à la « perte d'âme ».** La maladie s'explique soit du fait que le patient ait transgressé des tabous rituels, soit que son âme se soit échappée en rêve à cause d'une imprudence du rêveur (par exemple, « *l'accouplement avec un mort* » raconté par Devereux dans "Ethnopsychiatrie des indiens Mohave", 1969). Le chaman doit alors affronter les puissances ravisseuses d'âme et obtenir la restitution de l'âme égarée par toutes sortes de pression, y compris le combat.

**Le deuxième type d'étiologie est le « vol d'âme ».** La maladie s'explique par l'attaque du patient par un sorcier ravisseur d'âme. Il s'agit en général de vol d'âme par sorcellerie. Le chaman doit alors identifier le sorcier ravisseur d'âme et le terrasser afin de libérer le patient de son emprise.

### **Le rituel thérapeutique, les substances et les rêves :**

Au cours du rituel thérapeutique proprement dit, le chaman entreprend **un voyage dans le monde des esprits** (en haut) ou dans le monde des démons (en bas), pour affronter les puissances à l'origine de la maladie. Tous les chamans possèdent ainsi cette capacité, résultant de longs apprentissages au cours de l'initiation, d'entrer en transe, de sombrer dans une sorte de coma (parfois de plusieurs jours), de se dédoubler, etc. Le voyage ainsi que l'axe vertical/horizontal sont les deux caractéristiques du rituel.

**Le chamanisme utilise systématiquement des substances psychédéliques, avec parfois des subterfuges** tels que la ventriloquie, la capacité à faire apparaître et disparaître des objets censés matérialiser le mal ou l'anesthésie corporelle. Parmi les substances les plus connues, on peut citer (au moins deux au choix parmi les suivantes) : Le jus de tabac des chamans *Warao* du Venezuela (pour rendre hommage aux esprits, pour agir sur la maladie et pour avoir des visions informatives sur les phénomènes occultes) ; le *Yagé* utilisé par les indiens *Tukano* de Colombie (pour déclencher des hallucinations et des épisodes frénétiques) ; le *cactus San Pedro* des guérisseurs péruviens souvent associé au tabac ou à la *datura* (pour « voir » l'origine de l'ensorcellement ou de la magie d'amour) ; le *Peyolt* des indiens *Huicholes* du Mexique, honoré comme un dieu

(pour « voir » le mal, acquérir une puissance surnaturelle et le don d'équilibre indispensable au travail thérapeutique) ; le *Datura* des indiens Jivaros, hallucinogène très puissant (pour entrer en relation avec leur double et acquérir la force d'affronter les esprits maléfiques).

Certains rituels comme le *Santo Daimé* utilisent ces substances en les associant aux pratiques chrétienne et aux danses du *Candomblé*.

Par ailleurs, **le chaman est le spécialiste des rêves**. Le monde des esprits qu'il parcourt durant ses voyages thérapeutiques est semblable au monde des rêves. Il interroge donc les malades sur leurs rêves et établit un diagnostic à partir de leur interprétation. Les « rêveurs » sont des informateurs qu'il utilise pour se renseigner sur la vie intime des patients qu'il aura à soigner. Enfin, la séquence thérapeutique du chaman peut être considérée comme la mise en scène d'un rêve, qui serait, selon Roheim (1952, *Les portes du rêve*) l'une des manières d'expliquer son efficacité.

### La personnalité du chaman

Les chercheurs ont décrit la personnalité du chaman, soit comme, des personnalités déséquilibrées voire psychotiques, soit comme des personnalités extrêmement bien adaptées à leur environnement mais perçues comme un dévot, un prêtre ou un mystique. Il reste que le comportement du chaman, lors d'une séquence thérapeutique, évoque fortement des troubles psychopathologiques : hallucinations, dédoublement de personnalité, crises aiguës oscillant entre technicité, simulation, et création personnelle. De plus, le chaman inaugure son activité par une véritable maladie (hallucinations, hébétude, évanouissements, angoisse, etc.) qui ne pourra se révéler initiatique que dans l'après-coup.

Si les chamans sont les meilleurs spécialistes du mal, selon Devereux (1969), c'est parce qu'ils sont capables de l'inoculer au malade. Devereux explique ainsi que les Mohaves, en face d'une maladie réfractaire au traitement habituel, cherchent le chaman « ensorceleur » pour le contraindre à retirer le mal qu'il a lui-même installé dans le malade. Par ailleurs, on peut fait appel au chaman, non seulement dans les cas de maladies, mais également pour la réussite de la chasse, d'un voyage, d'un mariage, etc. Le rite lui-même propose la manière de penser le chaman dans le dispositif thérapeutique : **un initié capable soit d'ensorceler, soit de désensorceler les ennemis de ses patients, ni psychotique ni mystique**.

### "L'efficacité symbolique" (Lévi-Strauss)

---

#### L'interprétation de Lévi-Strauss : restitution et discussion

C'est à partir du texte de Lévi-Strauss, « Le sorcier et sa magie » (1949) que s'est articulée la discussion sur le chaman. Le texte reprend la biographie d'un chaman, Quesalid, publiée par Franz Boas en 1930. L'intérêt du texte réside dans la manière dont est décrite Quesalid, comme un homme rationnel et préoccupé par sa carrière. Lévi-Strauss considère que l'efficacité de la cure provient de l'articulation entre les sensations du chaman, celles du malade et le consensus social.

Le second texte de Lévi-Strauss important concernant le chamanisme, « L'efficacité symbolique » (1958), propose une interprétation plus complète. Ce texte s'origine dans l'analyse d'un chant thérapeutique des indiens Cuna du Panama destinée à venir en aide aux parturientes en souffrance. Lévi-Strauss explique que la cure est efficace parce qu'elle rend pensable une situation trop douloureuse et impensable. On lui doit probablement l'inspiration d'une partie de la théorie lacanienne du « symbolique », puisque ce texte a été publié antérieurement en 1949 dans la Revue de l'Histoire des Religions.

Trois critiques peuvent être faites à cette interprétation : Lévi-Strauss fait l'hypothèse que c'est le langage fourni par le chaman lors du chant qui provoque le déblocage des fonctions physiologiques. **Or chanter n'est pas parler : ce ne sont pas des paroles que le chaman adresse à la patiente, mais un chant. La raison de cette forme spécifique d'énonciation qu'est le chant n'est donc**

**probablement pas à chercher dans l'efficacité de la langue, mais dans celui à qui le chaman s'adresse.** Ensuite, on sait maintenant, avec les travaux ultérieurs des anthropologues, que la présence des patients n'est pas nécessaire ; ils peuvent en effet ne pas assister à leur propre traitement. Enfin, les anthropologues modernes ayant travaillé sur le même terrain attestent que **les patients ne comprennent pas cette langue ancienne et rituelle (comme une sorte de langue sacrée) utilisée dans les chants thérapeutiques.** On peut alors se poser la question de l'efficacité « symbolique » lorsque les patients ne comprennent pas la langue.

Le chamanisme est en fait un système complexe : le rite est une négociation avec des puissances (supérieures ou inférieures), avec des invisibles. Il contient en lui-même la théorie du monde et l'action sur le monde, puisqu'il intègre une théorie, des substances, des être invisibles et des spécialistes.



### *Exemple : Illustration clinique*

Une jeune femme, âgée d'une trentaine d'années, originaire de Colombie, immigrée depuis 10 ans en France, est reçue à la consultation d'ethnopsychiatrie. Métisse, de mère indienne et de père d'origine lointaine espagnole, elle souffre de toutes sortes de douleurs physiques et morales (extrait clinique issu de Nathan, 2002).

Lors d'une consultation, elle raconte un rêve :

*« Elle attrapait un humain, qu'elle épluchait. Elle en dévorait tout l'intérieur, puis elle grignotait les os, avalait la peau, suçait le jus du corps dans sa bouche. Elle éprouvait toutes ses sensations avec un caractère d'irréalité qui l'étonnait. Puis elle s'est réveillée, comme dégoûtée et elle rotait. »*

**Ce rêve relate la rencontre avec le dieu Tabac, sans doute l'un des dieux Indiens de sa mère.** En effet, le dieu Tabac est contenu tout entier dans le cigare : on le fume, on en mâchonne l'écorce, on en absorbe l'intérieur et le jus. La patiente avait ainsi rencontré le dieu Tabac. Elle répondit : "En effet, j'ai longtemps travaillé dans la manufacture de tabac de Bogotá".

Le chamanisme, tout comme les autres dispositifs thérapeutiques, est constitué d'objets et non de symboles. Le dispositif thérapeutique n'est compréhensible qu'en incluant tous les objets, y compris l'interprétation d'un rêve, objet langagier. Dans le monde culturel de cette patiente, il y a le tabac, et le tabac est une divinité. En agissant ainsi, on s'attend à ce que la patiente réponde : "est-ce que tu sais me donner le dieu Tabac ?", c'est-à-dire "est-ce que tu sais m'initier au dieu Tabac ?" En effet, proposer une interprétation du rêve a aussi des implications réelles dans son monde. Elle n'a pas donc pas une « autre représentation du monde », mais est fabriquée par un autre monde.

# Exercice : Devoir 10



XVII

## Processus thérapeutiques

Répondez aux deux questions suivantes (20 points). L'exercice vise à articuler propositions conceptuelles et faits cliniques.

### Question 1 ( 10 points)

A l'aide des propositions de Nathan concernant la description technique de la possession et l'illustration clinique, expliquez en quoi la possession est un dispositif thérapeutique (8 points). Vous rédigerez une introduction et une conclusion (2 points).

### Question 2 (10 points)

A l'aide des propositions de Nathan concernant la description technique du chamanisme et l'illustration clinique, expliquez en quoi le chamanisme est un dispositif thérapeutique (8 points). Vous rédigerez une introduction et une conclusion (2 points).



# Thérapeutique : Les enfants et les langues

XVIII

*Argument : Entre langue et langage*

## **Une anecdote historique et des questions générales sur les langues**

La question des langues, différentes par "nature" puisque les êtres humains parlent des multitudes langues, est une si ancienne question qu'elle fut, déjà, examinée par Hérodote dans "L'Enquête" (II, 2, Traduction A. Barguet, 1964, Gallimard, Paris) :

*"Avant le règne de Psammétique, les Égyptiens se croyaient le peuple le plus ancien de la terre. Mais quand Psammétique devint roi, il voulut savoir quel peuple méritait vraiment ce titre : et depuis ce temps, les Égyptiens pensent que les Phrygiens les ont précédés, s'ils sont eux-mêmes plus anciens que les autres peuples.*

*Toutes les recherches de Psammétique pour découvrir un moyen d'apprendre quel peuple était le premier apparu sur terre étant demeurées vaines, il imagina ce procédé : il fit remettre à un berger deux nouveaux-nés, des enfants du commun, à élever dans ses étables dans les conditions suivantes : personne, ordonna-t-il, de devait prononcer le moindre mot devant eux ; ils resteraient seuls dans une cabane solitaire et, à l'heure voulue, le berger leur amènerait des chèvres et leur donnerait du lait à satiété, ainsi que tous les soins nécessaires. Par ces mesures et par ces ordres, Psammétique voulait surprendre le premier mot que prononceraient les enfants quand ils auraient dépassé l'âge des vagissements inarticulés. Il le fut ainsi : pendant deux ans, le berger s'acquitta de sa tâche, puis un jour, quand il ouvrit la porte et entra dans la cabane, les enfants se traînèrent vers lui et prononcèrent le mot bécos, en lui tendant les mains. C'est, chez les Phrygiens, le nom du pain. Les Égyptiens s'inclinèrent devant une pareille preuve et reconnurent que les Phrygiens étaient plus anciens qu'eux."*

Le même thème réapparut au Moyen-Age, avec Frédéric II, qui, racontait-on, s'était demandé quelle langue du Grec ou de l'Hébreu, parleraient spontanément les enfants. À la question de la langue originaire, la plupart des auteurs occidentaux répondaient qu'ils parleraient l'hébreu. Quelques kabbalistes se sont néanmoins opposés à la thèse commune. Abraham ben Shmuel Abulafia, par exemple, qui avait adopté une thèse étonnamment moderne, affirmant que des enfants isolés parviendraient à peine à aboyer car si le langage était une capacité innée de l'homme, cette capacité avait besoin d'un environnement spécifique pour se développer par imitation. Les enfants parlent car ils sont humains, affirmait-il ; mais ils ne parlent que la langue qu'ils entendent autour d'eux. Pour les Kabbalistes, s'il fallait rechercher l'origine, ce n'était certes pas dans la langue explicite, mais dans un "caché" de la langue, seulement accessible par l'interprétation. Car, sous chacune des soixante dix langues que l'on disait alors répandues sur la terre, se cachait la langue sacrée, l'hébreu, qui ne saurait se



révéler qu'à celui qui savait décoder les valeurs numériques des mots. Pour Abulafia, sous l'apparence de la multiplicité se cachait l'unicité originelle.

L'on comprend aisément les enjeux politiques de ces discussions : en pleine période de contacts interculturels intenses, quelle langue - et, de ce fait, quelle religion et quelle civilisation, aussi parviendrait à fédérer toutes les autres ; à se hisser au rang de vecteur principal des échanges. Comme on le voit, les questions de l'époque ressemblaient à s'y méprendre aux questions que se pose notre monde moderne : "quelle langue pour un monde globalisé" ? Cependant, à l'arrière-plan, on devine une seconde question, tout aussi actuelle et qui concerne bien davantage les cliniciens : que pouvait-on penser, à l'époque des enfants qui ne parvenaient pas à parler ? Hésitaient-ils sur la langue originelle ? Étaient-ils en conflit à son propos ? Et avec qui ? Déjà se profilaient deux grandes théories qui, nous allons le voir, sont restées aussi présentes de nos jours la plus moderne, la plus productrice n'étant pas celle que l'on aurait pu imaginer d'emblée.

### **Première théorie**

Soit les enfants apprennent la langue parlée dans leur environnement, "par imitation", comme le proposait Abulafia et, s'ils n'y parviennent pas, c'est qu'ils sont malades, handicapés, voire monstrueux. Cette première théorie engendre deux types de questions : Quelle maladie, quelle imperfection, quelle monstruosité peut empêcher un enfant d'accéder au langage ? Et son corollaire : quelle technique thérapeutique sacrée, biologique, psychologique, etc. peut réparer ce désordre, le plus fondamental qui soit, qui interdit à l'enfant l'accès à l'humanité ?

### **Deuxième théorie**

Soit, les enfants, dès la naissance (et sans doute bien avant et peut-être avant même leur conception) ont un contact avec l'origine ; contact qu'ils abandonnent, en général vers l'âge de deux ans, pour adopter les codes, les habitudes de leur environnement. Cette seconde théorie engendre plusieurs questions : Quelle langue parlent les bébés avant de prononcer la langue des humains qu'ils côtoient ? Quels arguments peuvent les décider à abandonner les contacts ancestraux pour se commettre avec le monde profane - étant entendu que, dans ce cas, la difficulté d'accès à la parole révélerait une certaine forme d'intentionnalité ?

Derrière ces deux théories, persiste toujours la question métaphysique posée par les lettrés du Moyen-Âge : existe-t-il une langue originaire, commune à toute l'humanité ? Et si oui, laquelle ? Qu'il existe une langue commune, c'est bien ce que pensent aujourd'hui psychologues et psychiatres lorsqu'ils évoquent "*l'accès de l'enfant au langage*" - le "langage" en tant qu'ensemble de règles structurales, probablement imposées par la structure neurologique du cerveau, et se réalisant dans chacune des langues réelles.

Freud, quant à lui, parlait de "langue fondamentale" (dans Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (le Président Schreber), In *Cinq Psychanalyses*, Paris, Puf, 1970), qu'il imaginait "symbolique" et dont il retrouvait les vestiges dans les subtilités de ses interprétations de rêves. Les psychologues cognitivistes modernes postulent l'existence de modules neuronaux génétiquement programmés pour accueillir les artifices logiques des langues. Quant aux linguistes qui constatent toutes les langues comme étant structurellement équivalentes, il va de soi qu'ils conçoivent implicitement une sorte de métalangue englobant toutes les formes possibles de langues. Ces théories de l'unicité du langage originaire, structurale ou biologique pèchent cependant du fait qu'elles envisagent les langues uniquement comme des systèmes logiques fermés (ce qu'elles sont sans aucun doute), oubliant qu'elles sont aussi une description d'un environnement naturel et social très précis. La pratique clinique ethnopsychiatrique a montré sur les énoncés complexes n'étaient en général pas traduisibles puisque les langues ne parlent pas des mêmes choses.

L'exemple ci-joint est extrait de la langue arabe et concerne une description fine de toutes les traductions - interprétations du terme djinn (cf. reslanguearableDjinn).



### Exemple : L'enfant qui ne parlait pas : le Kimpi

Une enfant d'origine congolaise est mutique à l'école. La psychologue scolaire convoque les parents qu'elle reçoit avec une traductrice. On discute du mot "mutique". Comment le traduire ? La psychologue essaie : "qui ne parle pas"... Non ! Cette équivalence ne satisfait personne. Le mot "mutique" appartient au vocabulaire de la didactique où il désigne un "silence volontaire d'origine pathologique", sens qui n'existe pas en *kikongo*, langue de la famille. La traductrice échange avec la maman. C'est alors qu'apparaît le mot : *kimpi*. Mais *kimpi* signifie-t-il mutique ? Non... c'est comme si on lui avait introduit quelque chose dans le corps... dans la tête plus que dans le corps, d'ailleurs. En traduisant, en passant d'une langue à l'autre, les locuteurs font surgir des concepts différents. Le mot *kimpi*, décrivant tout à la fois un comportement (on pourrait le traduire par "instable") et une étiologie (on lui a introduit une substance de sorcellerie dans la tête) a surgi de la traduction. La maman n'exposait pas son "opinion" sur le comportement de sa fille, mais des "objets culturels" de son monde. On s'aperçoit que traduire ne signifie pas dire "la même chose" dans une autre langue - car, si tel était le cas, on ne pourrait que déplorer la diversité linguistique et continuer à rêver d'une langue universelle. Traduire, c'est parler d'autre chose, puisque l'on parle dans une autre langue, c'est faire advenir des objets culturels d'un autre monde.

D'où l'on se rend compte que Français et Congolais ne disent pas "la même chose" dans deux langues différentes, ils parlent de choses différentes à l'aide de langues différentes (voir pour plus d'approfondissement sur les sujet la partie sur la traduction, plus haut).

### Universalité du langage/Spécificité des langues

À nouveau donc, la question de l'universalité, comme celle de l'origine, apparaît comme une approximation à visée idéologique. La recherche, à travers la multiplicité des langues, d'une caractéristique universelle de l'humain, qui serait sa capacité à maîtriser 1e langage, ne peut être considérée que comme une position méthodologique. Si la psychologie continue aujourd'hui à parler du "langage", elle a appris que c'était par commodité heuristique, à seule fin de mettre en place des dispositifs de recherche.

Or, lorsqu'il s'agit de prendre en charge de manière psychothérapique des enfants qui n'accèdent pas à la parole, il est apparu parfois beaucoup plus efficace d'envisager la langue de la famille, non pas comme une forme historiquement située d'un système logique général, mais comme la propriété spécifique d'un groupe réel. Autrement dit : la question posée ici n'est pas :

- Qu'est-ce qui fait que cet enfant ne parle pas ?
- mais bien : Quelle langue cet enfant ne parle-t-il pas ?

Avec, comme corollaire : quelle langue parle-t-il lorsqu'il ne parle pas ? Cela implique évidemment d'envisager le bébé (le fœtus, aussi, sans doute) comme déjà membre d'un groupe, non pas un être à socialiser, mais déjà membre d'un groupe culturel.

### REMARQUE

Il ne s'agit pas de prétendre que les bébés (ou les fœtus) appartiendraient par nature au groupe culturel de leurs parents, ce qui serait évidemment ridicule, mais de démontrer qu'il est théoriquement plus intéressant et techniquement (cliniquement) plus efficace de prendre en charge un enfant qui ne parvient pas à parler à partir de ce type d'hypothèse.

Nous verrons donc, dans la partie suivante, comment argumenter cette hypothèse à partir de faits anthropologiques, théoriques et cliniques.



### *Exemple : Exemple clinique : l'enfant des djinn*

---

Ce cas clinique (cf. Consultation d'ethnopsychiatrie, Bilal, 1993, Tobie Nathan) est une illustration de l'utilisation de la langue maternelle en consultation d'ethnopsychiatrie, des réseaux de soins marocains, et du traitement traditionnel d'un enfant kabyle, nommé Bilal, et de ses parents. Il montre également comment la conflictualisation des théories et étiologies en présence facilite la prise en charge thérapeutique.



# Thérapeutique : L'enfant-ancêtre

XIX

## *Un malentendu : Enfants autistes en Occident/Enfant bizarres en Afrique*

Il s'agit d'un grave malentendu qui persiste entre les deux mondes : l'Occident moderne et l'Afrique. Les gens là-bas pensent que certains enfants, qui ne parlent pas à deux, à trois, à quatre - parfois jusqu'à 15 ans ou même quelquefois n'accèdent jamais à la parole, que ces enfants ont ce comportement de manière intentionnelle. Alors que nous, psychologues, pensons qu'ils souffrent d'une grave perturbation, que nous attribuerons, selon l'état de nos recherches,

- . soit à une angoisse trop intense,
- . soit à un dysfonctionnement des interactions entre la mère et le bébé - voire avec le fœtus,
- . soit encore à une malformation génétique de leur cerveau,
- . voire à un désordre biologique consécutif à une infection durant la prime enfance,
- . ou encore à d'autres types de désordres biologiques.

Il est possible que les Africains ne le pensent pas ainsi ! Nous constatons seulement que lorsqu'ils se trouvent en présence de ce type d'enfants et qu'ils veulent intervenir sur le cours des choses, ils agissent comme s'ils pensaient ainsi. Il semble même que, pour eux, ces enfants seraient non seulement mal intentionnés à l'égard de leur famille, de leur groupe culturel, sans doute de tous les humains, mais de plus, ligüés, organisés en des sortes de "bandes malfaisantes".



## *Exemple : L'enfant Abiku*

Au Sud-Bénin et au Nigeria, dans les populations yoruba, on appelle ces enfants Abiku - de abi, "naître" et ku, "la mort". On les nomme donc "naître et mourir", que l'on pourrait interpréter par "mort-rené" (notre prénom René a sans doute une origine semblable). On a donc remarqué que ces enfants aiment naître prématurément et que, si l'on ne se livre pas à des protections spécifiques, disparaissent subitement, et toujours de façon inexplicable. On leur attribue également un regard critique et acéré sur leur environnement :

Parole d'Abikus : "Ah! Est-ce donc ainsi, le monde des humains ? Je ne le croyais pas aussi pourri. Je m'imaginais la terre bien autrement. Je m'en retourne donc à l'endroit d'où je viens".

On rapporte aussi qu'il leur arrive de faire de confidences aux humains, à qui ils ont, un jour, raconté l'histoire suivante :

"Ecoute-moi bien, humain, je vais te dire par quel subterfuge nous vous trompons et vous volons. Si une femme d'humain conçoit, nous désignons l'un des nôtres pour aller chez elle la nuit quand elle s'est endormie. Alors, celui-là se sert de son pouvoir pour se transformer en un vrai bébé, dont la femme finira par accoucher. Car lorsqu'il a retiré le véritable bébé, le nôtre prend sa place dans le sein de la

femme. Et je vais te révéler notre secret qu'aucun humain ne comprend : c'est que deux ou trois mois après que la femme l'a mis au monde, alors qu'il s'est rapidement développé, ressemblant presque à un bébé d'un an et demi et qu'il a déjà séduit chacun, et notamment sa mère. Alors donc qu'il se montre sous l'apparence d'un bébé très beau, très fort, très vif, lorsqu'il atteint ce stade et qu'il est parvenu à charmer chacun, disais-je, il commence à faire semblant d'être tout le temps malade. C'est alors qu'il s'approprie tout l'argent dépensé pour le soigner ainsi que les sacrifices offerts aux divinités pour sa guérison. Il emmagasine toutes ces richesses dans un endroit secret, et une nuit, il fait semblant de mourir. Alors, sa famille et ses amis se lamentent. "Ah ! Le beau bébé est mort !" Ils l'enterrent comme un bébé mort, mais ils ignorent qu'il n'est pas mort, qu'il a simplement cessé de respirer. Après avoir été enterré, à minuit précise, il sort de sa tombe et va tout droit à l'endroit secret où se trouvent argent et sacrifices dépensés pour le soigner. Il se rend donc là, puis emporte toutes ces richesses dans sa ville, la ville des Abikus. Ainsi donc, humain, si tu retournes dans ta ville humaine et si tu entends dire qu'une femme met au monde des bébés qui meurent à chaque fois, alors, crois-moi, c'est nous qui sommes ces bébés, nous, les Abikus. C'est pourquoi tous les humains appellent ce genre de bébé Abikü, ce qui signifie "il naît et il meurt".

Ce type de conception génère également des "thérapeutiques" des Yorubas. Si les Abikus sont un groupe et si, de plus, ils sont malintentionnés ou, tout au moins, pleins de dérision envers les humains, le principe de l'intervention thérapeutique consistera à séparer l'enfant suspecté d'être un Abiku de ses semblables, et éventuellement de refaire l'échange : restituer le faux enfant pour récupérer le vrai. C'est pourquoi l'une des idées qui préside au traitement de ces enfants est la modification de leur nom. On peut par exemple leur donner des noms dépréciatifs ou même franchement orduriers afin de décourager les autres enfants Abikus de s'approcher de lui. Ainsi, pourra-t-on le nommer : *Ekudi*, ce qui signifie "unealebasse cassée sur un tas d'ordure". On peut aussi agir sur le caractère de l'Abiku en lui attribuant un nom plein de sens afin de renforcer sa volonté de résister aux appels des autres. Ainsi, pourra-t-on le surnommer : *malomo*, "ne pas partir" ou *banjoko*, "rester assis et calme". On pourra aussi inclure des conseils dans son nom : *Iledi*, "la terre est fermée, bouchée" - ce qui est une injonction adressée à l'abikuu : "inutile de chercher à te faire enterrer, nous, les humains, nous t'avons repéré, et nous ne nous laisserons pas bernier".

#### EXEMPLES D'ENFANTS SPÉCIFIQUES AFRICAINS

ETHNIE	PAYS	DÉNOMINATION	EXPLICATION
Wolofs, Lébous,	Sénégal	Nit Ku Bon	Mauvaise personne
Serers	Sénégal	O Kin O Pajer	Qui part et qui revient
Yorubas,	Bénin, Nigéria	Abiku	Mort-rené
Bassas	Cameroun	M'bet singa	Marche sur un fils
Doualas	Cameroun	Enfant-hippopotame	
Doualas	Cameroun	Muna musinga	Enfant-cordon
Soninkés	Mali	Wallihou	Saint (de retour)



### Exemple : EXERCICE CLINIQUE : Oba, un enfant Yoruba en Occident

#### Lisez attentivement l'observation clinique suivante :

Oba est un garçonnet de huit ans, noir, mais plutôt clair de peau, de grande taille pour son âge, svelte, à l'aspect musculeux et tonique. Il explose dans la salle de consultation, se précipite sur un puzzle assez complexe, de plus de 20 pièces qu'il termine en quelques instants et dont il retire l'une des pièces. Puis, il frappe le puzzle de plusieurs coups de sa main à plat, exécute un tour complet sur lui-même en essayant de ne pas le perdre des yeux, revient dessus, refrappe plusieurs coups de sa main et le démonte. Puis, il recommence l'ensemble de la procédure. Oba fuit tout regard, crie lorsqu'on essaie de le toucher, ne montre aucun signe d'affectivité sur son visage impassible. De temps à autre, il s'approche de son père, lui prend la main et essaie de l'attirer au dehors. Devant le refus de son père, il pousse quelques cris, il frappe à plusieurs reprises du plat de la main sur l'épaule, tout en évitant son regard. Il ne répond à aucune sollicitation du clinicien, repousse toute tentative d'approche physique et ne semble attiré que par certains objets, notamment ceux qui fonctionnent (tournent, s'agitent, produisent des bruits) qu'il inspecte systématiquement.

Les parents nous retracent le récit suivant. Tous deux originaires du Sud de la France, ils apprennent leur stérilité alors qu'ils sont âgés d'une trentaine d'années. Ils optent pour l'adoption et, devant les difficultés à obtenir satisfaction en France, devant la durée de l'attente, décident d'adopter un enfant africain. C'est dans une grande capitale d'Afrique de l'Ouest qu'on leur confie Oba, alors âgé d'environ deux ans. Ils le trouvent dans un orphelinat, maigre, refusant de se nourrir, sale et en état de grande détresse psychologique. On leur raconte alors qu'il a été trouvé un an plus tôt, à l'âge d'un an, sur un tas d'ordure, à la limite de la ville. Il porte alors de profondes scarifications sous chaque œil. De plus, son dos porte huit marques par paires, deux points d'abord, au niveau des épaules, puis trois paires de traits les marques descendant jusqu'aux reins. Ces scarifications, très visibles à l'époque ont tout de même laissé des cicatrices que l'on peut encore observer.

Ils le ramènent en France, l'entourent d'affection et s'attachent très profondément à lui. Au début, il répète sans arrêt des crises d'épilepsie parfois plus d'une dizaine par jour. Mais, au fur et à mesure, Oba semble sortir de son isolement, devient propre et commence même à prononcer quelques mots. C'est alors qu'il est âgé de quatre ans qu'ils décident de partir passer une semaine de vacances à la montagne. Lorsque Oba sort de la voiture, il est surpris par le froid, pousse un petit cri et se tait... définitivement !

Les parents situent cet instant comme le premier moment de la maladie actuelle. Après cela, il perd ses progrès nouvellement acquis, urine et défèque dans des couches, pousse des petits cris, évite le regard et s'enfonce en quelques jours dans l'état où nous le voyons quatre ans plus tard.

#### Maintenant, essayez de répondre le plus précisément aux questions suivantes :

- Comment qualifier l'état actuel de Oba ?
- Comment analyser son entrée dans la maladie ?
- D'après vous, qu'est ce qui est arrivé à Oba avant son arrivée à l'orphelinat ?

#### Brèves réponses

- Oba présente manifestement tous les symptômes de l'autisme infantile. Il a d'ailleurs déjà été testé par une équipe de psychologues cognitivistes qui l'a diagnostiqué ainsi. Il ne parle pas, ne fixe pas dans les yeux, entreprend essentiellement des activités stéréotypiques.
- Comme pour la plupart des enfants autistes, les parents peuvent situer avec



beaucoup de précision le début de la maladie. Il s'agit d'un voyage en montagne où il a été effrayé par le froid. Plusieurs étiologies viennent spontanément à l'esprit ; la frayeur (la peur d'être à nouveau abandonné, l'étiologie infectieuse (peut-être virale) ou encore le développement à son terme d'une maladie génétiquement programmée.

- Avant son arrivée à l'orphelinat, Oba a certainement été diagnostiqué au Nigéria comme un enfant abiku. Peut-être a-t-il présenté très précocement les signes du désordre ; ou peut-être est ce seulement le diagnostic divinatoire accompli pour tous les enfants qui l'a révélé. Mais les marques sur le corps (les yeux, le dos, mais aussi les jambes, les mains, la poitrine) en sont une confirmation typique. De plus, il a réellement été placé sur un tas d'ordures nom que l'on donne aux enfants abikus
- Reste enfin la question : son passé d'enfant yoruba nous importe-t-il pour sa prise en charge ?

### *Enfants -Ancêtres ou Enfants Autistes ?*

Ces observations sont loin d'être une croyance naïve, mais une véritable théorie impliquant :

1. qu'il existe une nature d'enfants qui cherchent à se regrouper en communautés minoritaires ;
2. que ces enfants sont caractérisés par le lien avec les ancêtres de leur groupe d'appartenance avec lesquels, à la différence des autres enfants, ils continuent à avoir des relations bien après leur naissance.

Théorie au sens fort, car elle présente un intérêt technique : elle permet de se représenter ces enfants **positivement** :

- On ne dit pas qu'ils ne parlent pas (négatif), mais qu'ils continuent à dialoguer avec les ancêtres ;
- on ne dit pas qu'ils refusent la relation (négatif), mais qu'ils entretiennent une relation intense avec des êtres invisibles ;
- on ne dit pas qu'ils meurent (négatif), mais qu'ils "*repartent volontairement*" la plupart du temps pour revenir à l'accouchement suivant.

Curieusement, les travaux actuels sur les enfants autistes rejoignent quelque peu les descriptions africaines, du moins sur certains points. De plus en plus d'auteurs anglo-saxons, notamment américains, parlent d'une nature spécifique de ces enfants, que cette nature soit singulière pour des raisons génétiques ou due à des atteintes infectieuses ou encore traumatiques du système nerveux. Mais, plus encore, les publications de certains auteurs évoquent la nécessité de comprendre leur univers, de le pénétrer, d'en reconstituer les paramètres intellectuels - bref : de les reconnaître dans leur spécificité - ce qui est aussi la position traditionnelle en Afrique".

Ainsi, une part de la thérapie consisterait-elle, là aussi, comme dans les exemples africains évoqués ci-dessus, en une sorte de persuasion. Il s'agirait de convaincre l'enfant "autiste" que le monde des humains n'est pas aussi hostile qu'il le paraît, puisqu'au moins une personne parvient à assumer la médiation entre les deux mondes - humain et non-humain.

Les théories auxquelles nous ont habitués les psychothérapies dynamiques (psychanalyse et psychothérapies psychanalytiques) partaient du postulat que tous les enfants sont semblables, psychologiquement du moins, qu'ils traversent les mêmes stades de développement, doivent surmonter le même type de difficultés, subir le même type d'angoisse même si c'est à des degrés divers, puisque leur nature est au fond identique. Les théories africaines, au contraire, construisent des natures d'enfants spécifiques et tentent de saisir les ressorts des modalités d'action susceptibles d'agir sur eux. De ce fait, les thérapeutes formés à l'une ou l'autre théorie ne portent pas attention aux mêmes faits.





comme des conséquences de sa singularité.

C'est une première grande distinction, entre les deux types de théorie. De ce fait même, nous ne pouvons pas établir de véritable correspondance entre les enfant-ancêtres africains d'une part, les enfants autistes d'autre part. Les occidentaux utilisent certains enfants pour affiner leur théorie du psychisme, de l'esprit ou du cerveau, les Africains pour identifier les demandes que leur adressent leurs ancêtres. Dans les deux cas, les enfants ou plutôt le désordre qu'ils présentent - sont utilisés à des fins sociales. Mais rien ne dit que ces enfants soient semblables, ni même comparables. En revanche, les théories le sont, ainsi que leurs conséquences cliniques.

Les théories "africaines" incitent les thérapeutes à adopter des positions tendant à identifier la nature singulière de l'enfant et, de ce fait même, produisent des effets thérapeutiques. Les théories psychodynamiques incitent à charger la famille d'une faille relationnelle. Les théories modernes, cognitivistes ou bioogiques, rejoignent en partie les pensées africaines, dans leur souci d'identifier le monde intérieur de l'enfant dans sa spécificité.

Quant à la question initiale, celle de la langue que parleraient les bébés, les cas cliniques de enfants suivis en consultation d'ethnopsychiatrie viennent apporter de nouvelles hypothèses. Les bébés parleraient une sorte de "langue interactive". Pour des raisons qu'il faudrait identifier plus avant, dans certains cas, lorsque les parents ne parviennent pas à fournir des réponses conformes à l'éthos du groupe d'origine, tout se passe comme si les enfants refusaient l'interaction avec leurs parents et s'adressaient - voire contraignaient leurs parents à s'adresser - plus haut : aux ancêtres, aux référents de leur groupe - sorte de "ré-affiliateur" naturel de l'appartenance au groupe.

### **En guise de conclusion**

Les peuples conquérants, ceux qui ont vocation à s'étendre, à coloniser la plus grande partie possible du monde connu, ont intérêt à prétendre que les bébés ne parlent pas spontanément et sont susceptibles d'apprendre n'importe quelle langue maternelle, puisqu'ils souhaitent justement en annexer le plus grand nombre.

En revanche, les groupes restreints persistent dans l'idée que les bébés parlent la langue des ancêtres fondateurs. Ils en veulent pour preuve que lorsque des enfants ne parviennent pas à accéder à la parole, seule une intervention reconnaissant leur parenté avec les ancêtres, une intervention formulée dans la langue et selon la logique ancestrale, seule une telle intervention parvient à leur délier la langue.

# Les systèmes thérapeutiques : une organisation sociale et culturelle

XX



## *Méthode : Pour comprendre le fonctionnement des dispositifs thérapeutiques*

Nathan (2012) propose **quelques règles méthodologiques pour comprendre les ressorts des dispositifs thérapeutiques** :

Concernant l'appartenance à une profession et la fabrication des thérapeutes,

1, l'auteur propose de **considérer le thérapeute comme le résultat d'une fabrication spécifique**, et non comme celui d'un destin individuel.

Concernant **les réseaux de professionnels**, il fait les deux hypothèses suivantes :  
2, ils sont **toujours structurés autour des objets**.

3, leur **fréquentation a pour conséquence que la personne se métamorphose en un élément du réseau**.



## *Exemple : Le réseau des bamanán chez les Bambaras*

Le terme bambara qui désigne un des nombreux groupes culturels du Sénégal est une déformation française du mot *bamanán*. Lorsqu'on demande à un Bambara la langue qu'il parle, il répond en français "le bambara", mais dans sa langue, il dira qu'il parle le *bamanán*.

Or *bamanán*, en bambara est **polysémique** :

- un terme signifiant "insoumis ;
- le nom d'un groupe de rebelles historiques ;
- le nom d'une ethnie - d'un sous-groupe se reconnaissant issue de ce groupe originaire ;
- la désignation d'attitudes anti-islamiques ;
- le nom donné aux guérisseurs qui soignent à partir des fétiches ancestraux des Bambaras.

Le même terme désigne ainsi autant **l'ethnie (et son histoire)** que les **professionnels** ayant des liens avec les **objets** bambaras. Il semblerait en fait que le terme *bamanán* signifierait le groupe de ceux qui font partie des réseaux structurés autour des fétiches (des *bolis* chez les Bambaras). Un *bamanán* est donc

celui qui, gravement malade, ne peut être efficacement soigné que par les *bolis* de l'insoumis, du non-musulman, du *bamanán*, autrement dit, du féticheur (*karamokos*, *djelly* ou *moris*). Ce qui expliquerait la concordance entre le nom de l'ethnie et le nom du guérisseur qui manipule les fétiches. Ainsi, quand un Bambara, qui se définit lui-même comme "démoncrate", "footballeur", "professeur" ou "musulman", dit également : "j'ai été guéri par le *bamanán*", il dit implicitement : « *j'ai des obligations à accomplir pour le fétiche.* »



### Exemple : Les réseaux de psychothérapeutes occidentaux

En matière de **psychothérapie savante, les livres et les médicaments possèdent pour principale fonction d'objectiver la théorie**, d'en faire un fragment du monde réel. En revanche, les abstractions conceptuelles de la psychiatrie, imposées aux faits cliniques, ne peuvent devenir réelles que par consensus social ou coup de force institutionnel, jamais par implication ontologique - car elles n'ont pas de matérialité. Nul n'est jamais parvenu à "voir" un fragment du psychisme - tout au plus une métaphore du psychisme, ni même une pensée ou une émotion circulant entre deux synapses neuronales - tout au plus des échanges biochimiques.

**L'efficacité thérapeutique, en matière de psychothérapie savante, elle aussi, ne renvoie à aucune matérialité** : les travaux d'évaluation des psychothérapies aboutissent tous au fait que ce qui pourrait être jugé efficace n'a pas grand-chose à voir avec les théories affichées par les psychothérapeutes ; d'où la notion de facteurs communs, de mécanismes généraux rencontrés dans tout dispositif thérapeutique, sorte de consensus professionnel minimal.

**Si la matérialité ne parvient pas à naître des dispositifs engendrés par les concepts de la psychopathologie, alors il ne s'agit pas de concepts théorico-cliniques**, mais une sorte de mots d'ordre qui ont pour seul objet de rassembler des groupes de professionnels autour de « *des concepts-bannières* », pour obtenir une base de compromis faisant fi des différences culturelles.

### Fonction des réseaux dans l'analyse des dispositifs thérapeutiques

On peut alors généraliser le fonctionnement des systèmes thérapeutiques ainsi :

**1, Le membre d'un groupe ethnique ne se définit pas par son adhésion de fait à une « classe logique »** (selon l'expression de Devereux dans le Chapitre VI de son ouvrage *Ethnopsychanalyse complémentariste* [Devereux Georges]), par exemple, le groupe abstrait des Bambaras, des Français, **mais par le lien qui l'unit aux objets structurant les réseaux de thérapeutes de son groupe.**

**2, Les thérapeutes sont donc les distributeurs "naturels" d'affiliation aux groupes culturels.**

**3, L'analyse de leurs objets et des réseaux complexes que ces systèmes thérapeutiques** organisent est d'une importance capitale pour la compréhension de leur fonctionnement.

Il en découle que l'existence des systèmes thérapeutiques engendre, de fait, une « *pression sociale* » importante.

**Une maladie constitue une irrésistible contrainte au mouvement** : les patients s'adressent toujours à l'endroit où on les soulage le plus efficacement.

S'ils sont guéris, voir soulagés, **ils sont également contraints à la modification de leur système de pensée** - tels des entités attirées par des systèmes de pensée toujours plus complexes. C'est pourquoi on les retrouve le plus souvent dans les groupes sociaux organisés sur le militantisme philosophique ou idéologique.

**L'efficacité des thérapeutiques précède toujours l'intérêt pour les théories, l'adhésion et l'engagement dans la défense des systèmes** : « *on est d'abord*

*soulagé, on croit ensuite. on n'est jamais soulagé parce qu'on croit. »*

**Les systèmes thérapeutiques des sociétés non-occidentales considèrent qu'une maladie est d'abord une élection, un message, et le premier événement d'un processus d'initiation de la personne,** à l'instar des processus actifs dans la possession ou le chamanisme - et à l'inverse de la médecine occidentale, qui pense le désordre comme une maladie, un trouble individuel, intrinsèque à la personne.

Les systèmes thérapeutiques constituent donc de puissantes forces sociales et politiques, même si les thérapeutes s'en défendent, en prétendant toujours qu'ils ne travaillent qu'au soulagement de la souffrance individuelle.

# Exercice : Devoir 11



XXI

A l'aide de la situation clinique de Bilal et de ses parents, vous répondrez aux 4 questions suivantes, en illustrant vos propos de faits cliniques extraits de cette observation clinique.

Question 1 (4 points) : Restituez le dispositif thérapeutique culturel, en expliquant sa fonctionnalité.

Question 2 (4 points) : En quoi le modèle de la traduction proposé par Nathan est-il efficient dans cette situation clinique ?

Question 3 (4 points) : Expliquez comment la conflictualisation des théories étiologiques a permis des modifications de la situation clinique.

Question 4 (4 points) : Comment comprenez-vous les prescriptions faites en consultation d'ethnopsychiatrie, et leur mise en pratique dans le dispositif thérapeutique culturel du guérisseur ?

Vous rédigerez une introduction (2 points) et une conclusion (2 points) pertinentes pour introduire et conclure votre démonstration théorico-clinique.

# Proposition de définition des thérapies

XXII

## *Problèmes de définition des psychothérapies*

Selon Nathan (2012), les psychothérapies posent un problème de définition. Il formule deux hypothèses à ce sujet :

1, Les psychothérapies pourraient être définies comme des pratiques savantes, des techniques issues de connaissances scientifiques récentes en psychopathologie. Dans ce cas, un consensus minimal devrait être trouvé entre psychothérapeutes et des instances critiques devraient être susceptibles de valider les pratiques thérapeutiques.

2, Les psychothérapies devraient être définies comme des pratiques non-médicales, non savantes. Dans ce cas, les chercheurs devraient inventer des méthodes de description - une sorte d'anthropologie des psychothérapies.

Or la première hypothèse se heurte à la réalité professionnelle : la règle est une profusion de théories en matière de psychothérapies, et l'absence d'instances critiques de validation de ces pratiques.

La seconde hypothèse fait face à une autre objection importante : il n'existe pas d'anthropologie des psychothérapies, tout au plus une anthropologie des pratiques médicales, nord-américaine essentiellement, qui s'intéresse assez peu à la psychiatrie et pas du tout aux psychothérapies (par exemple, Good B., 1998, dans son ouvrage : Comment faire de l'anthropologie médicale - Médecine, rationalité et vécu, Paris, Synthélabo). Les nombreux guides et manuels de psychothérapies ne fournissent qu'une auto-définition des pratiques, en creux, négative, et aucune analyse critique des processus thérapeutiques à l'œuvre.

En effet, le terme même "psychothérapie signifie" « *thérapeutique par l'esprit, et non de l'esprit.* » De fait, des patients souffrant de troubles somatiques sont réputés pouvoir en bénéficier, et les psychothérapies excluent l'usage des médicaments. Or soigner l'esprit avec un médicament - une substance, est un procédé tout à fait courant avec les psychotropes depuis leur invention dans les années 50. Nathan en conclut donc qu'il ne s'agit pas de « *soigner l'esprit* », mais de « *soigner par l'esprit* ».

Il a d'abord proposé (2002) une définition minimaliste des psychothérapies :

« *Une thérapeutique de la personne (de l'être) par le traitement de son âme, selon des méthodes excluant le recours à la chimiothérapie et à toute forme d'actions et d'objets impliquant l'action de la matière sur l'esprit* », et identifié comment les psychothérapies se définissent elles-mêmes :

- Elles ne sont pas des chimiothérapies : pas d'usage de substances, quelles qu'elles soient :
- Elles ne sont pas des thérapies traditionnelles : pas d'usage d'objets

thérapeutiques ou de rituels ;

- Elles ne sont pas des thérapies religieuses : pas d'usage de prières, de l'imposition des mains ou du sentiment de communion issu des groupes de fidèles ;
- Elles ne sont pas des « *thérapies politiques* » : pas d'inscription du patient dans la hiérarchie d'un groupe ayant vocation d'agir dans la vie publique (à l'instar des lieux d'initiation).



### *Définition : Psychothérapies*

L'évolution des recherches a permis à l'auteur (2012) [Nathan Tobie, Zajde Nathalie] de préciser ultérieurement sa définition des psychothérapies :

« Le mot *psychothérapie* convient essentiellement, pour l'instant, aux pays occidentaux. Il désigne une intervention thérapeutique se proclamant "*non-armée*" s'engageant donc à ne recourir ni à l'arsenal chimique, ni aux objets actifs de type "*traditionnel*", ni aux pratiques religieuses, ni aux initiations "*politiques*". »

« Cette intervention se fixe pour objet d'agir sur un "*organe*" assez mal défini (disons "*l'âme*" pour simplifier) - organe que les professionnels désignent habituellement par des néologismes tels que : *psyché*, *appareil psychique*, ou bien par des termes de la langue commune qu'ils redéfinissent de manière savante - par exemple, *esprit*, *pensée*... »

### *Essai de conceptualisation des thérapies : La machine thérapeutique*

Pour Nathan (2012), du fait de leur nature paradoxale, il serait impossible de définir les psychothérapies à partir de ce qu'elles montrent pour se promouvoir. Ainsi, ces pratiques restent opaques à l'observateur extérieur :

- Il n'y a que très peu de corpus complet de séances, notamment pour les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, et une difficulté à expliciter le fonctionnement réel du thérapeute (par exemple, il va de soi que le concept de contre-transfert appartient à la définition de leur champ, et donc est une auto-définition).
- Elles travaillent en l'absence de tiers critique - tel les collectifs comme les associations de patients.
- Elles prétendent agir par la parole, l'écoute du patient, la construction du sens ; or la construction du sens obligerait à l'interaction verbale, c'est-à-dire à des propositions, des formulations, des interprétations, de nouvelles constructions de sens, communes au thérapeute et au patient.
- Elles s'appuient sur les fonctions supérieures du patient, telles l'élaboration, l'*insight*, la compréhension, en présupposant l'ignorance du patient des théories, des stratégies, des réseaux de thérapeutes. Mais il ne s'agit que de cacher l'essentiel de leurs processus : ce que le thérapeute fait avec le patient, son intérêt, ses bénéfices, les forces cachées derrière lui dont il sert et dans lesquelles il puise son énergie.

Elles constituent, de fait, **un paradoxe, en attribuant l'étiologie des désordres - le refoulement dans la psychanalyse, les secrets de famille dans les thérapies familiales, les schèmes négatifs dans les thérapies cognitives, à des concepts en relation avec une certaine idée de "la vérité" du sujet, alors même que leur organisation propre est fondée sur une incompatibilité avec "la vérité" de leur fonctionnement** (à l'inverse des médicaments, par exemple, puisqu'un médecin malade est soumis aux mêmes forces intrinsèques à l'œuvre dans les psychotropes qu'un patient non-médecin).

C'est pourquoi Nathan (2002) a proposé d'envisager les thérapies - psychothérapies et thérapeutiques non-savantes confondues, comme des « *machines thérapeutiques* », c'est-à-dire par le travail qu'elles fournissent dans la vie concrète des hommes, ce qu'elles engendrent : les modifications du statut des hommes, des

Il s'appuie en cela sur l'une des propositions G. Deleuze (In Deleuze G., Parnet C. Dialogues. Paris, Flammarion, p. 125-126)

*« Machine... ce n'est ni mécanique, ni organique. La mécanique est un système de liaisons de proche en proche entre termes dépendants. La machine, au contraire, est un ensemble de "voisinage" entre termes hétérogènes indépendants (le voisinage topologique est lui-même indépendant de la distance ou de la contiguïté). Ce qui définit un agencement machinique, c'est le déplacement du centre de gravité sur une ligne abstraite... La machine, dans son exigence d'hétérogénéité de voisinages, déborde les structures avec leurs conditions minima d'homogénéité. Il y a toujours une machine sociale première par rapport aux hommes et aux animaux qu'elle prend dans son phylum. »*



Nathan a déduit ce modèle d'une situation clinique problématique, pour concevoir la conceptualisation des *djinn* comme une machine thérapeutique. Ainsi, il décrit les êtres non-humains, les désordres, des méthodes thérapeutiques, les thérapeutes, les réseaux professionnels, les inventions et le commerce, soient les **produits** de cette "machine" culturelle spécifique (cf. Machine thérapeutique : les djinn).



Nathan a également proposé son modèle de machine thérapeutique- objets, réseaux professionnels, théorisations, méthodes, dispositifs et êtres, avec deux exemples : la chimiothérapie des psychotropes et les psychothérapies (cf. Machines thérapeutiques : chimiothérapie et psychothérapie). Il décrit **le travail produit par ces machines et ce qu'elles créent.**



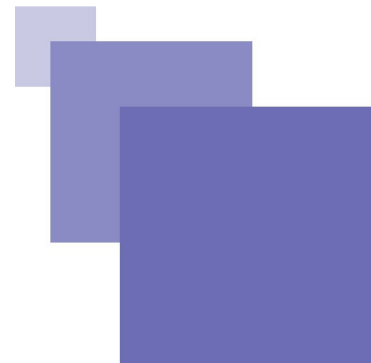
# Conclusion

L'ethnopsychiatrie propose donc une méthodologie de recherche pour l'étude des processus thérapeutiques intrinsèques aux thérapeutiques - thérapies dites "traditionnelles" - non-savantes **et** psychothérapies - savantes.

L'opposition entre universalité et relativisme n'a donc pas lieu d'être. L'universalité de l'homme est une évidence, elle ne se discute pas. En revanche, **les objets et les techniques que les hommes fabriquent sont tous différents** - différence qui vaut d'être étudiée pour ce qu'elle est. Sans migrants, pas de traduction en psychothérapie, pas de contrainte à intégrer des théories provenant d'autres cultures. **Il existe dans le monde une infinité de dispositifs thérapeutiques efficaces, irréductibles aux propositions psychothérapeutiques occidentales, qui sont des systèmes conceptuels - techniques et étiologiques, des désordres dont souffrent les hommes.**

Pour Nathan, **l'objet des recherches en psychopathologie** devrait être, non pas les patients, non pas les migrants, mais **les thérapeutes, les objets et les techniques thérapeutiques** - c'est-à-dire leurs outils, leurs théories, leurs pensées techniques, les concepts que ces objets présupposent, et en particulier les être non-humains - invisibles ; l'objectif étant de remonter vers la théorie de ces techniques et d'en faire découler des modèles de fonctionnement thérapeutique et des "objets" théoriques - tels que proposé par la notion de **machine thérapeutique**.

# Glossaire



## Chose

"Chose" au sens propre, ayant la même étymologie que "Cause" - c'est-à-dire ce qui cause, ce qui produit, donc, ce qui agit.

## Etre

Ce qui échappe à la perception ordinaire. : c'est-à-dire, êtres invisibles, non-humains : ex, Djinn, N'doki.

## Objet

Objet au sens commun du terme : ce qui bute sur la perception ordinaire, y compris les langues.

# Bibliographie

[**APA, DSM-IV**] American Psychiatric Association, DSM-IV. Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, trad. fr. Paris-Milan-Barcelonne, Masson, 1996.

[**De Pury Sybille**] De Pury S., Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

[**De Pury-Toumi S., Nathan T., Hounkpatin L., Salmi H., Zougbedé J., Houssou C., Dorival G., Guioumichian S., Zajde N.**] De Pury-Toumi S., Nathan T., Hounkpatin L., Salmi H., Zougbedé J., Houssou C., Dorival G., Guioumichian S., Zajde N., "Traduire en folie. Discussion linguistique", In Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, Traduction et Psychothérapie, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1994, n° 25-26, p. 13-46.

[**Devereux Georges**] Devereux G., Essais d'ethnopsychiatrie générale, Paris, Gallimard, 1970

[**Devereux Georges**] Devereux G., 1967, La renonciation à l'identité. Défense contre l'anéantissement, Paris, Payot. Préface par R. Neuburger 2009.

[**Devereux Georges**] Devereux G., 1972, "L'identité ethnique, ses bases logiques et ses dysfonctions", in Ethnopsychanalyse complémentariste, Paris, Flammarion, 1985, 2ième éd., pp. 165-211.

[**Méheust Bertrand**] Méheust B., Somnambulisme et médiumnité. Le défi du magnétisme, Paris, Synthélabo, 1999.

[**Nathan Tobie**] Nathan T., « Éléments de psychothérapie », in Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N., Psychothérapies, Paris, Odile Jacob, 1998.

[**Nathan Tobie**] Nathan T., Fier de n'avoir ni pays ni ami : Quelle sottise c'était. Principes d'ethnopsychanalyse, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1993.

[**Nathan Tobie**] Nathan T., 2011, La nouvelle interprétation des rêves, Paris, Odile Jacob.

[**Nathan Tobie, Zajde Nathalie**] Nathan T., Zajde N., Psychothérapie démocratique, Paris, Odile Jacob, 2012.